



A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica

Cibele Fernandes de Moraes
Margareth Silva de Oliveira

Resumo: O objetivo deste artigo foi realizar um estudo pré-experimental com a Entrevista Motivacional em grupo para o tratamento da Compulsão Alimentar Periódica. A amostra foi constituída de 30 mulheres, com idade média de 34,73 anos e IMC médio de 37,30 kg/m². Durante seis encontros, 14 mulheres obesas com Compulsão Alimentar Periódica foram avaliadas com a Escala da Compulsão Alimentar Periódica, Inventário de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck para analisar os níveis de Compulsão Alimentar Periódica, ansiedade e depressão antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram que as três escalas apresentaram diferenças significativas ao nível de significância de 5% no antes e depois da intervenção com o uso do Teste T para amostra pareada. Conclui-se que a Entrevista Motivacional pode ser uma boa intervenção terapêutica no tratamento da Compulsão Alimentar Periódica.

Palavras-chave: Compulsão Alimentar Periódica. Entrevista Motivacional.

Motivational Interview at Obese Groups in Binge Eating Treatment

Abstract: The goal of this paper was to develop a pre-experimental study using group motivational interviewing for the treatment of Binge Eating Disorder. The sample consists of 30 women, aged 34,73 on average, and with an average BMI of 37,30 Kg/m². During six meetings, 14 obese women with Binge Eating Disorder were assessed with the Binge Eating Scale, the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory in order to analyze the levels of Binge Eating Disorder, anxiety and depression before and after the intervention. The results showed that the three scales presented significant differences in significance level of 5% before and after the intervention using the Paired T-test. The paper concludes that motivational interviewing may be a good therapeutic intervention for the treatment of Binge Eating Disorder.

Keywords: Binge Eating Disorder. Motivational Interviewing.

Introdução

O presente estudo tem como propósito apresentar um estudo pré-experimental sobre o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em um tratamento grupal com pacientes obesas, utilizando apenas a técnica da Entrevista Motivacional (EM). O grande objetivo deste estudo é avaliar a aplicabilidade da EM nesta população, visando uma melhoria nos sintomas psicopatológicos mais comuns do TCAP: a depressão, a ansiedade e o episódio do comer compulsivo.

A obesidade é basicamente compreendida como uma alteração da composição corporal, definida por excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, com determinantes genéticos e ambientais. Ela pode ser definida de diversas formas, mas uma das maneiras mais utilizadas em diagnosticá-la é através do cálculo do Índice da Massa Corpórea (IMC), o qual é o peso do indivíduo, em quilogramas, pela altura, em metros, elevado ao quadrado. Este tipo de classificação gera três níveis de divisão: a obesidade

grau I ou obesidade leve (IMC 30,0 a 34,9), obesidade grau II ou moderada (IMC 35,0 a 39,9) e obesidade grau III ou mórbida ($IMC \geq 40$) (Mancini, 2006).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2007) buscou mapear a obesidade no Brasil, através de 2.179 entrevistas distribuídas entre as cinco regiões brasileiras. Os resultados revelaram que 51% da população brasileira apresentam sobrepeso, 8,5% obesidade leve, 0,6% obesidade moderada e 3% obesidade mórbida. Entre o sexo masculino, 50% estão com sobrepeso e 10,5% com obesidade. No sexo feminino, 51% estão com sobrepeso e 14% com obesidade.

Atualmente, a obesidade é vista como um problema de saúde pública em diversos países, pois além de ser um fator de risco para outras patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, etc., ela vem, muitas vezes, acompanhada de quadros depressivos e ansiosos, prejudicando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos obesos. Um estudo com uma amostra de 177.047 sujeitos adultos, em 50 estados americanos, buscou examinar as associações entre depressão, ansiedade e IMC após ter levado em consideração múltiplos fatores de risco incluindo características demográficas, doenças associadas à obesidade (diabete, infarto de miocárdio, angina, acidente vascular cerebral e asma) e outros fatores psicossociais, mais o de estilo de vida. Os resultados mostraram que a prevalência de ansiedade e depressão foi significativamente maior em pacientes com doenças associadas à obesidade dos que não tinham tais comorbidades. A conclusão deste estudo foi de que o IMC acima ou abaixo da normalidade é um preditor do estado de saúde mental independente de morbidades físicas, porque houve uma forte associação entre IMC, depressão e ansiedade (Zhao et al., 2009).

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) foi descrito pela primeira vez, na década de 1950, através da observação clínica de Stunkard com obesos que relatavam episódios de hiperfagia associados a sentimentos de falta de controle. Contudo, sua elevação à categoria diagnóstica apenas ocorreu em 1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM IV, sob a forma de transtorno que necessita de maiores estudos e que se encontra como “Transtornos alimentares sem outra especificação” (TASOE) (Cooper & Fairbum, 2003).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), o TCAP é caracterizado como episódios de consumo descontrolado de grandes quantidades de comida, não seguidos por qualquer comportamento compensatório não apropriado. Estes episódios também são acompanhados por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. No CID-10 (OMS, 1994), estes episódios podem ser classificados em três atuais categorias: “Transtorno Alimentar não especificados (TANE)”, “Bulimia Nervosa atípica” e “hiperfagia associado a outros distúrbios psicológicos”.

Distinguir o TCAP de outras formas de superalimentação não é uma tarefa fácil. Existem dois aspectos que dificultam esta questão. O primeiro é diferenciar o transtorno alimentar de um comportamento alimentar habitual; e o segundo, é classificar as várias formas de transtornos alimentares. Nestes casos, a utilização de escalas específicas para cada transtorno é bastante importante para uma melhor avaliação (Cooper & Fairbum, 2003).

A relação da obesidade com a compulsão alimentar e os sintomas psicopatológicos tem aparecido em diversas pesquisas. Um estudo brasileiro recente identificou um percentual de 26,6% de TCAP em uma amostra de 212 mulheres obesas. Entre estas, foi

encontrado um perfil psicopatológico mais grave do que os controles obesos (Fandiño et al., 2010). Em outro estudo com uma amostra de 50 obesas, foi encontrada uma frequência de 36% de TCAP. Estas pacientes também apresentavam, em 100% da amostra, sintomas depressivos, sendo que 84% destas apresentavam sintomatologia grave. Quanto à ansiedade, esta estava presente em 70% como ansiedade traço e, 54% como ansiedade estado (Matos et al., 2002).

Foi encontrada, em um estudo de revisão latino-americano, uma prevalência entre 16% e 51,6% de TCAP nos obesos que estavam em programas de perda de peso. Além disto, foi observada uma maior tendência para peso mais alto, oscilação ponderal, preocupação com peso e forma corporal e associação com comorbidades psiquiátricas nos pacientes com TCAP comparados com o grupo controle. Apesar desta revisão não ter identificado nenhum estudo de prevalência de TCAP na população geral, a conclusão desta foi de que há subsídios suficientes para que o TCAP seja considerado uma categoria distinta de transtorno alimentar na Classificação Internacional de Doenças na 11ª Edição (Palavras, Kaio, Mari & Claudino, 2011).

Junto com a investigação da prevalência da compulsão alimentar, vêm surgindo diversos estudos de como podemos tratá-la. Em uma revisão sistemática de ensaios randomizados controlados, foram encontrados 26 estudos deste tema, incluindo tratamentos apenas com medicação, medicação mais intervenção comportamental e outros apenas com a intervenção comportamental. A força da evidência para tratamentos com medicação e intervenções comportamentais foi moderada, enquanto que para tratamento de autoajuda e outras intervenções foi fraco. Um dado importante encontrado nesta revisão sistemática foi que os tratamentos individuais ou em grupo, com técnicas cognitivas comportamentais, conseguiram reduzir a compulsão alimentar, assim como conseguiram melhorar as taxas de abstinência em até quatro meses após o tratamento. Mas, um fator negativo destes tratamentos foi de que eles não levaram à perda de peso dos sujeitos estudados (Brownley, Berkman, Sedway, Lohr & Bulik, 2007).

Com o objetivo de se alcançar uma melhor compreensão do quadro psicopatológico do TCAP e conseqüentemente atingirmos uma melhor estratégia de tratamento, tem havido, desde 2001, um crescente corpo de evidência científica para a semelhança entre o vício frequentemente experimentada por usuários de drogas ilícitas e o apetite excessivo de alimentos encontrados nos obesos (Pelchat, 2009). Davis e Carter (2009) publicaram um artigo com o objetivo de propor, com apoio em evidências teóricas e empíricas, que o comer compulsivo é suficientemente similares à dependência de substâncias convencionais e por isso poderia ser classificado como um transtorno de dependência ou um comportamento aditivo. Porém, estas autoras não consideram apropriado incluir todos os casos de excesso de alimentos nesta categoria. Elas, então propuseram que o TCAP é um fenótipo particularmente adequado a tal conceitualização.

Um outro estudo que colaborou bastante na compreensão da compulsão alimentar foi o de Passos, Yazigi e Claudino (2008). Estes observaram, em uma amostra com 43 obesas com TCAP, através do método de Rorschach, a presença de dificuldades significativas na área ideativa. As participantes desta pesquisa mostraram que nem sempre elas conseguem manter um curso ideativo lógico e coerente, evidenciando processos imaturos de pensamento como a perda da noção dos limites da realidade. Este estudo

concluiu que pacientes com compulsão alimentar periódica apresentam distorções no pensamento e na percepção. Tais prejuízos, conseqüentemente, interferem na aderência ao tratamento, na capacidade de utilizar de forma adequada as informações fornecidas na abordagem psicoeducacional, assim como preencherem os diários alimentares da forma orientada. Além disto, concluíram que estes sujeitos tendem a um funcionamento psíquico mais primário, onde se privilegia a satisfação imediata, ignorando as suas conseqüências, além de terem uma suscetibilidade a estados afetivos depressivos. Desta forma, estes autores sugerem que este tipo de paciente apresenta uma vulnerabilidade a experimentar sobrecargas emocionais vividas como necessidades imediatas que impulsionam ao episódio do comer compulsivo, dificultando assim, a manterem um plano a longo prazo, como por exemplo, a perda de peso.

A entrevista motivacional (EM) foi desenvolvida pelo psicólogo William Miller com o objetivo principal de auxiliar os processos de mudanças dos comportamentos aditivos, tais como transtornos alimentares, tabagismo, abuso de álcool, drogas, jogo patológico entre outros. Ela originalmente foi utilizada no tratamento de comportamentos dependentes, mas atualmente está sendo amplamente utilizada em triagens clínicas com o objetivo de aumentar o comportamento saudável tais como exercícios físicos e dietas balanceadas (Hecht et al., 2005).

Esta técnica tem como foco trabalhar a ambivalência do paciente frente a um comportamento persistente, como por exemplo, quando um paciente obeso não consegue realizar um plano alimentar prescrito. Nestas situações, o paciente encontra-se em dúvida quanto ao processo de mudança, se questionando: Para que mudar? O que irá acontecer? Na técnica da EM compreende-se que este paciente está com um conflito motivacional, o qual deverá ser trabalhado principalmente com técnicas não diretivas para que ele consiga passar para outro estágio de mudança, através de uma crescente busca de conscientização do seu problema. Assim, um dos princípios norteadores desta abordagem é o Modelo Transteórico desenvolvido por James O. Prochaska, a partir da análise comparativa de 18 principais sistemas de terapia, tendo como foco o processo de mudança (Prochaska & DiClemente, 1982).

No Modelo Transteórico a motivação é descrita como uma prontidão para a mudança e este sugere os seguintes estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita ao longo de um processo: Pré-Contemplação (sem intenção de mudar o comportamento), Contemplação (consciência que o problema existe, pensando sobre ele, mas não comprometido em mudá-lo), Determinação (com intenção de ter uma atitude em um futuro próximo), Ação (modificação do comportamento), Manutenção (prevenindo recaída e consolidando os ganhos) e Recaída (retomada do comportamento problema). Esta última é compreendida como um estágio normal da mudança de comportamentos aditivo, por entender que o paciente irá transitar várias vezes por estes estágios até a finalização do problema (Miller & Rollnick, 2001).

Um trabalho de revisão sobre a aplicação do Modelo Transteórico e a Entrevista Motivacional para o tratamento dos transtornos alimentares, incluindo os Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação, concluiu, através de estudos com a análise de grupos controle, que há uma pequena indicação de que a utilização da EM traz benefícios significativos ao tratamento, com exceção do aumento da motivação e da diminuição

da compulsão alimentar nos pacientes com TCAP e Bulimia Nervosa. Alguns dos nove estudos que examinaram a eficácia da EM foram considerados com uma boa metodologia, mas mesmo assim, eles tiveram como limitador o uso de uma metodologia pouco uniforme (Dray & Wade, 2012).

A EM também apresentou uma boa eficácia clínica no tratamento de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Esta foi a conclusão de um estudo prospectivo com seis meses de tratamento, comparando um grupo controle e um grupo com a intervenção da EM (Walpole, Dettmer, Morrongiello, McCrindle, & Hamilton, 2011).

Um estudo com uma amostra de 32 mulheres e 7 homens universitários, com idades entre 18 e 55 anos, IMC médio 32,36 kg/m^2 ($DP = 3,05$), com diversos critérios de exclusão, sendo entre eles a ausência de sintomas significativos de depressão (escore BDI ≥ 18) participaram de 8 sessões de tratamento para perda de peso. A amostra foi dividida em dois grupos: um com duas sessões específicas de EM e outro sem. Os resultados sugeriram uma modesta vantagem no grupo com EM do que o outro sem EM para todos os resultados avaliados, principalmente quanto aos sentimentos de maior controle e menor culpa perante a comida, sintomas de humor e qualidade de vida. Contudo, havia uma maior participação de homens no grupo com EM do que no outro grupo. Com isso, as análises ficaram prejudicadas pela maior facilidade que os homens apresentaram em perder peso neste estudo (DiMarco, Klein, Clark & Wilson, 2009).

Um estudo com a metodologia próxima deste que estamos apresentando é o de Jaeger, Oliveira e Freire (2008), os quais pesquisaram a técnica da EM em um grupo de alcoolistas. Foram sujeitos desta pesquisa, 36 pacientes dependentes de álcool que estavam em tratamento de desintoxicação em internação hospitalar. Estes pacientes estavam envolvidos com acompanhamento psiquiátrico, mais grupos com enfoque de prevenção de recaída. O objetivo deste foi acrescentar um grupo de Entrevista Motivacional de quatro encontros para aumentar a adesão ao tratamento já em andamento. Os resultados mostraram que 62,2% dos participantes se mantiveram em abstinência completa durante o período de 90 dias após a intervenção da EM. Os demais integrantes tiveram os seus níveis de consumo diminuídos. Um limitador deste estudo acima citado foi a falta de um grupo controle para melhor clareza dos resultados.

Observa-se, na revisão de literatura, que os estudos com EM no tratamento da obesidade além de serem recentes eles pouco abordam a avaliação da compulsão alimentar. Desta forma, o presente estudo tem como propósito demonstrar uma experiência com a técnica da Entrevista Motivacional em grupo no tratamento do TCAP em indivíduos obesos.

Método

Foi utilizado o delineamento pré-experimental com avaliações antes e depois no mesmo grupo, durante seis encontros.

Os participantes deste estudo foram recrutados através da Intranet da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) e atendidos pelo Setor de Psicologia do Centro do Tratamento da Obesidade (CTO) da ISCOMPA. Foram excluídos os sujeitos que apresentaram ausência de compulsão alimentar periódica na Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), assim como menores de 18 anos. A amostra

inicial foi composta por 30 participantes, mas apenas 14 sujeitos concluíram o programa. Foi considerado abandono de tratamento, a participação menor do que 50% dos encontros. Os dados dos sujeitos que não participaram de no mínimo 50% dos encontros ou que não compareceram ao último encontro, não foram computados ou submetidos a qualquer análise.

Instrumentos

- Entrevista Estruturada: com o objetivo de estabelecer o perfil sócio demográfico da amostra estudada, foram coletados dados que se referem às variáveis sexo, idade, estado civil, medidas de peso e altura, escolaridade, ocupação atual e a presença de hábitos relacionado ao álcool e ao tabaco (ABEP, 2008).

- Régua de Prontidão (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001): é uma técnica visual-analógica de 0 a 10, simples e eficaz, para averiguar em qual estágio de mudança o sujeito se encontra. O terapeuta pergunta a seu cliente qual dos pontos da régua melhor reflete o quão pronto ele está, no presente momento, para mudar seu comportamento problema.

- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP): instrumento traduzido e validado para o Brasil da escala original *Binge Eating Scale* (BES). Consta de um questionário autoaplicável que avalia e quantifica a gravidade das tendências da compulsão alimentar periódica. Compõe-se de uma escala Likert, com 62 afirmativas, distribuídas em 16 itens, sendo que o entrevistado seleciona uma resposta que seja mais representativa da sua percepção. A cada afirmativa, dá-se uma pontuação de 0 a 3, que corresponde de ausência até gravidade da compulsão. A soma dos pontos fornece o escore que corresponde à seguinte classificação: abaixo ou igual a 17 – ausência da compulsão; de 18 a 25 – compulsão moderada e igual ou acima de 26 – compulsão alimentar grave. Contudo, o diagnóstico deve ser confirmado com entrevista clínica (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario, 2001).

- Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*) é uma escala de autoaplicável, com 21 itens a serem respondidos no prazo de uma semana, correspondentes a diversos níveis de intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos quanto na população geral. O estudo de validação, para o Brasil, foi desenvolvido pela Prof^a. Dr^a. Jurema A. Cunha (Cunha, 2001). Os pontos de corte para pacientes psiquiátricos, conforme normas da versão em português, são: 0 a 11 (mínimo), 12 a 19 (leve), 20 a 35 (moderado) e 36 a 63 (grave).

- Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) (Cunha, 2001). Trata-se de uma escala sintomática, destinada a medir a gravidade dos sintomas de ansiedade. É composta por 21 itens, em que o sujeito deve pontuar conforme os sintomas que o afetam, numa escala de quatro pontos. O escore total é obtido pelo somatório dos escores de cada item. Os pontos de corte para pacientes psiquiátricos foram, conforme as normas da versão em português, desenvolvidos, em 1999, pela Prof^a. Dr^a. Jurema A. Cunha e subdividem-se de 0 a 10 (mínimo), 11 a 19 (leve), de 20 a 30 (moderado) e de 31 a 63 (grave) (Cunha, 2001).

As participantes foram divididas em quatro grupos, conforme a disponibilidade de horários, com o mínimo de 4 e máximo de 10 participantes. Os encontros foram semanais, com 75 minutos de duração cada e coordenado por um psicólogo.

No primeiro encontro, todos os sujeitos preencheram o protocolo de pesquisa que continha uma entrevista estruturada, a régua de prontidão, a ECAP, o BDI e o BAI e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesta ocasião, as participantes foram esclarecidas sobre o objetivo da pesquisa e da necessidade de participarem mais de 50% dos encontros para não se caracterizar abandono de tratamento. Neste mesmo dia, as participantes receberam um material impresso sobre psicoeducação, com conceitos de compulsão alimentar, motivação, roda da mudança, obesidade, ansiedade e depressão para ser discutido no próximo encontro.

No encontro seguinte, foi feita a devolução dos instrumentos, através de uma ficha personalizada, onde as integrantes do grupo se apresentavam e eram estimuladas a compartilhar as suas reações frente aos resultados recebidos. Posteriormente foram discutidos os temas: obesidade, compulsão alimentar, ansiedade, depressão e os estágios de motivação da mudança. Também foram abordadas as metas e objetivos de cada integrante e distribuído um formulário para o preenchimento do diário alimentar e o de atividade física. Nestes diários, as voluntárias ficaram com a tarefa de preencherem todos os alimentos ingeridos durante o dia, associando aos pensamentos e aos sentimentos no momento de cada refeição. Do mesmo modo, também ficaram de preencher todas as atividades físicas, sejam elas programadas (academia, hidroginástica...) ou atividades de mudança de estilo de vida (subir escadas x pegar elevador...) (White & Freeman, 2003).

No terceiro encontro, foi reforçado o entendimento dos estágios de motivação para mudança (pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e recaída) e trabalhamos com a técnica da balança decisional (Ingersoll, Christopher & Gharib, 2000), a qual buscou avaliar os prós e os contras em mudar e os prós e os contras em não mudar o comportamento do comer compulsivo. Neste momento, o terapeuta perguntava qual seria o melhor conceito de motivação e colocava no quadro branco as respostas mais pertinentes. Em seguida, foi questionado o que influencia a motivação e, do mesmo modo, colocavam-se as respostas no quadro. O objetivo neste encontro era mostrar ao grupo um conceito mais amplo da motivação, assim como apontar a existência do sentimento de ambivalência presente nos estados motivacionais.

No quarto encontro, foi trabalhado o tema da autoeficácia e o papel da compulsão alimentar periódica no estilo de vida de cada integrante. Neste encontro foi estimulado que cada participante relembresse e compartilhasse uma situação vivenciada de mudança na qual obteve sucesso, como por exemplo, o parar de fumar, começar um tratamento, etc. Com estes exemplos, foi possível mostrar o sentimento de autoeficácia que surge após cada atitude de mudança importante em suas vidas, ajudando assim no incremento da autoestima e conseqüentemente na motivação intrínseca de cada uma delas. Quanto ao estilo de vida, foi abordada a necessidade de se realizar algumas mudanças que melhore a qualidade de vida, com fins de evitar que a sobrecarga emocional instale a compulsão alimentar. Assim, foi verificada a influência do estilo de vida na saúde física e emocional das pessoas.

No quinto encontro, foram abordadas as principais situações de risco de recaída ao comportamento do comer compulsivo, como por exemplo: ficar muitas horas em jejum, ir ao supermercado com fome, etc. Com a clareza destas situações, foi possível estabelecer algumas estratégias de enfrentamento para evitar agirem de forma automática.

E, no último encontro, foi trabalhado o fechamento do tratamento com a técnica de auto monitoramento através dos diários alimentar e de atividade física. As participantes que se sentiam a vontade relatavam as suas experiências para as demais. Nesta finalização, foram avaliados as metas propostas e os respectivos resultados, assim como vimos quais seriam as novas metas a serem traçadas. Por último, foi realizada a reaplicação dos instrumentos.

A análise estatística foi realizada com o Teste T, ao nível de significância de 5%, para a investigação da presença de mudanças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica “antes” e “depois” da intervenção com a técnica da EM.

Em função das perdas do número de participantes que inicialmente eram 30, foi realizada uma avaliação quantitativa dos escores das escalas devido o número final de participantes serem 14.

Este estudo teve aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CEP/ISCMPA) com protocolo de número 1759/07 e parecer número 008/08 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A amostra inicial foi constituída de 30 mulheres, com idade média de 34,73 anos e IMC médio de 37,30 kg/m² (obesidade moderada). O nível de escolaridade predominante foi o ensino médio completo (44%), mas a maioria (86,7%) não estava estudando. Quase todas as participantes estavam trabalhando (93,3%). A classe social predominante foi a C (66,7%). A maioria das sujeitas estava solteira (53,3%), mas muitas estavam casadas (40%). Em relação ao uso de substâncias, 33,3% já havia usado algum tipo de droga, sendo entre estas com maior uso o tabaco (63,6%) e o álcool (27,3%). Quanto à prontidão para mudança, 93,3% estavam pensando em mudar o seu comportamento em relação à comida nos próximos 30 dias, porém 53,33% das participantes não concluíram o programa até o final.

Contudo, através da análise realizada por meio do teste T, pode-se observar uma diferença significativa entre a média dos escores antes e depois dos níveis de ansiedade (0,003), depressão (0,013) e compulsão alimentar periódica (0,005) (Tabela 1).

Tabela 1 – Diferenças das médias globais e os desvios-padrão.

	Antes		Depois		p
	M	DP	M	DP	
Ansiedade	28,50	13,15	17,36	10,93	0,003
Depressão	21,21	8,00	14,86	10,03	0,013
Compulsão Ali- mentar	31,07	7,45	22,93	10,51	0,005

Nota: * Diferença significativa ao nível de 5%.

Quanto aos resultados empíricos deste estudo, foi verificada ao longo do tratamento, uma melhora significativa nos níveis de motivação das integrantes que participaram até o final do tratamento. Muitas participantes conseguiram preencher os diários alimentares e de atividade física e conseqüentemente conseguiram sentir maior controle sobre o impulso de comer, assim como também observaram um aumento no nível de motivação para continuar controlando o seu comportamento alimentar. O resultado disto foi de que muitas pacientes estabeleceram como nova meta, continuar controlando o seu comportamento alimentar através da ajuda profissional (psicólogo, psiquiatra e nutricionista) e da inclusão de atividade física em suas rotinas.

Discussão

A amostra foi essencialmente feminina confirmando os dados da pesquisa de mapeamento da SBCBM (2007) que evidencia um maior percentual de obesidade no sexo feminino do que no masculino. Outra hipótese da amostra ser exclusivamente feminina é de que as mulheres com sobrepeso e obesidade normalmente possuem maior prevalência de depressão atual ($p < 0,001$), assim como apresentam maior prevalência de diagnóstico de depressão e ansiedade em algum momento de suas vidas do que os homens, para todas as categorias de obesidade ($p < 0,01$) (Zhao, Ford, Dhingra, Strine & Mokdad, 2009), sendo assim uma possível motivação para busca de tratamento.

Uma pesquisa com 39.129 mexicanos adultos buscou analisar a complexa relação entre classe social econômica, obesidade e tabagismo. Os resultados encontrados evidenciaram uma associação positiva entre maior nível sócio econômico e tabagismo e uma associação negativa entre maior nível sócio econômico e obesidade em mulheres urbanas (Buttenheim, Wong, Goldman & Pebley, 2010). Assim, o uso de tabaco (63,6%) e a classe social predominante C (66,7%) encontrados neste estudo, podem estar relacionados juntamente com a obesidade, pois a classe C é uma classe social intermediária. Entretanto, o alto índice de tabagismo da amostra parece estar mais relacionado a uma população específica de pacientes com compulsão alimentar, pois um recente estudo confirma a associação entre TCAP e distúrbios relacionados com substâncias (Schulz & Laessle, 2010).

Pessoas obesas geralmente estão em desvantagem tanto na vida pessoal como profissional. Elas são mais suscetíveis de serem confrontadas com a discriminação na busca de oportunidades de emprego ou na realização de uma promoção, assim como apresentam menor nível socioeconômico, menor apoio social e menores oportunidades para o casamento. Todos estes prejuízos podem contribuir para a presença de transtornos do humor, baixa autoestima e estresse emocional, que pode se acumular ao longo do tempo e torná-los mais vulneráveis a desenvolver desordens mentais (National Institutes of Health, 1998). O estudo de Zhao et al. (2009) também relata dados que confirmam estes fatores psicossociais, pois 48,1% dos obesos pesquisados não haviam finalizado o ensino médio e 63,2% estavam desempregados. Entretanto, a amostra estudada apresentou um alto índice de empregabilidade (93,3%), de relacionamento estável (40% casadas) e 44% haviam terminado o ensino médio. Assim, pode-se pensar que a amostra deste estudo

apresentou características atípicas em relação à população obesa em geral, provavelmente pelo meio que esta foi recrutada.

Em relação à prontidão, o estudo mostrou que a amostra estava envolvida para o processo de mudança e que estavam no Estágio de Ação. Este estágio caracteriza-se pela modificação do comportamento-alvo através de esforços para mudança. A Ação é o estágio em que os indivíduos mudam de forma clara o seu comportamento por um período determinado de tempo. Resumidamente, esse é o momento no qual os pacientes praticam o que foi planejado no estágio anterior (Prochaska & DiClemente, 1983).

Quanto às mudanças ocorridas nos sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar, os resultados mostraram uma diferença significativa na reavaliação após a intervenção de EM. Esses achados corroboram com os dados encontrados na literatura, os quais mostraram que os pacientes com TCAP apresentam maiores níveis de sintomas de humor e ansiedade do que os indivíduos sem TCAP (Schulz & Laessle, 2010), assim como uma associação significativa entre os escores de depressão da escala BDI e os escores de compulsão alimentar da escala ECAP ($p < 0,05$) (Fandiño et al., 2010). A associação entre depressão e IMC também foi encontrada em uma pesquisa com 1.857 mulheres adultas dos autores Ma e Xiao (2010). Estes encontraram uma associação positiva entre IMC e sintomas moderados ou graves de depressão ($p = 0,03$) e depressão maior ($p < 0,0001$), sendo que as curvas de probabilidade se comportaram progressivamente crescentes a partir do IMC 30.

A melhora na sintomatologia geral das pacientes, após esta intervenção grupal, pode ser mais bem compreendida pelas teorias grupais. Segundo Yalom (1995), a maior vantagem do tratamento em grupo esta relacionada à interação entre os membros, como por exemplo, a instalação da universalidade, a qual é compreendida pela ideia dos integrantes “estarem no mesmo barco” e com isso uns ajudam os outros. Além disto, o atendimento grupal promove outros fatores terapêuticos importantes, tais como a instalação da esperança, do altruísmo, da socialização, da aprendizagem por modelagem entre outros. Contudo, um dos limitadores deste estudo foi a ausência de um grupo controle para melhor medição dos resultados, pois não ficou claro se a melhora dos sintomas foi devido à intervenção grupal ou se foi especificamente à técnica da EM.

E, além da técnica grupal, é importante destacar que a principal característica da EM é trabalhar a motivação para a mudança, o que é uma questão particularmente importante nas doenças crônicas tais como a obesidade e compulsão alimentar. Para os autores Reiner, Carrard e Golay (2010), a combinação da terapia cognitivo comportamental (TCC) e a EM vem mostrando resultados mais eficazes do que quando se utiliza apenas a TCC no tratamento da obesidade. Neste estudo, ambas as técnicas estiveram presentes, mas o foco principal foi trabalhar a ambivalência presente durante o processo de mudança. Contudo, uma das técnicas cognitivo comportamental que auxiliou no incremento da motivação das pacientes foi o uso dos diários alimentar e de atividade física.

Um último fator importante a ser discutido é a perda da amostra ao longo da intervenção grupal. Dois estudos realizados com pacientes com TCAP, com média de 21 sessões grupais de TCC, apresentaram uma perda entre 5,55 a 33,33% das suas amostras iniciais, mesmo verificando a disponibilidade dos pacientes conforme as datas

pré-agendadas do tratamento (Safer, Robinson & Jo, 2010; Ricca et al., 2010). Já em uma metanálise sobre as principais razões sobre abandono de tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares, a taxa varia entre 29 a 73%. Nesta revisão também foi observada que alguns autores consideram o termo abandono só quando os pacientes interrompem o tratamento antes de completarem 75% do programa (Fassino, Pierò, Tomba & Abbate-Daga, 2009). Já no estudo de Jaeger, Oliveira e Freitas (2008), a frequência menor do que 50% dos encontros foi considerada abandono de tratamento. Para Prochaska e DiClemente (1982), uma das principais precondições do progresso do tratamento é a expectativa positiva do paciente referente ao tratamento, assim como a capacidade do terapeuta em desenvolver um clima acolhedor e de confiança na relação com o paciente. No estudo realizado, os participantes estavam inicialmente com uma boa expectativa do tratamento (93,3% estavam pensando em mudar o seu comportamento em relação à comida nos próximos 30 dias), mas o calendário do programa coincidiu com diversos feriados realizados naquele ano. Assim, podemos pensar que essa variável tenha sido bastante responsável pela grande perda amostral, por isso fica a sugestão, em um novo estudo, de verificarmos melhor a disponibilidades das participantes junto com o calendário do tratamento.

Outro indicador de efetividade interessante que poderia ter sido incluído neste estudo é a avaliação de desempenho após o último encontro, podendo ser realizado uns 90 dias após o fechamento do tratamento. Nos estudos de Jaeger, Oliveira e Freitas (2008) e Brownley et al. (2007) esta avaliação foi realizada com o objetivo de medir as taxas de abstinências após tratamento.

Conclusão

Nas condições em que foi realizado o presente estudo, é possível concluir que a Entrevista Motivacional em grupo pode ser uma boa abordagem no tratamento do TCAP para a diminuição e remissão dos sintomas de compulsão alimentar, assim como dos sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos obesos.

O sucesso da EM deve-se, provavelmente, por se tratar de uma abordagem que busca aumentar a motivação intrínseca do sujeito de forma não confrontadora e sim reflexiva, possibilitando uma maior conscientização da sua problemática e menor ambivalência no processo de mudança.

É importante destacar que a amostra deste estudo foi pequena e que em um próximo estudo deverá se ter maior cuidado com as datas dos encontros a fim de evitar um grande distanciamento entre eles devido aos feriados.

E, para o aprimoramento de futuras pesquisas com a Entrevista Motivacional, destaca-se a importância da padronização da técnica, talvez através da criação de um manual para cada objetivo, como por exemplo, um manual específico para o tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Acreditamos que com isso, teríamos um grande avanço nesta área de conhecimento. Contudo, a experiência acima relatada contribuiu bastante para evidenciar tais necessidades.

Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. (4.ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). Critério de classificação econômica Brasil. *Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP)* Acessado em: 5 de Outubro de 2011. Disponível em <<http://www.abep.org>>.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 337-348.
- Buttenheim, A. M., Wong, R., Goldman, N., & Pebley, A. R. (2010). Does social status predict adult smoking and obesity? Results from the 2000 Mexican National Health Survey. *Global Public Health*, 5(4), 413-426.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl), 89-95.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Davis, C., & Carter, J. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, 53, 1-8.
- DiMarco, I. D., Klein, D. A., Clark, V. L., & Wilson, T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behaviors*, 10, 134-136.
- Dray, J., & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review* 32, 558-565.
- Fandiño, J., Moreira, R. O., Preissler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Coutinho, W. F., & Appolinario, J. C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 110-114.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67-72.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 215-220.
- Hecht, J., Borrelli, B., Breger, R. K. R., DeFrancesco, C., Ernst, D., & Resnicow, K. (2005). Motivational interviewing in community-based research: Experience from the field. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 29-34.
- Ingersoll, K. S., Christopher C. W., & Gharib, S. (2000). *Motivational Group for Community Substance Abuse Programs*. Richmond: Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center.
- Jaeger, A., Oliveira, M. S., & Freire, S. D. (2008). Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. *Temas em Psicologia*, 16(1), 097-106.

- Mancini, M. C. (2006). Noções fundamentais – Diagnóstico e classificação da obesidade. Em A. B. Garrido (Org.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 19-23). São Paulo: Atheneu.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169.
- Ma, J., & Xiao, L. (2010). Obesity and depression in US women: Results from the 2005–2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity*, 18, 347-353.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- National Institutes of Health. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. *The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)*. Acessado em: 5 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. *CID-10: Classificação Internacional de Doenças*. São Paulo: EDUSP, 1994, 1ª edição.
- Palavras, M. A., Kaio, G. H., Mari, J. J., & Claudino, A. M. (2011). Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 581-596.
- Passos, T. C. B. M., Yaziggi, L., & Claudino, A. M. (2008). Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *Psico-USF*, 13(1), 69-74.
- Pelchat, M. L. (2009). Food addiction in humans. *The Journal of Nutrition*, 139(3), 620–622.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Reiner, M., Carrard, I., & Golay, A. (2010). L'entretien motivationnel dans la thérapie cognitive-comportementale des patients obèses. *Revue Médicale Suisse*, 6, 677-681.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55, 656-665.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106-120.
- Schulz, S., & Laessle, R. G. (2010). Associations of negative affect and eating behavior in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 15(4), 287-293.

- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2007). Mapeamento obesidade 2007. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)*, Acessado em: o 16, Agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/pesquisa/>>.
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press.
- Walpole, B., Dettmer, E., Morrongiello, B., McCrindle, B., & Hamilton, J. (2011). Motivational Interviewing as an intervention to increase adolescent self-efficacy and promote weight loss: Methodology and design. *BMC Public Health, 11*, 459-471.
- White, J.R. & Freeman, A.S.(2003) *Terapia cognitiva-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo : Roca.
- Yalom, I. D. (1995) *The theory and practice of group psychotherapy*. (4ª edição). New York: Basic Books.
- Zhao, G., Ford, E. S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T. W., & Mokdad, A. H. (2009). Depression and anxiety among US adults: Associations with body mass index. *International Journal of Obesity, 33*, 257–266.

Recebido em dezembro de 2011

Aceito em agosto de 2012

Cibele Fernandes de Moraes: Psicóloga do Centro do Tratamento da Obesidade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Margareth Silva de Oliveira: Coordenadora do Grupo de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS: Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva.

Endereço para contato: cibelefmoraes@gmail.com / marga@puers.br