

O consenso latino-americano em obesidade

Mônica Duchesne¹

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

A obesidade é fator de risco para várias patologias e sua prevalência vem aumentando em vários países. Ela foi considerada um grave problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde e diversas modalidades de tratamento têm sido propostas para a obtenção de redução de peso. Esse fato levou à necessidade de sistematizar as estratégias de tratamento da obesidade cujos resultados foram adequadamente testados. Com esta finalidade, foi elaborado o Consenso Latino-Americano em Obesidade, um documento que descreve as estratégias eficazes e éticas que devem ser utilizadas no tratamento do obeso. O objetivo deste artigo é descrever a metodologia utilizada para a elaboração do Consenso Latino-Americano em Obesidade, seu conteúdo e as políticas governamentais que estão sendo desenvolvidas para diminuir a prevalência de obesidade.

Palavras-chave: obesidade; terapia cognitiva; terapia comportamental.

Abstract

The latin-american obesity consensus. Obesity is an element of risk to several pathologies and its prevalence is increasing in many countries. It was considered a serious health problem by the World Health Organization and several kinds of treatment have been proposed to reduce body weight. There is a strong need to systematize the strategies applied in obesity treatment and its results. To this purpose, a Latin-American Obesity Consensus has been elaborated, as a document which describes the efficient and ethical strategies to be applied in such treatments. The aim of this article is describing the applied methodology in the elaboration of this Latin-American Obesity Consensus, its contents and the governmental policies that are being developed to reduce the prevalence of obesity.

Key words: obesity; cognitive therapy; behavior therapy.

A obesidade associa-se a vários estressores interpessoais e à diminuição da autoestima. Além disso, ela é fator de risco para diversas patologias, tais como: doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de câncer, hipertensão arterial, dificuldades respiratórias, distúrbios do aparelho locomotor e displidemias (World Health Organization, 1997).

A prevalência da obesidade vem aumentando nas últimas décadas em diversos países. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (PNSN), cerca de 27% dos homens e 38% das mulheres apresentam sobrepeso ou obesidade. Esta prevalência tende a aumentar com a idade, atingindo seu valor máximo na faixa etária entre 45 e 54 anos, na

1. Endereço para correspondência: R. Pacheco Leão, 704 – casa 06 – Jardim Botânico, Rio de Janeiro, CEP 22460-030, Tel (021) 22953796, Tel res (021) 22398579, Cel 99657299 e-mail mduchesne@rionet.com.br
Coordenadora do Capítulo de Psicoterapia do Consenso Latino-Americano em Obesidade.
Coordenadora do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares do IEDE/UFRJ.

qual 37% dos homens e 55% das mulheres apresentam excesso de peso (Monteiro, 2000). Quando comparamos a PNSN de 1975 com a de 1989, verificamos que a prevalência de obesidade em homens aumentou 2.8% e em mulheres 5.2%, tendo sido reconhecida como um sério problema de saúde pública (Monteiro, 2000).

Paralelamente ao crescimento da prevalência da obesidade, houve um aumento da oferta de diferentes tipos de tratamento, muitos deles oferecendo soluções mágicas e sem comprometimento com a pesquisa e a ética. Este fato gerou a necessidade de sistematizar o tipo de assistência oferecida ao obeso, apoiando-a em estratégias de tratamento e prevenção que tenham provado sua eficácia através de pesquisas, com metodologia adequadamente delineada. Com este objetivo, foi organizado o Consenso Latino-Americano em Obesidade (CLAO) (Coutinho, 1999).

O CLAO contou com a participação de vários países latino-americanos: Brasil, Panamá, Uruguai, Colômbia, Porto Rico, México, Argentina, Chile, Equador e Venezuela. Estes países criaram delegações com o objetivo de analisar os artigos científicos que descreviam pesquisas em diversas áreas da obesidade. Foi realizada uma análise dos artigos para que fossem incorporadas ao CLAO estratégias de tratamento com evidências de eficácia adequadamente documentadas. A comunicação entre os membros permitiu às delegações se reunirem nos dias 8 e 9 de outubro de 1998, no Rio de Janeiro, na I Convenção Latino-Americana para Consenso em Obesidade. Durante estes dias, ocorreu a primeira versão do Documento de Consenso Latino-Americano em Obesidade. A etapa seguinte foi a submissão do CLAO à consulta pública. Neste estágio, com o objetivo

de aperfeiçoar o documento, qualquer profissional ou instituição de saúde poderia contribuir com sugestões, críticas ou novas informações, desde que apoiadas em evidências.

Constam do CLAO vários capítulos que versam sobre orientação nutricional, orientações para atividade física, utilização de medicamentos, entre outros. No capítulo sobre psicoterapia, o CLAO ressalta os estudos que associam Psicoterapia Cognitivo- Comportamental (PCC) à melhora dos resultados no tratamento da obesidade.

O capítulo sobre psicoterapia

As psicoterapias comportamental (PC) e cognitivo-comportamental (PCC) são as modalidades que mais foram pesquisadas no tratamento da obesidade, apresentando diversas técnicas com adequadas evidências de eficácia².

A auto-monitoração foi incluída no CLAO por auxiliar na identificação dos fatores que levam ao excesso de peso (Boutelle e Kirchenbaum, 1998; Coutinho, 1999; Williamson e Perrin, 1996; World Health Organization, 1997). Os procedimentos que envolvem controle de estímulos foram citados por diminuir a exposição do paciente às situações que facilitam a alimentação inadequada (Coutinho, 1999; Williamson e Perrin, 1996; World Health Organization, 1997).

A identificação de situações que favorecem a alimentação excessiva e o planejamento de comportamentos alternativos que possam ser utilizados nessas situações são elementos fundamentais para o programa de tratamento. O Treino em Resolução de Problemas foi citado como uma estratégia útil para

2. Para obter informações detalhadas sobre a forma adequada de implementação das técnicas citadas no CLAO, consulte Duchesne (1998) e Wilson (1995)

auxiliar na identificação desses comportamentos alternativos (Coutinho, 1999; Foreyt, 1988).

O Treino em Habilidades Sociais foi incluído como meio para favorecer um melhor enfrentamento dos estressores interpessoais que geram ansiedade, tristeza e conseqüente alimentação inadequada (Coutinho, 1999; Foreyt, 1988; World Health Organization, 1997).

A PCC também é utilizada para estruturar estratégias facilitadoras de adesão ao programa de atividade física. Como fatores que favorecem a adesão são citados o estabelecimento de reforçadores, a auto-monitoração do exercício, estratégias para compatibilizar o exercício com o estilo de vida do indivíduo, o estabelecimento de maior ênfase na regularidade do exercício do que em sua intensidade e tipo, a ampliação do conceito de exercício de modo a incluir sob o rótulo de atividade física algumas das atividades cotidianas, a antecipação de possíveis situações que poderiam dificultar a execução do exercício e o planejamento de possíveis soluções, entre outros (Coutinho, 1999; Miller e Sims, 1981).

A modificação do sistema de crenças foi incluída no CLAO por favorecer a modificação dos comportamentos alimentares inadequados associados ao ganho de peso. A reestruturação cognitiva favorece a adesão ao programa de tratamento por viabilizar raciocínios mais realistas com relação à regulação de peso e aos métodos utilizados para obtenção do emagrecimento (Coutinho, 1999; Miller e Sims, 1981; World Health Organization, 1997).

O CLAO aponta como fatores que aumentam a eficácia do tratamento a intervenção ainda na infância e na adolescência e o envolvimento ativo dos familiares, particularmente no tratamento de crianças obesas. Os familiares podem estruturar um meio que facilite a ocorrência dos novos comportamentos desejados, propiciando sua manutenção. Em alguns casos, está indicada a associação de psicoterapia familiar ao tratamento para auxi-

liar na solução de conflitos familiares, favorecendo a adesão ao programa de emagrecimento. Muitas vezes, inserir o paciente em um programa de grupo pode maximizar os resultados do tratamento, em função dos membros do grupo fornecerem incentivo e reforço para as mudanças necessárias (Brownell, 1995; Coutinho, 1999; Hayaki e Brownell, 1996).

Diversos estudos têm documentado a eficácia da Psicoterapia Cognitivo- Comportamental na obtenção de perda de peso em obesidade leve a moderada (Braet, Van Winckel e Van Leeuwen, 1997; Foreyt e Goodrick, 1993; Fuller, Perri, Leermakers e Guyer, 1998; Keller, Oveland e Hudson, 1997; Roongpisuthipong, Boontawee e Kulapongse, 1995; Stunkard, 1996). Contudo, sendo a obesidade um problema crônico, mesmo essa estratégia de tratamento apresenta limitações quanto à manutenção da perda de peso a longo prazo. Tratamentos prolongados parecem ter mais resultados do que os modelos com limite de tempo. Isto talvez se deva ao fato de que só a prática continuada das novas habilidades aprendidas pode transformá-las em hábitos, permitindo a manutenção destas. O estabelecimento de estratégias para prevenção de recaída aumenta a probabilidade de manutenção dos ganhos obtidos durante o tratamento (Coutinho, 1999; Epstein, 1995; Kern et al, 1994).

A PCC tem sido também utilizada na modificação de comportamentos que dificultam uma melhor qualidade de vida em obesos. Assim, obesos podem aprender a lidar melhor com os estressores de modo geral, incluindo os estressores sociais decorrentes de estar acima do peso, melhorando a auto-estima (Clifford, Tan e Gorsuch, 1991; Coutinho, 1999; Wilson, 1995).

As psicoterapias psicodinâmicas e as técnicas de hipnose também foram citadas no CLAO. Não existem estudos suficientes demonstrando a eficácia destas abordagens na obtenção de redução de peso (Coutinho, 1999).

Novas políticas governamentais

O CLAO obteve o apoio oficial da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO), da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade (ABESO), da International Association for the Study of Obesity (IASO) e da International Obesity Task Force (IOTF) ligada à Organização Mundial de Saúde, que inclusive divulgou em seu site oficial na Internet o conteúdo do CLAO. O CLAO contou também com o apoio oficial do Ministério da Saúde do Brasil. O Ministro de Estado da Saúde, José Serra, através da portaria número 144, de 24 de fevereiro de 1999, instituiu o dia 11 de outubro de cada ano como “Dia Nacional de Combate à Obesidade”, representando a luta contra a doença.

Após a elaboração do CLAO, foi iniciada uma campanha de divulgação de seu conteúdo no Brasil, por meio de eventos voltados para profissionais de saúde. Em Brasília foi realizado um simpósio para a equipe de saúde da Câmara dos Deputados. Além da distribuição de material informativo, vários outros simpósios foram organizados nas diversas disciplinas incluídas no CLAO, em diversas capitais, para divulgação dos conteúdos do CLAO entre médicos, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação. Atualmente a ABESO, associação de nível nacional, tem como pré-requisito para aceitação de afiliação de novo membro a assinatura de um termo em que o profissional se compromete a utilizar as estratégias terapêuticas delineadas no CLAO, sendo vetadas outras práticas.

O Ministério da Saúde do Brasil lançou um programa em nível nacional para a prevenção da obesidade. Como forma de divulgação

para os leigos, além de palestras e fornecimento de material informativo, foram organizados eventos incluindo caminhadas, checagens de peso, dosagens de glicemia, colesterol e triglicérides. Esses eventos ocorreram em diversas cidades, dentre elas Rio de Janeiro, São Paulo, Belém, Porto Alegre, Fortaleza, Recife, Curitiba, Salvador e Belo Horizonte.

Em 1999 foi lançada a “CAMPANHA DIETA NÃO”. Esta campanha objetivou modificar a concepção de como o emagrecimento deve ser incentivado. A proposta alternativa às dietas tradicionais denominou-se Plano Alimentar. Este se constitui em uma modificação continuada dos hábitos alimentares, através de pequenas modificações graduais e progressivas, sem ter início e fim característicos das dietas. Ele não é muito restritivo, favorecendo uma perda de peso mais lenta, porém sustentável. O plano alimentar implica na educação do obeso de forma a torná-lo capaz de fazer escolhas alimentares, requerendo sua participação ativa na elaboração de cardápios e escolha de alimentos. Podemos ver o impacto das várias medidas citadas e publicações científicas no fato de que, em 1999 a revista Nova, que todos os anos publica uma edição especial sobre dietas, decidiu não recomendar nenhuma dieta restritiva e sim divulgar o plano alimentar.

O programa de prevenção da obesidade organizado pelo Ministério da Saúde inclui um processo de capacitação permanente dos profissionais ligados a rede básica de saúde. Estes estão sendo treinados para coadunar-se ao Plano Nacional para Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável e devem estar capacitados para realizar o plano alimentar³.

Dentre as diversas políticas a serem implementadas pelo governo, destaca-se o esta-

3. Para obter informações mais detalhadas sobre o programa de prevenção de obesidade consulte: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/carencias/index.html>

belecimento da rotulagem obrigatória dos alimentos, com a finalidade de fornecer informação completa, útil e precisa sobre o conteúdo nutricional dos alimentos disponíveis no mercado. No programa de rotulagem, especial destaque será fornecido para os alimentos cujo consumo deve ser promovido, adicionando-se a estes um símbolo (um trevo verde).

O aumento da prevalência da obesidade parece associar-se à diminuição do gasto energético dos indivíduos. Esta diminuição está relacionada ao predomínio de ocupações que demandam menor esforço físico (em decorrência do avanço tecnológico) e à diminuição da atividade física associada ao lazer. Com o objetivo de aumentar a prática da atividade física na população, o Ministério da Saúde está incentivando programas de educação física nas escolas. Além disso, ele está estabelecendo parcerias com entidades não-governamentais para a realização de programas de atividade física para o trabalhador. Há também uma política de incentivo do aumento do número de áreas públicas para lazer associadas ao esporte. Por último, o Programa de Atividade Física e Saúde foi inserido no Programa de Agente de Saúde e Médico da Família do Sistema Único de Saúde/SUS.

Comentários finais

A campanha organizada pelo Ministério Público inclui diversos mecanismos para favorecer a educação sistemática da sociedade, com ênfase na divulgação de hábitos alimentares saudáveis e na conscientização da importância da atividade física como fator de promoção e manutenção da saúde. Em paralelo a estas medidas, há uma crescente preocupação em disciplinar o tipo de publicidade associada a alimentos, tornando-a mais efetiva e precisa.

O CLAO é um importante orientador das políticas que estão sendo delineadas. Sua ênfase na utilização da PCC como estratégia legítima de tratamento para a obesidade vem consolidar a recente tendência da saúde pública de apoiar-se em estratégias com eficácia comprovada por pesquisas. Com o CLAO, mais um importante passo foi dado na direção de melhorar a qualidade da assistência que é fornecida ao obeso. O trabalho conjunto do Ministério da Saúde, de entidades que promovem o estudo da obesidade e de profissionais de saúde permitiu a formação da tríade educação, prevenção e tratamento.

Referências

- Boutelle, K.N. e Kirchenbaum D.S. (1998). Further support for consistent self-monitoring as a vital component of successful weight control. *Obes Res*, May; 6(3), 219-224.
- Braet, C.; Van Winckel, M. e Van Leeuwen, K. (1997). Follow-up results of different treatment programs for obese children. *Acta Paediatr*, 86(4), 397-402.
- Brownell, K.D. (1995). Exercise in the Treatment of Obesity. Em K.D. Brownell e C.G. Fairburn (Org.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, pp. 473-478. Guilford Press, NY.
- Coutinho, W. (1999). O Consenso Latino- Americano em Obesidade. *Arq Bras de End e Metab*, 43(1), 21-67.
- Clifford, P.A.; Tan, S.Y. e Gorsuch, R.L. (1991). Efficacy of a self-directed behavioral health change program: weight, body composition, cardiovascular fitness, blood pressure, health risk, and psychosocial mediating variables. *J Behav Med*, Jun, 14(3), 303-23.
- Duchesne, M. (1988). Tratamento Cognitivo-Comportamental da Obesidade. Em A. Halpern; A.F.G. Matos; H.L. Suplicy; M.C. Mancini e M.T. Zanella (Org.), *Obesidade*, pp.261-75. Lemos Editorial: SP.
- Epstein, L.H. (1995). Management of Obesity in Children. Em K.D. Brownell e C.G. Fairburn (Org.),

Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook, pp. 516-20. Guilford Press: NY.

Foreyt, J.P. e Goodrick, G.K. (1993). Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. *Ann Intern Med*, Oct 1, 119:7 Pt 2, 698-701.

Foreyt, J.P. (1998). What is the Role of Cognitive-Behavior Therapy in Patient Management? *Obe. Res*, 6 (1), 18-22.

Fuller, P.R.; Perri, M.G.; Leermakers, E.A. e Guyer, L.K. (1998). Effects of a personalized system of skill acquisition and an educational program in the treatment of obesity. *Addict Behav*, 23(1), 97-100.

Hayaki, J. e Brownell, K.D. (1996). Behavior change in practice: group approaches. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 20(1), 27-30.

Keller, C.; Oveland, D. e Hudson, S. (1997). Strategies for Weight Control Success in Adults. *Nurse Pract*, 22(3), 33-8.

Kern, P.A.; Trozzolino, L.; Wolfe, G. e Purdy, L. (1994). Combined use of behavior modification and very low-calorie diet in weight loss and weight maintenance. *Am J Med Sci*, 307(5), 325-28.

Kirschenbaum, D.S.; Johnson, W.G. e Stalonas, P.M. (1987). *Treating Childhood and Adolescent Obesity*. Pergamon Press: NY.

Miller, P.M. e Sims, K.L. (1981). Evaluation and component analysis of a comprehensive weight control program. *Int J Obes*, 5(1), 57-65.

Monteiro, C. (2000). The Epidemiologic Transition in Brasil. Em: M. Pena e J. Bacallao (Org.), *Obesity and Poverty: A new Public Health Change*, World Health Organization, Washington: DC.

Roongpisuthipong, C.; Boontawee, A. e Kulapongse, S. (1995). Behavior modification in the treatment of obesity: acceptability profiles. *J Med Assoc Thai*, 78(5), 232-37.

Stunkard, A. J. (1996). Current Views on obesity. *Am J Med*, 100(2), 230-6.

World Health Organization (1997). Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of the World Health Organization Consultation on Obesity, Geneve.

Williamson, D.A. e Perrin, L.A.. (1996). Behavioral therapy for obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 25(4), 943-54.

Wilson, G.T. (1995). Behavioral Approaches to the Treatment of Obesity. Em K.D. Brownell e C.G. Fairburn (Org.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, pp. 479-83. Guilford Press: NY.