

A OBESIDADE COMO GERADORA DE DOENÇA: O IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

OBESITY AS GENERATOR OF ILLNESS: THE IMPACT OF THE MOTIVATIONAL INTERVIEW

Autores:

Raquel Cerqueira Gomes¹, Alfredo Couto²

RESUMO

Introdução: A obesidade é uma doença crónica, com etiologia multifatorial, que resulta do excesso de gordura corporal. É um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, como diabetes e hipertensão arterial. A sua prevalência tem vindo a aumentar a nível nacional e global. Perante este panorama, é necessário criar medidas eficazes de prevenção do excesso de peso e obesidade, bem como assegurar a abordagem adequada e eficaz desta doença.

Descrição do caso: Homem de 40 anos, caucasiano, casado, com o quarto ano de escolaridade e picheleiro de profissão. Integra uma família nuclear, em fase V do ciclo de vida de *Duvall* e de classe socioeconómica média, segundo a classificação de *Graffar*. O agregado familiar é constituído pelo utente, a esposa e dois filhos. Trata-se de uma família com APGAR familiar de *Smilkstein* com moderada disfunção (quatro pontos). Apresenta como antecedentes pessoais diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade grau I, dislipidemia mista, hipertensão arterial grau I e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) de gravidade moderada, secundária à obesidade. Em consulta de vigilância da diabetes, na sua Unidade de Saúde Familiar (USF), o utente encontrava-se em fase de contemplação relativamente à perda de peso. Contudo, após uma entrevista motivacional, com abordagem centrada na pessoa e com enfoque na resolução da ambivalência, foi possível iniciar um processo de mudança que culminou numa perda de peso substancial e uma melhoria global da sua saúde.

Comentário: A obesidade é uma doença subdiagnosticada e subtratada. Para contrariar este paradigma, é necessário que a obesidade seja considerada, pela comunidade médica e população geral, uma doença crónica e não um problema meramente estético. A entrevista motivacional surge como uma importante ferramenta de intervenção clínica promotora de adesão comportamental ao tratamento da obesidade, principalmente em doentes resistentes à mudança de estilos de vida.

Palavras-chave: obesidade; entrevista motivacional

Keywords: *obesity; motivational interviewing*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como uma doença onde o excesso de gordura corporal acumulada no organismo pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta.¹

A obesidade é uma doença crónica com génese multifatorial, com envolvimento de fatores ambientais, metabólicos e genéticos, numa complexa interação de variáveis que incluem influências culturais, psicológicas e comportamentais.² Para além de provocar uma diminuição da qualidade de vida, é um fator de risco importante para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, tais como: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, outras doenças cardiovasculares (doença arterial coronária, arritmias cardíacas) e

alguns tipos de neoplasias, nomeadamente o cancro colorretal.² Sem retirar relevo a nenhuma das comorbilidades, o risco de incidência da diabetes *mellitus* tipo 2 e das doenças cardiovasculares têm particular relevância em Portugal, uma vez que contribuem de forma significativa para a mortalidade.³

O diagnóstico de excesso de peso e de obesidade faz-se através do cálculo do índice de massa corporal (kg/m^2). Existe uma boa correlação entre este índice e a massa gorda corporal total.¹

A evidência epidemiológica sustenta, de forma crescente e robusta, que a obesidade representa um problema de saúde pública à escala mundial.⁴ Os dados apontam para uma tendência crescente global das prevalências de excesso de peso. Em Portugal, mais de metade da população adulta apresenta excesso de peso.² Perante este panorama, é necessário criar medidas eficazes de combate à obesidade, através da prevenção com a promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis e também assegurar o tratamento adequado da obesidade. A intervenção terapêutica exige, aos profissionais de saúde, não apenas conhecimentos técnicos quanto às formas mais eficazes no tratamento deste problema, mas também competências relacionais que

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF d'As Terras de Lanhoso, ACES Cávado II – Gerês Cabreira

2. Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar, USF d'As Terras de Lanhoso, ACES Cávado II – Gerês Cabreira

promovam a motivação do doente, de forma a que ele seja agente ativo da resolução deste problema de saúde.⁵ O objetivo terapêutico não consiste apenas em conseguir deixar de comer em excesso ou deixar de ser sedentário, mas também em manter o comportamento saudável a longo prazo de forma a evitar recaídas.

No contexto da prevenção e do tratamento da obesidade, é recorrente observar-se uma intervenção clínica com a promoção de comportamentos saudáveis (nomeadamente, dietas e atividade física), num estilo terapêutico diretivo, com abordagem centrada no médico.⁶ O profissional de saúde elucida o doente quanto ao que está errado no seu estilo de vida (ou seja, o que tem conduzido ao aumento do peso) e quanto ao que é desejável fazer para evitar este problema, procurando, desta forma, orientá-lo para a adoção dos comportamentos que visam a redução ou manutenção do peso.⁶ Face a este tipo de intervenção, é comum o doente adotar muitas vezes uma atitude passiva e/ou resistente, o que por si só é preditor do insucesso terapêutico.⁶ A mudança comportamental é um fenómeno complexo, com múltiplos determinantes, incluindo variáveis motivacionais e, na maior parte das vezes, gerador de *stress* associado a processos ambivalentes, expressos no dilema entre manter o estado atual e o avançar para formas de estar diferentes.^{7,8} Na abordagem terapêutica diretiva, informar o utente que, se mantiver um determinado comportamento está a aumentar o risco de contrair uma doença, é raramente suficiente para a mudança comportamental; as pessoas mudam quando acreditam que a mudança é realmente eficaz e que conseguem implementar essa mesma mudança.^{7,8} Para além disso, estilos confrontativos do profissional de saúde estão associados a elevados níveis de resistência terapêutica por parte do doente. Por outro lado, se o médico promover uma linguagem de mudança por parte do próprio doente (em vez de impor a mudança), a possibilidade de o doente ultrapassar a ambivalência/resistência inerentes à mudança é maximizada.⁹

A entrevista motivacional é uma ferramenta de intervenção clínica promotora de adesão comportamental ao tratamento da obesidade, principalmente em doentes resistentes à mudança de estilos de vida, sendo importante para alcançar o sucesso terapêutico e preventivo.¹⁰ É uma forma de aconselhamento colaborativo, centrada na pessoa, visando estimular uma alteração comportamental, através de mecanismos de exploração e resolução da ambivalência e do reforço da mudança.¹¹ Os objetivos da entrevista motivacional são: aumentar a consciência do problema (sentido de importância do problema e necessidade de mudar); explorar e ajudar a resolver a

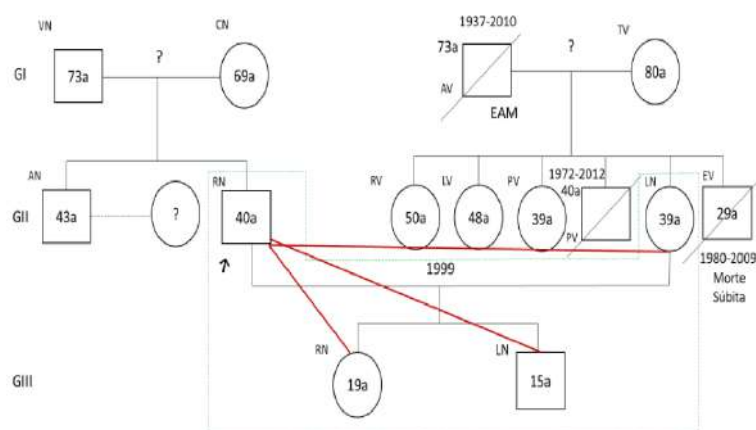
ambivalência, sentida como relutância à mudança; ajudar a ultrapassar os obstáculos; reforçar a autoeficácia e apoiar o processo de tomada de decisão para a mudança. Qualquer intervenção de redução ou controlo de peso só resulta se houver um investimento terapêutico no sentido de ultrapassar a ambivalência.⁵

O presente caso ilustra a importância da entrevista motivacional como forma de abordagem centrada na pessoa, com enfoque na resolução da ambivalência, de forma a atingir o sucesso terapêutico de uma doença multifatorial, com forte impacto nas comorbilidades associadas.

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação e Caracterização Familiar

Homem de 40 anos, caucasiano, casado, natural e residente em Póvoa de Lanhoso, com o quarto ano de escolaridade e picheleiro de profissão. Apresenta como antecedentes pessoais diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade grau I, dislipidemia mista, hipertensão arterial grau I e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) de gravidade moderada secundária à obesidade. Encontra-se medicado com metformina 750 mg (1+0+1); perindopril 5 mg (1+0+0); atorvastatina 20 mg (0+0+1); *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP). Sem antecedentes cirúrgicos. Desconhecem-se alergias medicamentosas ou alimentares. Como antecedentes familiares de relevo: mãe com diabetes *mellitus* tipo 2. Integra uma família nuclear, em fase V do ciclo de vida de *Duvall* e de classe socioeconómica média, segundo a classificação de *Graffar*. O agregado familiar é constituído pelo utente, a esposa e dois filhos. Trata-se de uma família com APGAR familiar de *Smilkstein* com moderada disfunção (quatro pontos). Expõe-se o genograma familiar na Figura 1. A psicofigura de *Mitchell* revela uma excelente relação com a esposa e os filhos.



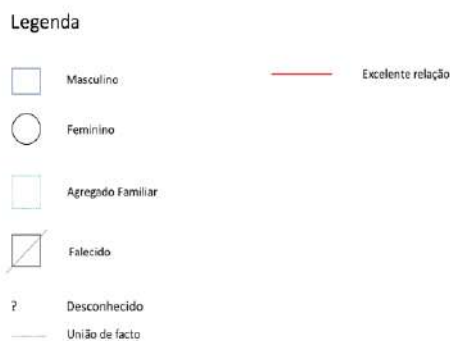


Figura 1. Genograma familiar e psicofigura de *Mitchell* (data de elaboração: 20/08/2018).

Legenda: EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio.

História da Doença Atual

Em consulta de vigilância da diabetes na Unidade de Saúde Familiar (USF), a 02/04/2018, após a avaliação do utente, registaram-se os dados do estudo analítico e do exame objetivo representados no Quadro I. O utente apresentava, segundo *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE), risco cardiovascular muito alto. Encontrava-se em fase de contemplação (modelo *Prochaska e Diclemente*) em relação à perda de peso. O utente tinha consciência de que a obesidade era um problema para a sua saúde, e manifestava vontade de mudar, contudo, simultaneamente, mostrava-se ambivalente relativamente à sua capacidade de perda de peso e manutenção posteriormente. Através da entrevista motivacional centrada no utente, com o objetivo de ultrapassar a ambivalência, foram discutidos os benefícios da perda de peso e os riscos da obesidade para a sua saúde, identificando os obstáculos que podiam comprometer a perda de peso. Foi, também, trabalhado com o utente a sua importante colaboração neste processo de mudança, em articulação com o seu médico de família. No final da consulta o utente estava pronto para a mudança (fase de preparação), tendo sido prescrito pelo médico de família um programa para perda de peso com exercício aeróbico diário de 30 minutos de intensidade moderada a vigorosa (caminhada a passo rápido ou corrida), aconselhamento dietético geral com correção de erros alimentares e pedido controlo analítico para a próxima consulta. No final da consulta, foi lançado um desafio ao utente: que tirasse uma foto ao seu corpo (frente e perfil) antes do início da perda de peso, de forma a motivá-lo para as mudanças corporais durante o processo (representado na Figura 2). O utente consentiu o desafio e autorizou a publicação das fotografias no presente artigo.

Na consulta programada a 18/06/2018, o utente

encontra-se em fase de ação a cumprir a dieta hipocalórica e a atividade física diária. O estudo analítico pedido e os dados do exame objetivo desta avaliação estão representados no Quadro I. Apresentava uma melhoria significativa do peso, com perda de 13 kg em dois meses e meio, e uma melhoria do perfil lipídico. Por se apresentar altamente motivado, foi referenciado para a consulta de pneumologia para reavaliação do SAOS. Foi pedido hemoglobina glicada A1c (HgA1c) de controlo e marcação de nova consulta.

Na fase de ação é necessária uma mudança efetiva de comportamento por parte do utente. O profissional de saúde deve estimular e manter a motivação do utente para os seus objetivos e ajudar a lidar com possíveis lapsos ou retrocessos na adesão ao novo estilo de vida, bem como arranjar estratégias e soluções (*coping*) para os possíveis obstáculos que possam surgir. Trabalhar o comprometimento e a autoeficácia com o utente é crucial para o sucesso da fase da ação.

Na consulta programada a 24/08/2018, o utente encontra-se em fase de manutenção. Já tinha sido observado em consulta de pneumologia, onde realizou o estudo do sono através da polissonografia com índice de apneia/hipopneia < 5/hora. O utente teve alta da consulta de pneumologia com indicação para suspensão do tratamento com CPAP e manutenção do peso com seguimento no médico de família.

O controlo analítico pedido e os dados exame objetivo da consulta estão representados no Quadro I. O utente apresentava uma melhoria significativa do peso, com perda de 20 kg relativamente ao peso inicial e um perímetro abdominal reduzido (83 cm) como representado na Figura 3. A HgA1c apresentava-se com um valor (5,4%) que traduz um ótimo controlo metabólico da diabetes. Para além da melhoria do controlo metabólico, também o perfil tensional se encontrava melhor relativamente aos valores prévios à intervenção. De forma a acompanhar o utente nesta fase de manutenção, foi agendada uma consulta três meses depois para reforço dos comportamentos saudáveis.

Na fase de manutenção é necessário dar suporte ao utente no sentido de evitar recaídas. Nas consultas subsequentes evidenciou-se a melhoria do estado de saúde global do utente e o impacto da perda de peso nas múltiplas comorbilidades associadas. Foram reforçadas as estratégias de *coping*, comportamentais e cognitivas na gestão das barreiras e responsabilidade pessoal para a manutenção dos comportamentos da mudança.

Quadro I. Estudo analítico e dados do exame objetivo

Data da consulta	Colesterol Total	Colesterol LDL	Colesterol HDL	Triglicerídeos	HgA1c	Peso	IMC	Perímetro Abdominal	TA
02/04/2018	300 mg/dL	192 mg/dL	70 mg/dL	190 mg/dL	7,2%	89 kg	32,3 kg/m ²	98 cm	145/92 mmHg
18/06/2018	190 mg/dL	82 mg/dL	80 mg/dL	140 mg/dL	-	76 kg	27,6 kg/m ²	94 cm	138/92 mmHg
24/08/2018	-	-	-	-	5,4%	69 kg	25,0 kg/m ²	87 cm	138/88 mmHg

Legenda: IMC - Índice de Massa Corporal; HgA1c - Hemoglobina A1c; TA - Tensão Arterial.



Figura 2. Utente em fase de preparação (data: 03/04/2018).



Figura 3. Utente em fase de manutenção (data: 23/08/2018).

COMENTÁRIO

A obesidade é uma doença crónica subdiagnosticada e subtratada. A maior parte dos profissionais de saúde subestimam a doença e têm pouca confiança na sua capacidade de intervenção junto da população obesa.¹²

De forma a contrariar este paradigma, é urgente que a obesidade seja considerada pela comunidade médica e população geral como uma doença crónica e não um problema meramente estético. A obesidade é uma doença geradora de doenças, doenças essas que os médicos de família combatem efusivamente e diariamente nos cuidados de saúde primários, como a diabetes e a hipertensão arterial. A perda de peso, principalmente se mantida a longo prazo, traduz-se numa melhoria global da saúde, com redução da mortalidade e morbilidade associada às doenças crónicas e melhoria da qualidade de vida.¹

O médico de família deve essencialmente atuar na prevenção da obesidade, contudo também tem um papel de destaque na deteção e correção deste

problema de saúde. O combate à obesidade obriga a uma especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção, não apenas no que diz respeito às ações que evitam a perda da saúde, mas, também, a todos os comportamentos que promovem a sua recuperação.

Nos últimos dez anos a entrevista motivacional tem sido utilizada como ferramenta clínica de intervenção em vários tipos de doença crónica, nomeadamente na mudança e adoção de estilos de vida mais saudáveis.¹³ Importa salientar que, uma vez que a obesidade não é um comportamento, a intervenção motivacional nesta área clínica implica, antes de mais, a identificação dos comportamentos que contribuem para o ganho ponderal. A entrevista motivacional pode facilitar a mudança comportamental automotivada e autónoma (logo, mais prolongada) ao promover a interiorização e integração da regulação dos novos comportamentos, e ao garantir que estes novos comportamentos sejam compatíveis com os objetivos e valores do doente.

Neste caso a entrevista motivacional foi útil para ajudar a ultrapassar a ambivalência e a clarificar os aspetos motivacionais subjacentes à mudança. A abordagem centrada no utente e não no médico permitiu encorajar o utente para a mudança e clarificar sobre o impacto da obesidade na sua saúde e do benefício da perda de peso. Resolvendo a ambivalência, o utente saiu da fase de contemplação e foi planeado o início da mudança de comportamento e estilo de vida, que culminou numa perda de peso substancial com impacto importante nas diferentes comorbilidades e na sua qualidade vida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Direção Geral de Saúde. Programa nacional de combate à obesidade. Lisboa;2005.
- 2 - Direção Geral de Saúde. Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde. Lisboa: Programa nacional para a promoção da alimentação saudável;2017.
- 3 - George F. Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. Acta Med Port. 2012;25(2):61-3.
- 4 - NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. Lancet. 2016;387(10026):1377-96.
- 5 - Osvaldo S. Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso. 2009;3(3): 109-15.
- 6 - Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. J Consult Clin Psychol. 2003;71(5):862-78.
- 7 - Marteau TM, Lerman C. Genetic risk and behavioural change. BMJ. 2001;28;322(7293):1056-9.
- 8 - Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman & Company. 1997.
- 9 - Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. BMJ. 2005;22;331(7522):961-3.
- 10 - Rogers CR. Client-centered therapy. Boston: Houghton-Mifflin. 1951.
- 11 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992;47(9):1102-14.
- 12 - Bordin, ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy, Theory, Research and Practice. 1979; 16:252-60.
- 13 - Resnicow K, Davis R, Rollnick S. Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. J Am Diet Assoc. 2006;106(12):2024-33.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:

Raquel Maria Cerqueira Gomes
r.cerqueiragomes@gmail.com

RECEBIDO: 10 de junho de 2019 | ACEITE: 09 de setembro de 2019