



Marília Cardoso
Endocrinologia, Metabologia e Clínica Médica

3 ESTRATÉGIAS PRÁTICAS PARA AUMENTAR *A ADESÃO* DO PACIENTE NO CONSULTÓRIO



Apresentação

Oi, meu nome é **Marília**, sou médica endocrinologista e apaixonada pelo tratamento da obesidade no consultório. Mas nem sempre foi assim.

Em 2015 comecei meu consultório de Endocrinologia ainda na cidade de São Paulo-SP, onde fazia a minha residência. O primeiro paciente que atendi era um paciente com obesidade, que me procurou no consultório buscando ajuda para perder peso.

Lembro que essa consulta foi difícil. Num primeiro contato, esse paciente parecia extremamente desmotivado, sem chances de mudar o que ele precisava para emagrecer. O tratamento que começáramos juntos parecia estar fadado ao fracasso. Me senti impotente, estava com um desejo enorme de ajudá-lo, era o meu primeiro paciente e eu queria continuar acompanhando, mas esse paciente nunca mais voltou.

O tempo passou. Terminei a residência de Endocrinologia e em 2016 retornei para Natal-RN. Assim que cheguei, abri a minha agenda de consultório e logo comecei a atender. Fui recebendo os meus primeiros pacientes aqui, em sua imensa maioria com sobrepeso ou obesidade, com o objetivo de emagrecer. Após a primeira consulta, esses pacientes retornavam e muitos não conseguiam aderir ao tratamento proposto. Voltavam sem mudança de peso ou até com mais peso. Isso me deixava profundamente triste. Se você é um profissional que trata pessoas com obesidade, talvez você esteja lendo isso agora e dizendo:



“Mas isso é normal”, “É muito comum essa realidade”, “Talvez o problema esteja com você”. E eu realmente pensei que o problema estava comigo. Comecei a pensar: *“Acho que eu não gosto de tratar obesidade, isso não é pra mim”, “Tem tantas doenças que a Endocrinologia pode tratar, eu amo neuroendocrinologia, adrenal... então vou focar nisso”.* E eu cheguei a pensar em não atender mais obesidade e assumir essa escolha publicamente para os meus atendimentos. Mas os pacientes continuavam chegando e eu não estava sabendo lidar com isso. Eu não estava feliz com o meu trabalho e foi aí que eu decidi fazer terapia.

Durante as minhas sessões só vinha a questão profissional, a dificuldade que eu tinha em tratar e acompanhar os meus pacientes com obesidade ou que me procuravam para emagrecer. Foram 4-5 meses iniciais de puro desabafo, encarando as minhas próprias dores e confessando para mim mesma esse sentimento de frustração e insuficiência por não conseguir ajudar os meus pacientes. Foi duro, tenso e doloroso. Em alguns momentos achei que, mesmo com a terapia, eu não estava conseguindo resolver essa questão. Mas aí, entre uma sessão e outra, eu comecei a perceber uma coisa: tratar obesidade desafiava diretamente o meu perfeccionismo, a minha autocrítica, a avidez pelo resultado rápido do meu paciente e a minha necessidade de agradar e atender à expectativa do outro, e nesse caso, era atender a expectativa que o meu paciente tinha com o tratamento que eu propunha.

Entendi de uma vez por todas que tratar obesidade mexe com a autoeficácia de ambos: do profissional e do paciente. Mexe com a autoeficácia do paciente porque ele tem medo de não conseguir, de falhar ou de fracassar com o tratamento. Quantas vezes as pessoas deixam de começar uma nova tentativa para perder peso porque têm medo de não ter sucesso, de frustrar a si próprio e/ou ao profissional que o acompanha e não querem experimentar a dor de se sentirem fracassados. Quantas vezes as pessoas abandonam o tratamento da

obesidade porque querem um resultado rápido, imediato.

E cá estava eu, do outro lado, com medo de tratar o meu paciente com obesidade pelo receio de falhar, de não conseguir o resultado pretendido ou de não atender o desejo/a expectativa dele com o nosso tratamento. Era a mesma vulnerabilidade manifestada nos dois lados: de um lado, o profissional, do outro, o paciente. **No fundo, apesar de não ser uma ex-obesa, eu e o meu paciente obeso tínhamos dores muito parecidas.**

Quando esse entendimento finalmente chegou, aconteceu uma virada de chave na minha cabeça. Eu comecei a me interessar muito pela obesidade. Ou melhor, pelo paciente com obesidade. Comecei a me interessar por qualquer coisa que me fizesse compreendê-lo melhor e ajudá-lo na mudança de comportamento.

Foi aí que comecei a estudar sobre *coaching*, entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental (TCC), técnicas de *mindfuleating*, nutrição comportamental, comer intuitivo, terapia focada na compaixão (TFC), terapia dos esquemas, fundamentos de *Culinary Medicine* (Medicina culinária) e *Lifestyle Medicine* (Medicina do Estilo de Vida). Foram livros, palestras e cursos feitos dentro e fora do país. E à medida que me transformava e ia aplicando o que eu aprendia no meu dia a dia de consultório, fui me sentindo muito mais leve durante os atendimentos e fui descobrindo um prazer que eu não conhecia em atender obesidade. Curiosamente, comecei a ver os meus pacientes muito mais engajados e motivados e uma melhora nas taxas de perda de peso que me surpreendeu. Comecei a receber muitas cartas e mensagens de pacientes, cheias de carinho e reconhecimento pelo tratamento e pela perda de peso alcançada. **Passei a colecionar o que eu chamo de “histórias lindas de emagrecer”.**

Paralelamente, percebi uma fidelização maior do paciente mesmo quando ele não conseguia perder peso ou alcançar o seu objetivo de mudança. Nesse

momento, eu já me sentia pronta pra caminhar junto, reconhecer o seu direito de não querer mudar e já admitia que nem ele (nem eu) tínhamos qualquer controle do que juntos iríamos conseguir. Mas nós tínhamos um compromisso de fazer o nosso melhor a cada encontro. Estar ao lado dos meus pacientes nesse momento e ter a sua confiança tornou-se a parte mais gratificante do processo.

Hoje entendo que tratar obesidade requer de nós, profissionais e pacientes, tempo, perseverança e principalmente motivação. O estudo *Action*, publicado em 2019 pela revista *Obesity*, mostrou que o principal motivo pelo qual o profissional não aborda a perda de peso do seu paciente em consulta é porque ele (o profissional) não acredita que o paciente está motivado para mudar. *Miller e Rollnick*, os cientistas fundadores da entrevista motivacional, chamam isso de “**o mito do paciente desmotivado**”. Algumas vezes, julgamos o nosso paciente “desmotivado” (como eu julguei naquela minha primeira consulta) porque não acreditamos nem em nós mesmos como agentes dessa mudança e não sabemos evocar a motivação própria do paciente para mudar.

Recentemente, comecei a receber mensagens de profissionais (médicos e não médicos) me pedindo dicas/sugestões de leitura sobre minha forma de abordar a obesidade no consultório. Então decidi fazer um e-book e compartilhar algumas técnicas que utilizo no meu dia-a-dia, que me ajudam muito durante os atendimentos. O autoconhecimento me permitiu a expansão da consciência sobre o meu paciente com obesidade, como abordá-lo no consultório e quais estratégias eu posso usar para engajá-lo ainda mais nessa mudança, muito além do que aprendi na faculdade ou na residência. Desejo que cada ensinamento faça sentido pra vocês assim como fez pra mim.

Um abraço carinhoso em cada um,
Boa leitura,
Marília.

“Lute com determinação. Abrace a vida com paixão. Perca com classe e vença com ousadia. Porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charles Chaplin

Sumário

Introdução

Parte 1

Técnicas de Coaching (Health and Wellness Coaching) aplicadas à obesidade no consultório

8

10

17

25

46

Parte 2

Técnicas de Entrevista Motivacional aplicadas à obesidade no consultório

Parte 3

Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicadas à obesidade no consultório

Depoimentos

Introdução

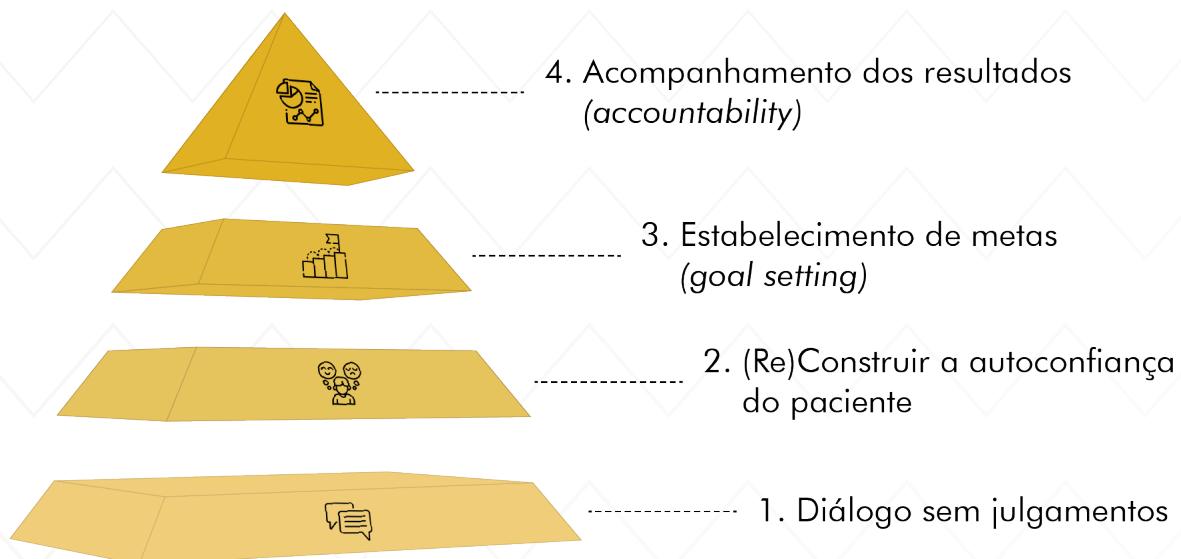
Você já teve a sensação que suas consultas deixam os pacientes que lhe procuram para emagrecer totalmente indiferentes? “Já falei para ele/ela várias vezes, mas eles simplesmente não mudam”. Como essa frustração é comum no tratamento da obesidade no consultório né?! Você explica com todo cuidado o que o paciente precisa fazer pra emagrecer, como fazer, por que deveria fazer e nada acontece mesmo assim. Isso é o que eu chamo de **abordagem prescritora tradicional**, usada por muitos profissionais para o tratamento da obesidade no consultório, seja através de prescrições alimentares, treinos e/ou medicamentos. Nesse *e-book* eu quero te apresentar uma abordagem inovadora que me ajudou a transformar os resultados da perda de peso dos meus pacientes no consultório e que é cientificamente embasada, além de ser validada pela minha prática clínica. Essa abordagem é representada por 3 técnicas simples: Técnicas de *Coaching*, Entrevista Motivacional e Terapia cognitivo-comportamental (TCC), todas aplicadas ao tratamento da obesidade no consultório. Vamos?!

Parte I

Técnicas de Coaching (Health and Wellness Coaching) *aplicadas à obesidade no consultório*

Apesar banalização sofrida pelo termo *coaching*, a prática do que chamamos de *Health and Wellness Coaching* é cientificamente validada. O *American College of Lifestyle Medicine* reconhece as técnicas de *coaching* como ferramentas que melhoram os desfechos de doenças crônicas e há estudos publicados dessa abordagem em doenças cardíacas, diabetes, dor oncológica e asma. Na abordagem da obesidade no consultório, as técnicas de *coaching* geram conexão com o paciente e podem aumentar o seu engajamento na mudança.

Existem 4 etapas principais da abordagem *coaching* na consulta de obesidade:



Sabe aquela consulta que você passa o tempo todo “consertando” o que o seu paciente fala? Se ele diz que janta na maioria dos dias *fast food*, você rebate dizendo que não pode, que é rico em calorias, gordura trans e tal... Se ele diz que lancha todos os dias bolo com café você confronta dizendo que o bolo tem farinha refinada, açúcar, manteiga e isso engorda... Aprendemos assim na faculdade né? Fomos treinados a consertar os erros dos nossos pacientes e fazemos isso com a melhor das intenções, mas esse tipo de comunicação só cria mais barreiras entre nós e os nossos pacientes, além de intensificar a cultura da hierarquia existente entre o profissional (que está acima, é autoridade e

domina o saber) e o paciente (que está abaixo, é submisso e sem conhecimento) e destrói, ao invés de reforçar, a autoconfiança das pessoas, tão importante em qualquer processo de mudança.

O **diálogo sem julgamentos** pressupõe o contrário dessa abordagem. Atender uma pessoa com obesidade requer de nós profissionais, dentre outras habilidades, “a arte de conseguir ficar do mesmo tamanho”. Para isso precisamos de duas coisas: A primeira é acreditar na capacidade do seu paciente para mudar e a segunda é aceitar que ele (o paciente) e não você, é o maior expert na própria vida. Quando abrimos mão do julgamento, aperfeiçoamos a habilidade da escura ativa, isto é, conseguimos ouvir o paciente em sua essência, estabelecemos conexão, diminuímos a distância profissional-paciente e materializamos uma verdadeira relação de parceria. Trata-se da habilidade de somar o melhor de duas pessoas para sairmos do “estado atual” (a queixa/dor do seu paciente) em direção ao “estado desejado” (a concretização da meta esperada). Esse tipo de relação profissional-paciente é valiosa para o sucesso no tratamento de qualquer doença crônica.



“A abordagem coaching aplicada ao consultório também pressupõe o princípio da autonomia. Sim, o seu paciente tem autonomia e isso significa respeitar, inclusive, o seu direito de não querer mudar.”

(Re)Construir a autoconfiança do paciente obeso é uma estratégia comprovadamente eficaz no aumento das taxas de perda de peso. O conceito de autoeficácia (autoconfiança) foi descrito pela primeira vez pelo cientista Albert Bandura, da Universidade de Stanford, em 2004. Autoeficácia é definida como “Quão bem o indivíduo julga-se capaz de organizar e executar o que é necessário para lidar com situações que requerem atenção e apresentam ambiguidade e imprevisibilidade”. Em outras palavras, é o nível de confiança que o paciente tem em si mesmo para alcançar a perda de peso desejada. Estudos mostram que pacientes com elevado nível de autoeficácia têm muito mais chances de resultado. Quanto mais forte for a percepção de autoeficácia mais vigoroso e persistente será o esforço empregado.

Uma forma simples de quantificar o nível de autoconfiança do paciente no consultório é através da utilização da escala de confiança (de 0 a 10 ou de 0% a 100%). Por exemplo: O seu paciente lhe diz que quer perder 10 kgs. E você direciona a reflexão da seguinte forma: De 0 a 100% o quanto você acredita que vai alcançar essa perda? Se o paciente responde 70%, por exemplo, a próxima pergunta nunca será por que a nota não foi 100% e sim por que a nota não 0%. Ajude o seu paciente a falar por que 70% dele acredita que vai conseguir – assim estamos colocando a atenção do paciente nos pontos positivos que ele tem para o sucesso de emagrecimento).

No entanto, as pessoas que procuram atendimento para emagrecer, em sua maioria, chegam no consultório com o sentimento de autoeficácia muito diminuído, seja pelas tentativas anteriores de perda de peso que não



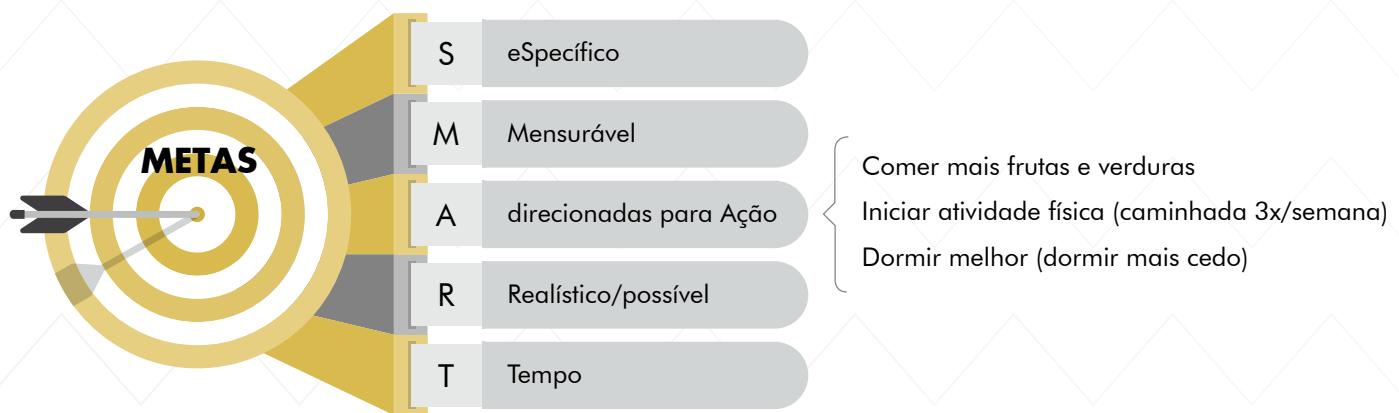
funcionaram ou pelo julgamento coletivo de serem “fracos”, “sem determinação”, “incapazes” ou “negligentes” e muitos estão desacreditados de si mesmos. Resgatar tentativas prévias que deram certo, mostrar habilidades que o paciente já tem e comemorar cada pequena conquista são estratégias que elevam o sentimento de autoeficácia e que o profissional pode utilizar durante a consulta.

O **estabelecimento de metas** (*goal setting*) foi descrito pelo pesquisador Edwin A. Locke e segundo sua teoria (*Goal Setting Theory*) quando traçamos uma meta específica, trabalhamos com maior motivação em busca desse alcance e aumentamos a consistência do esforço empregado.

Costumo falar assim para os meus pacientes quando explico sobre a importância de traçar metas de peso: “Imagine que você começa a dirigir um carro mas não sabe qual o seu destino final, ou aonde você quer chegar. Isso aumenta o risco de você se distrair pelo caminho ou de se perder. Quando você sabe qual é a sua parada final, é mais fácil construir a rota e seguir o caminho certo para chegar lá”.

No *Coaching*, a utilização da técnica **SMART** (S- eSpecifico, M- Mensurável, A – baseadas em Ação, R – Realístico/Possível, T- Tempo para alcançar) é o método mais usado para o estabelecimento de metas, mas muitas vezes, mesmo conhecendo essa técnica, não aplicamos na consulta com o nosso

paciente por não ter a ferramenta ou não ter a habilidade de fazê-lo na prática, durante a conversa.



Por fim, o **acompanhamento dos resultados** (*accountability*), também conhecida como prestação de contas é o *check-in* que você faz com o seu paciente das ações realizadas e das metas alcançadas (e das não alcançadas também). Em essência, esse processo de “prestar de contas” a alguém cria consistência no seu paciente pois aumenta a percepção dele de autorresponsabilidade. Mas cuidado: essa prestação de contas de modo algum tem caráter punitivo ou corretivo. A punição enfraquece o paciente, enquanto a accountability capacita. **Exemplos de accountability na prática:** pedir para o seu paciente te enviar foto da balança do peso 1 x semana; Foto de suas refeições na primeira semana de tratamento; Fotos ao final dos treinos/exercício físico.

“Estar disponível, acessível aos pacientes e estabelecer estratégias de monitoramento mesmo à distância aumenta o engajamento e o sucesso no tratamento da obesidade no consultório. E quanto maior o sucesso dos seus pacientes, também será maior o sucesso do seu consultório.”

Os tipos de **CONVERSA** *com o paciente com sobre peso/obesidade no consultório*



Tradicional

- ✖ Cria barreiras entre o profissional e paciente
- ✖ Intensifica a cultura da hierarquia (profissional/paciente)
- ✖ Destroi o sentimento de autoconfiança do paciente
- ✖ Baseada na arte de “consertar” erros da fala do paciente
- ✖ O paciente é um recipiente passivo de cuidado

Aplicando as técnicas de Coaching

- ✓ Diminui a distância profissional-paciente
- ✓ A relação profissional-paciente inclui a arte de ficar do mesmo tamanho
- ✓ Reforça a autoconfiança e o sentimento de autoeficácia do paciente
- ✓ Baseada na “escuta ativa” do relato do paciente
- ✓ O paciente é o maior “expert” no próprio cuidado

Parte 2

Técnicas de Entrevista Motivacional

aplicadas à obesidade no consultório

A entrevista motivacional (EM) é um método clínico descrito inicialmente em 1983 para abordagem de pacientes nos quais a falta de motivação costumava ser um obstáculo para a mudança. Utilizada inicialmente como intervenção para abordagem do alcoolismo, a partir de 1990 a EM começou a ser testada para outros problemas de saúde, particularmente no tratamento de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão. Na abordagem da obesidade no consultório essa técnica de comunicação não pode faltar de jeito nenhum.

A EM evoca a motivação própria dos pacientes para o tratamento. Usando técnicas de EM os pacientes obesos têm mais chances de começar, permanecer e se manter no tratamento e de aderir aos novos hábitos como a prática de exercícios, aumentar o consumo de frutas e vegetais, reduzir o consumo de sódio e implementar práticas de automonitoramento como o diário alimentar.

Quando um paciente parece desmotivado para mudar (lembra do primeiro paciente da minha vida como endocrinologista que contei no início do e-book?) ou para seguir os nossos conselhos, acreditamos que o problema é dele e que não podemos fazer nada a respeito né? Isso nos faz desistir dos nossos pacientes. William Miller e Stephen Rollnick, os cientistas fundadores da EM, chamam isso de “o mito do paciente desmotivado”. Um dos conceitos fundamentais da EM é que a **motivação para mudar é maleável**. Sim, a maneira como falamos com os nossos pacientes pode influenciar substancialmente a sua motivação pessoal para a mudança.



**“A verdade é que
absolutamente
NENHUMA pessoa
é completamente
desmotivada.”**

A verdade é que absolutamente nenhuma pessoa é completamente desmotivada. Portanto, se você é médico endocrinologista, médico de outra especialidade, médico generalista, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, fonoaudiólogo e/ou fisioterapeuta e atende pessoas com obesidade que querem perder peso, você precisa desconstruir, de uma vez por todas, essa visão do paciente como alguém desmotivado e sem recursos para a mudança que ele precisa fazer. Enxergue o seu paciente como o poderoso agente da própria mudança.

Mas como motivar os pacientes na prática do consultório?

Através de um estilo de consulta habilidoso capaz de evocar dos pacientes as próprias motivações para fazer as mudanças que resultarão em perda de peso. São as razões do paciente e não as nossas, que são as mais prováveis de desencadear a mudança de comportamento. As pessoas são geralmente mais persuadidas pelas razões que elas mesmas descobrem do que por aquelas que ocorrem na mente de outrem.

“Ajude os seus pacientes a falar sobre como a perda de peso é compatível com o que realmente importa para eles.”

Enquanto profissional, você já sacou 3 coisas:

- 1** As pessoas querem emagrecer
- 2** As pessoas enxergam os benefícios que o emagrecimento traz para elas
- 3** As pessoas sabem o que fazer para emagrecer

Por que simplesmente “não fazem”?

Isso pode ser explicado pelo **fenômeno da ambivalência**. O seu paciente pode já ter algumas boas razões para perder peso, como por exemplo, ter mais saúde e disposição e enxerga o lado positivo de mudar. Mas talvez ele também goste das coisas como estão – um estilo de vida sedentário, comer alimentos não saudáveis – e preveja um lado negativo dessa mudança. É como de se um lado o paciente tivesse um argumento a favor da mudança, do outro lado, um argumento contra a mudança, e os argumentos se anulassem, fazendo o paciente permanecer no status quo. As pessoas ficam paralisadas em sua própria ambivalência.

O FENÔMENO DA AMBIVALÊNCIA



Entretanto, podem acontecer coisas que aproximem a pessoa do pólo da mudança de comportamento. A sua consulta, por exemplo, pode ser uma dessas coisas, desde que você consiga evocar no seu paciente um discurso favorável à mudança. Para fazê-lo, precisamos saber que existem 4 argumentos que motivam qualquer mudança de comportamento e são eles:

- 1 Desejo
- 2 Capacidade
- 3 Razões
- 4 Necessidade

Agora veja como exploraríamos essas 4 coisas na conversa com o nosso paciente com obesidade no consultório:

Por que você **quer** emagrecer? [desejo]

Se você decidir emagrecer, **como** faria para conseguir? [capacidade]

Caso consiga, me conte as 3 **melhores** coisas que esse emagrecimento lhe traria? [razões]

Por que você **precisa** modificar o seu peso atual? [necessidade]

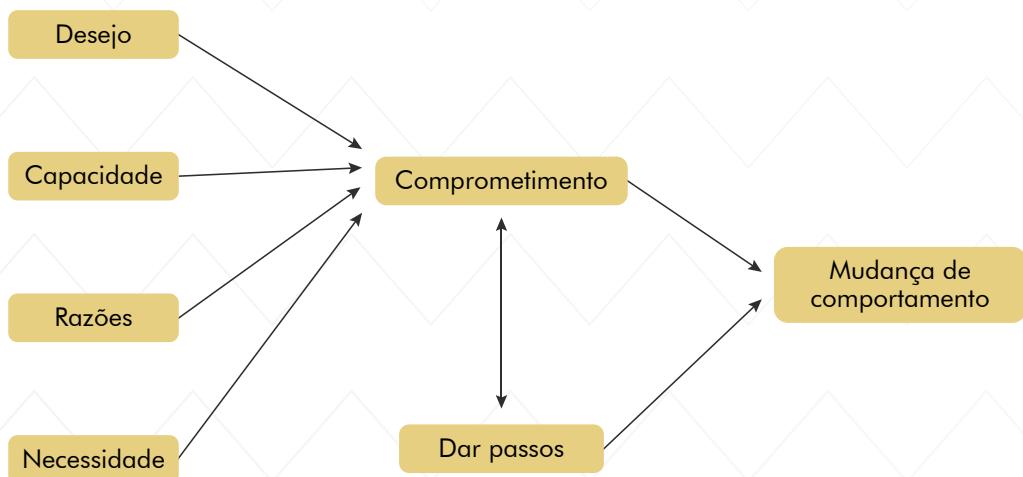
Quanto mais você explorar os argumentos do paciente, você está tocando nos seus valores e aspirações, e tornando a mudança mais provável de acontecer. E por que explorá-los tanto? Porque quando um comportamento qualquer colide com um valor arraigado, aí reside uma poderosa motivação para mudar.

Quando esses 4 argumentos são bem explorados, o paciente sai do estado de ambivalência e entra na próxima fase, a fase de **Comprometimento** com a mudança. Você percebe que o seu paciente entrou na fase de comprometimento quando ele diz: *Eu vou perder peso, Eu estou decidido a emagrecer, Eu pretendo emagrecer a partir de agora.*

Em seguida vem a fase de colocar em prática. Na EM definimos esse momento como **Dando Passos**: aí é quando o paciente, por exemplo, inicia alguma forma de atividade física, reduz ou corta refrigerantes, diminui a frequência de lanches, aumenta o consumo de frutas e verduras, dentre outras possibilidades.



E como esses 6 passos (desejo, capacidade, razões, necessidade, comprometimento e dando passos) se encaixam na consulta do paciente com obesidade no consultório?



Também falamos sobre o “espírito da entrevista motivacional”, descrito como **colaborativo** (parceria cooperativa entre o profissional e o paciente), **evocativo** (evocar quais são os valores e interesses pessoais dos pacientes que os conectam conectam com a mudança) e principalmente, **que respeita a autonomia do paciente**. As pessoas podem e devem fazer escolhas sobre os rumos da própria vida e enquanto profissionais, precisamos estar prontos para entender e reconhecer isso ao invés de impor a mudança. Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. A grande sacada aqui é a seguinte: ironicamente, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não querer mudar é que torna a mudança possível.

A ENTREVISTA MOTIVACIONAL *no consultório*



A entrevista motivacional não é:

Um meio de manipular
o paciente de fazer o que
ele não quer

Apenas aconselhamento

Fácil de fazer

Imperativa para mudar

Uma panaceia

A entrevista motivacional é:

Trabalhar em parceria
e fortalecer as falas de
mudança que o paciente
verbaliza

Negociar um plano de ação

Saber lidar com
a resistência

Empática e colaborativa

Focada em resolver a
ambivalência do paciente

Parte 3

Técnicas de Terapia Cognitivo- Comportamental (TCC)

aplicadas à obesidade no consultório

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é definida como uma modalidade de psicoterapia estruturada, focada na resolução de problemas e orientada para o presente e o futuro do paciente. Na abordagem da obesidade no consultório, se propõe a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, que perpetuam hábitos relacionados ao ganho de peso, limitam o potencial do tratamento para promover a perda de peso e causam sofrimento ao paciente.

Além de tudo que já aprendemos sobre o que avaliar na consulta inicial de um paciente obeso (alimentação, nível de atividade física, comorbidades relacionadas), uma consulta completa em obesidade no consultório exige que sejam também checados aspectos de ordem emocional e psicológica, em qualquer paciente que nos procure para emagrecer: distúrbios de humor; saber sobre família, amigos, colegas (rede de apoio); Investigar rotina e ocupações e nível de estresse relacionado; tipos de lazer, como a pessoa passa o tempo. É muito comum encontrarmos um contexto pessoal de desequilíbrio entre desejos e deveres das pessoas com obesidade. E para compensar esse desequilíbrio, a comida entra em excesso, como uma fonte de prazer.



Após anos estudando o perfil psicológico mais comum nas pessoas com sobrepeso ou obesidade, encontrei 6 características que se repetem na maioria dos pacientes:



Muitas pessoas com sobrepeso ou obesidade vivem em suas famílias, nas relações de trabalho ou amizades em meio à **cultura do autossacrifício**. São pessoas que tendem a colocar as necessidades dos outros em primeiro lugar, de modo que suas necessidades nunca são atendidas. Fiz uma pesquisa no meu perfil do Instagram com a seguinte pergunta: “Qual o seu maior desafio para conseguir emagrecer?” Dentre as várias respostas, uma me chamou atenção: “Sempre agradar aos meus familiares a ponto de cuidar só deles e não ter tempo de cuidar de mim.”. São pessoas que tem o comando psicológico natural de atender a expectativa/necessidade do outro, têm dificuldade de dizer não e de impor limites de autoproteção e autocuidado.

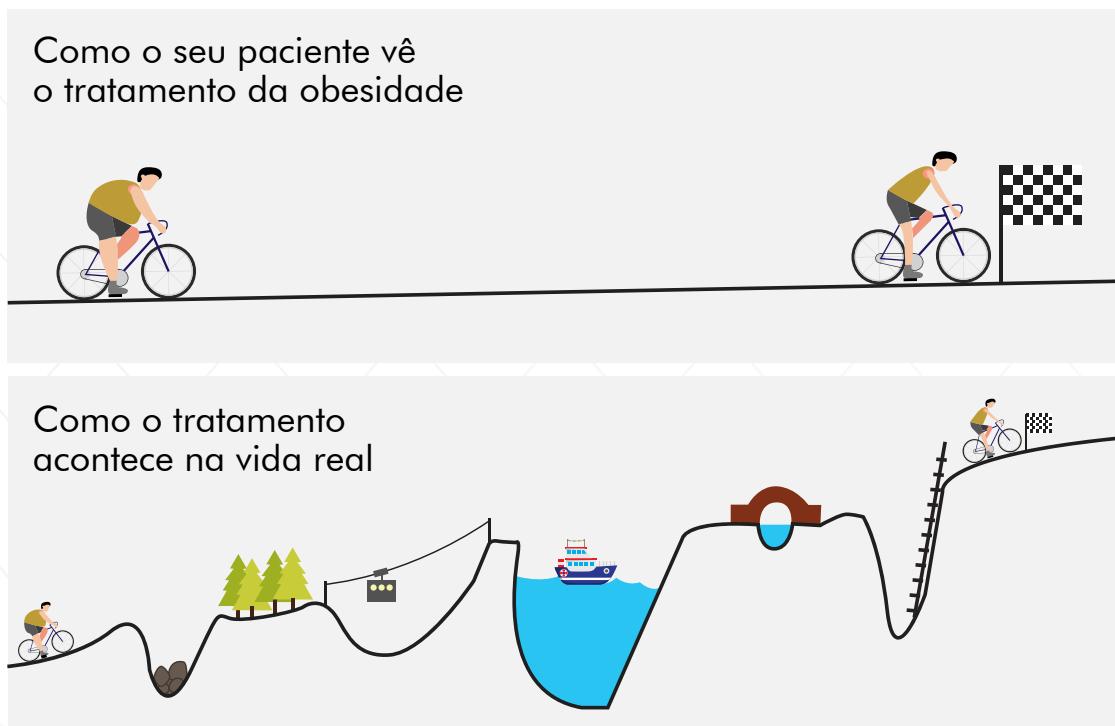
Trabalhar com o seu paciente o que a psicologia chama de “*percepção de self*”: se perceber como um indivíduo único com suas necessidades, vontades e preferências; estimulá-lo a fazer uma reflexão no padrão “dar-receber” dos seus relacionamentos mais próximos, por exemplo, com o parceiro, cônjuge, filhos, amigos mais próximos, chefe/colegas de trabalho (você pode encorajá-lo a fazer uma lista do que ele dá para os outros e do que ele recebe) e analisar se os seus relacionamentos estão平衡ados. Praticar pedir ajuda e conseguir conversar sobre os próprios problemas ajuda a atingir esse equilíbrio entre dar e receber, ou entre desejos/deveres.

Os padrões inflexíveis de pensamento também são conhecidos como **pensamento TUDO ou NADA** ou ainda **raciocínio dicotômico**. O paciente com obesidade muitas vezes tem metas de desempenho ou de resultados muito elevadas e fora da expectativa real do que podemos alcançar com o tratamento. Ou eles estão no modo TUDO (decidem começar uma dieta e seguir à risca todas as orientações, além de praticar atividade física todos os dias) e se em algum dia não conseguem cumprir o combinado (não conseguiu seguir a dieta ou comeu algo diferente do planejado) rapidamente eles ciclam para o modo NADA, resolvem abandonar completamente o tratamento e desistem do processo.

Ajude os seus pacientes a entender que não existe somente a perfeição ou o fracasso total. Em uma escala de 0 a 100% existem infinitas possibilidades como 60%, 70%, 80%, 85% e ainda assim, é um bom resultado. Seus pacientes (e você!) ainda podem (e devem!) ficar orgulhosos do resultado alcançado com o tratamento. Entre perfeição e fracasso, existe muita área cinza a ser explorada no tratamento da obesidade.

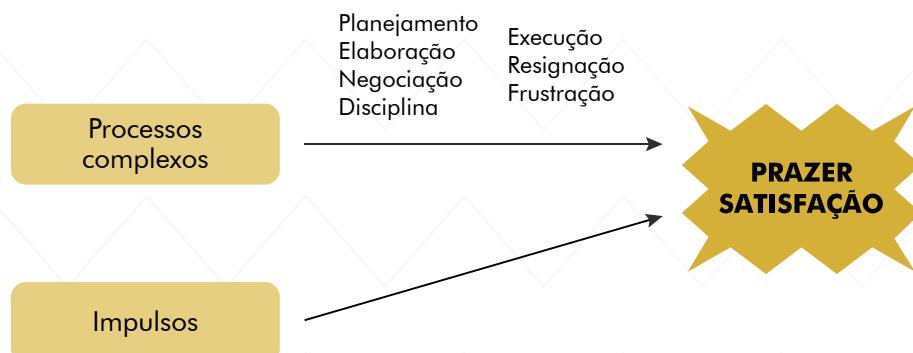
Isso se manifesta também na relação profissional-paciente durante o tratamento da obesidade. Quando o paciente não alcançou um resultado que

ele considera “satisfatório” ou no caso de alguma recaída, esses pacientes se sentem “fracassados” e geralmente não voltam nas consultas subsequentes, ou mudam várias vezes de profissional, pelo sentimento de vergonha e culpa que carregam.



A **inibição emocional** se refere a não-expressão, ou a não-manifestação das próprias emoções, principalmente quando jugamos tais emoções como “inadequadas”. Muitos pacientes que lidam com obesidade não costumam expressar reações como raiva, medo ou tristeza. Eles não querem sentir, porque isso causar dor ou desconforto, e por isso utilizam o prazer/satisfação obtida com a comida para anestesiá-las. Ajudar os nossos pacientes a reconhecer o impulso emocional para comer é fundamental no processo de mudança. Devemos identificar junto com eles quais os gatilhos emocionais que disparam a busca pela comida e encorajá-los a sentir e tolerar as emoções, e não as comer. Afinal se fome não é o problema, a comida não vai ser a solução.

O impulso de comer e o sistema de recompensa cerebral



"Há quem diga que a obesidade também é a manifestação das emoções aprisionadas em nosso próprio corpo físico"

A TCC permite ajudar o nosso paciente a elaborar novas estratégias de regulação emocional além da comida. Após identificar as emoções/situações-gatilho para o impulso do comer, evoque no seu paciente outras formas de enfrentamento: *"O que posso fazer na hora além de comer?"* Ligar para alguém, chorar e desabafar, tomar um bom banho, ouvir uma música, fazer alguma atividade ou simplesmente suportar a emoção negativa: sentir e identificar o que sente, fortalecendo assim a tolerância do paciente à própria frustração, habilidade também importante durante o processo de emagrecimento.

Umas das técnicas validadas pela TCC para ajudar os pacientes a evitar episódios de impulsividade ou compulsão alimentar após momentos estressantes é **a técnica dos 4 Ds**. Essa técnica é proveniente de estratégias para lidar com a fissura em pacientes que param de fumar, mas tem se mostrado extremamente útil para regular episódios de compulsão ou exagero alimentar. São eles:



Delay

Adie o momento de comer.
Estudos mostram que se você consegue resistir por 5 a 10 minutos, o pico de vontade de comer passa e isso aumenta o sentimento de competência e autoeficácia nos pacientes.



Drink Water

Beba água.
O centro regulador da fome e da sede está no mesmo lugar no nosso cérebro, no hipotálamo. Não é difícil que o nosso cérebro confunda sede com fome e hidratar-se nessa hora, além de adiar o impulso de comer, dá ao nosso cérebro a oportunidade de diferenciar esses dois estímulos.



Deep Breathing

Respire fundo.
Uma sugestão é fazer uma respiração diafragmática, inspirando pelo nariz por 3 segundos, segurar por 3 segundos e depois expirar pela boca por 6 segundos. Faça isso algumas vezes.



Do something

Faça alguma coisa, se distraia.
Aqui pode ser ligar para alguém, sair para dar uma volta, ouvir uma música que você gosta ou qualquer outra coisa que você costuma fazer e se sente bem.

A **avidez pela gratificação imediata** é uma grande armadilha no tratamento da obesidade no consultório. Por que o seu paciente abandona tanto o tratamento? Porque emagrecer gera prazer, mas o prazer não é tão imediato quanto o prazer de comer. Requer tempo e, principalmente, constância. Numa pesquisa que fiz no meu perfil do Instagram, perguntei aos meus seguidores “Qual o seu maior desafio para emagrecer?” e recebi algumas respostas assim: “O sofrimento dos primeiros dias. Diminuir porções, comer comida menos saborosa”; “Resistir às sobremesas e não poder comer à vontade um carboidrato desejado”; “Resistir às tentações”. Os nossos pacientes estão constantemente equacionando o prazer imediato da comida com a demora para sentir o prazer da perda de peso propriamente dita.

Talvez aqui, a sacada seja reformular o conceito do seu paciente sobre recompensa/gratificação do processo de emagrecimento: que a recompensa não seja a meta final, mas a própria caminhada. Apaixonar-se pelo processo de mudança, ajudar o seu paciente a reconhecer pequenas conquistas, medir os resultados alcançados a curto prazo (checagem semanal do peso, tirar fotos

e compará-las a cada semana) vai aos poucos substituindo a necessidade da gratificação imediata oriunda da comida. Ver a balança baixando, as roupas cabendo e as pessoas elogiando é um reforço positivo e pode transitoriamente tirar o foco da comida como fonte de gratificação.



A **autocrítica elevada** aparece tanto na autoavaliação do paciente relacionada ao seu desempenho no processo de emagrecimento e também na sua autoavaliação quanto ao peso e formato corporal. Alguns dos nossos pacientes são altamente críticos com relação à sua forma, peso e comportamento alimentar, e, portanto, se submetem a rígidas regras alimentares e comportamentos extremos.

Uma das crenças distorcidas centrais nos pacientes com sobrepeso/obesidade é a que equaciona o valor pessoal ao peso e formato corporal, ignorando ou não valorizando outros parâmetros/habilidades que a pessoa possui. O conceito de magreza, para o obeso, está associado, de forma distorcida, a autocontrole, competência e superioridade, o que vai influenciar na sua autoestima e reforçar que pessoas gordas são mal sucedidas e infelizes, colocando todo o valor pessoal na forma do corpo físico. A baixa autoestima

reduz o sentimento de autoeficácia dos nossos pacientes. Além disso, contribui para o surgimento de outros sentimentos como vergonha e para o isolamento social.

A vergonha e o auto-criticismo são fatores iniciadores e mantenedores de várias psicopatologias, como ansiedade, depressão e no contexto da obesidade pode contribuir para o surgimento de transtornos alimentares associados, como o transtorno de compulsão alimentar – TCA (presente em 30% dos obesos que procuram atendimento para emagrecer) e a bulimia nervosa (caracterizada por episódios de compulsão alimentar associados a comportamentos compensatórios subsequentes, como vômitos provocados, exercícios físicos extenuantes, automedicação com diuréticos/laxantes ou períodos prolongados de jejum).



Ajudar os nossos pacientes a desenvolverem o que chamamos de **autocompaixão** também faz parte da estratégia de abordagem da obesidade no consultório. A terapia focada na compaixão (TFC) foi desenvolvida por Paul Gilbert em 2014 para ajudar pessoas com altos níveis de auto criticismo e vergonha. Visa a mudança no “tom” de pensamentos: de um tom crítico para um tom mais amoroso e compassivo.

Quando utilizamos a forma de *abordagem tradicional* da obesidade, com o típico reflexo de consertar as coisas, estamos reforçando o discurso interior do nosso paciente de autocrítica e contribuindo para redução da sua autoestima. Explicar ao paciente a complexidade do processo de perda de peso, muito além da alimentação e atividade física, pois também envolve fatores genéticos, emocionais, ambientais, sono, nível de estresse, qualidade dos nossos relacionamentos e outros, ajuda o nosso paciente a reduzir o nível de autocobrança e cria conexão, pois ele se sentirá compreendido e acolhido por você.

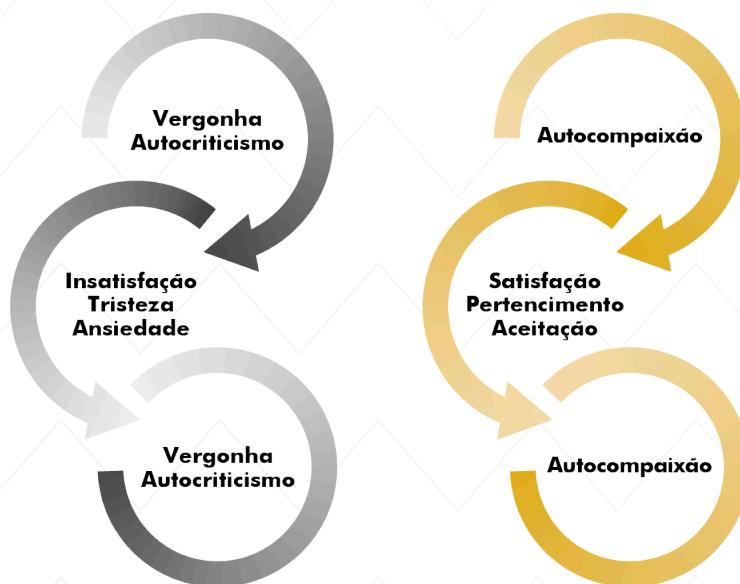
Durante meus atendimentos, algumas expressões que eu sempre uso quando percebo um sentimento de muita culpa ou autocrítica elevada no meu paciente são:

1. “Dizer para um paciente obeso que ele precisa apenas parar de comer e se exercitar, é como dizer para um míope que ele tem que enxergar melhor”;
2. “Você sabia que uma pessoa, em média, tenta perder peso 8x até conseguir perder e manter com sucesso?”

Essas falas aumentam a consciência sobre a complexidade do problema e treina a baixa tolerância à frustração, muito associada ao padrão de autocrítica elevada.

Da mesma forma, a autocrítica dos pacientes também dificulta a percepção deles quanto ao resultados positivos do tratamento. É comum eles conseguirem perder peso e estarem indo bem, mas julgarem o resultado como pequeno ou inferior ao desejado. Saber disso te ajudará a não desanimá-lo quando o seu paciente estiver desanimado, mas continuar reforçando e comemorando as pequenas conquistas a fim de diminuir as taxas de abandono do tratamento.

Algumas pessoas desenvolverão pensamentos e comportamentos de auto criticismo como uma forma de lidar com a própria vergonha. Porém, isto inicia um ciclo que só reforça e prolonga esse sentimento.



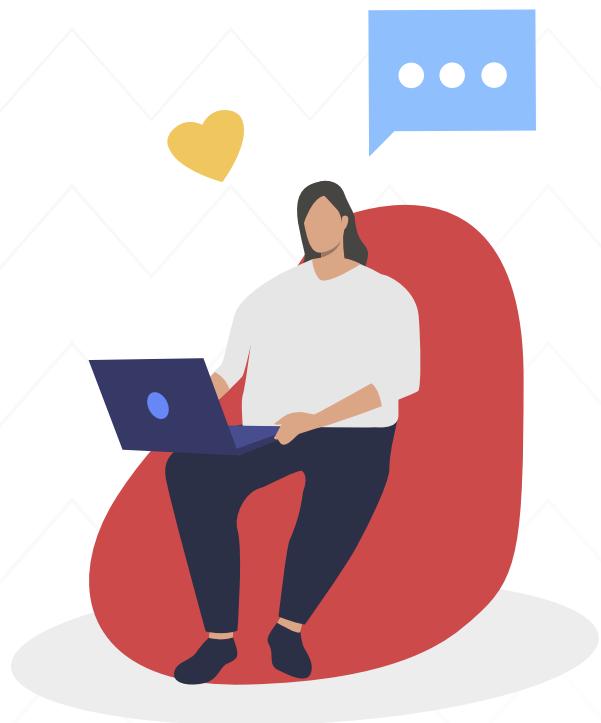
Para desenvolver a autocompaixão, os pacientes precisam ficar atentos ao auto criticismo, para então passar a ter uma postura de carinho, suporte e gentileza consigo.

Ao desenvolver autocompaixão, as pessoas tornam-se mais motivadas a cuidar de si mesmas, sendo sensíveis e tolerantes com seu sofrimento e empáticas com suas próprias dificuldades. Isso aumenta as taxas de consistência no tratamento.

“E lembre-se: o olhar compassivo para o tratamento da obesidade começa em nós mesmos, profissionais. Seja gentil com sua própria expectativa de resultado e com as metas traçadas com seus pacientes. Ande com quem quer andar, corra com quem quer correr e pare com quem quer parar: mas esteja sempre ali, acompanhando o ritmo de cada paciente.”

O **isolamento social**, por fim, vem da sensação de vergonha ou de defectividade relacionadas às características do próprio corpo. Por se sentir inadequado ou diferente pelo excesso de peso, o paciente obeso se sente excluído do resto do mundo. Essa sensação é de distanciamento das demais pessoas. Muitos pacientes com sobrepeso ou obesidade sofreram Bullying na infância por causa do peso e por isso tomaram a decisão de se isolar e não participar de nenhum grupo. Ou o seu paciente é aquela pessoa que até participa de vários grupos sociais, mas no fundo se sente sozinho(a). Muitos desenvolvem interesses solitários como ler ou jogar no computador.

O grande antídoto para superar o isolamento social é a **conexão**. A relação profissional-paciente pode ser uma grande oportunidade de fazer o seu paciente experienciar a conexão e isso ajudá-lo a fidelizar o acompanhamento com você independentemente do resultado de alcançado. As técnicas de comunicação baseadas em coaching e entrevista motivacional que discutimos acima auxiliam muito na criação dessa conexão.



Agora que você já sabe como funciona a cabeça do seu paciente obeso (e talvez tenha se identificado também, o autoconhecimento me fez perceber que tenho todas elas rs), vamos conversar um pouco sobre o que é a TCC propriamente dita.

O princípio básico da TCC aplicada à obesidade é que “cada pessoa tem um sistema disfuncional de crenças responsáveis pela manutenção de comportamentos que geram o ganho de peso”. Assim, os pilares da TCC para o tratamento da obesidade são:

- 1 Reestruturação cognitiva
- 2 Controle de estímulos
- 3 Auto-registro
- 4 Resolução de problemas

A **reestruturação cognitiva** consiste em identificar quais são as crenças e pensamentos distorcidos que o paciente tem, corrigir interpretações tendenciosas e mudar pensamentos negativos que a pessoa tem quanto ao peso e à sua dificuldade em controlá-lo.

Existem 5 distorções de pensamento mais comuns na obesidade, que eu chamo de “armadilhas mentais do processo de emagrecimento” e vamos comentá-las agora:



1. HIPERGENERALIZAÇÃO

“Só é possível emagrecer com privação e sofrimento.”

“Comer doce engorda.”

Consiste em inferir uma regra com base em um único fato ou em uma experiência isolada e generalizá-la a outras situações não semelhantes. Sabemos por exemplo, que é possível construir um processo de emagrecimento numa atmosfera de bem-estar e prazer, sem baseá-lo no autossacrifício. Também sabemos que é possível emagrecer comendo doces, desde que se estabeleça quantidade, frequência, contexto e um tipo de relacionamento saudável com o mesmo.

2. CASTASTROFIZAÇÃO

“Engordei 10 Kgs nesse feriado. Não vou nem subir na balança.”

Consiste na superestimação da importância de fatos indesejáveis resultantes. Sabemos, conscientemente, que para ganhar 1 kg de gordura precisamos fazer um superávit calórico considerável (cerca de + 7000 kcal), e isso não é tão comum quanto às pessoas pensam. Por conta dessa distorção cognitiva, os pacientes obesos têm o que chamamos de **mecanismos de evitação acionados**: por acharem que engordaram muito, eles não se olham, não se pesam ou compram apenas roupas que esticam. Inconscientemente eles tendem a “catastrofizar” ou “magnificar” o seu peso corporal ou usam essa estratégia como uma forma de “fuga” para se desconectar da própria realidade.

3. ABSTRAÇÃO SELETIVA

“Ter comido esse doce só mostra que eu não tenho controle mesmo.”

Nessa distorção cognitiva, a pessoa tende a prestar atenção e dar mais valor às informações que confirmem suas próprias suposições, reforçando sentimentos de incompetência e baixa autoeficácia para gerenciamento dos próprios hábitos.

4. PENSAMENTOS PERMISSIVOS/SABOTADORES

“Já que eu tive um dia difícil, mereço comer e me recompensar.”

“Comer um chocolate é a mesma coisa de comer a caixa inteira.”

Consiste na crença que justifica e autoriza um comportamento que se quer modificar. Precisamos ajudar o nosso paciente a identificar quais as situações gatilho que geram tais pensamentos e desenvolver outras estratégias de enfrentamento que não envolvam a comida.



5. PENSAMENTO SUPERSTICIOSO/IRRACIONAL

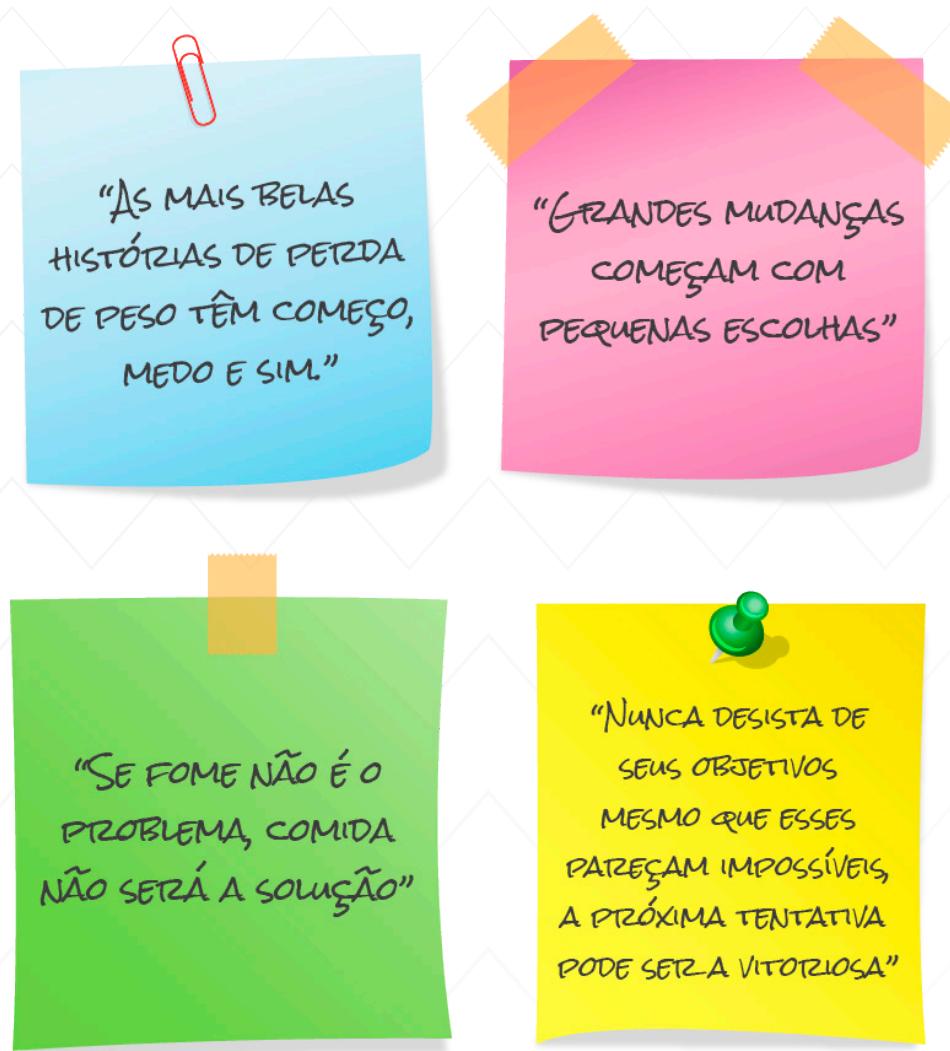
“Tudo o que eu como vai pra barriga.”

Consiste em uma relação de causa-efeito entre fatos que carecem de lógica/argumento racional. A psicoeducação do paciente quanto ao funcionamento do processo de emagrecimento, os mecanismos de homeostase energética e os processos fisiológicos envolvidos no ganho e na perda de peso podem ajudá-lo a refutar, em nível racional, tais pensamentos irracionais que muitas vezes enfraquecem a autoconfiança e a autorresponsabilidade do paciente no processo.

O **controle de estímulos** envolve a identificação, junto com o paciente, dos gatilhos e situações de risco que levam ao comer e às recaídas do processo. Por exemplo, se o gatilho do seu paciente é o próprio alimento, oriente-o evitar comprar ou ter em casa aquilo que deflagra o ato de beliscar ou mesmo um episódio de compulsão alimentar. Dentre as situações consideradas de maior estímulo estão os gatilhos emocionais (negativos e positivos) e o que chamamos de “gatilhos externos”, que são os conflitos interpessoais e a pressão social. Quanto mais estressante for a situação a que o paciente foi submetido, maior é o risco de abandono do tratamento. Nesse sentido, se permitir sentir e expressar as emoções adequadamente, ativar as redes sociais positivas, resgatar *hobbies* e interesses e até andar mais a pé ajudam a lidar com os estímulos que aparecem.

Os cartões de enfrentamento são estratégias que você pode ensinar ao seu paciente: Incentive-o a escrever frases motivacionais ou frases de impacto que o fortalecem na jornada do emagrecimento ou registrar as vantagens de se estar no peso desejado e as desvantagens ou sofrimentos de se estar acima do peso.

Os nossos pacientes frequentemente se queixam que a motivação não dura para sempre. Bem, nem o efeito do banho, por isso recomenda-se diariamente. Aqui alguns exemplos de frases de impacto que você pode ensinar ou compartilhar com seus pacientes e reforçar diariamente a própria motivação:



A técnica da substituição por imagem mental positiva também pode ser uma estratégia para lidar com situações de risco. Consiste em fazer uma visualização de si próprio como um vencedor que adquire benefícios, por exemplo: se imaginar no pódio, entrando numa loja e escolhendo tudo o que quiser vestir, subir uma escada sem se cansar.

Na TCC existe ainda a técnica da substituição por imagem mental negativa, que ajuda os pacientes obesos a ter mais consciência das consequências relacionadas aos seus atos que muitas vezes são negligenciadas. Essa técnica consiste em visualizar a sensação de frustração, culpa ou arrependimento após um episódio compulsivo, exames ruins, não dormir bem, ter que usar roupas que não gosta, entre outras.

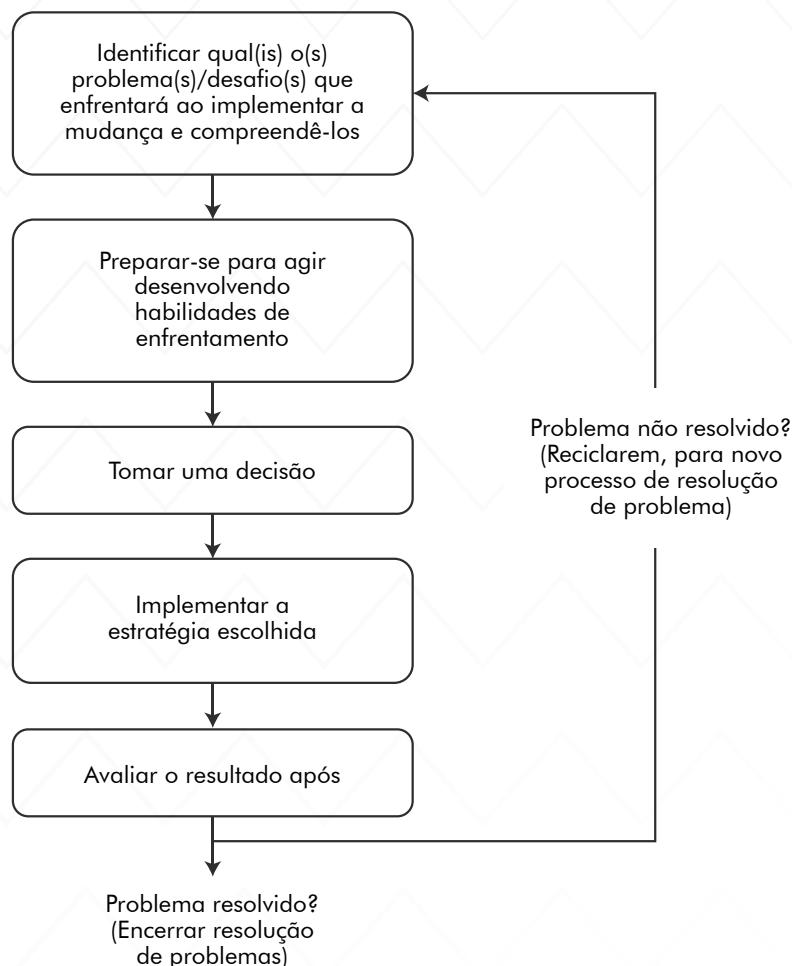
Equilibrar a proporção de desejos e deveres, incentivar novas formas de “adições” positivas, como meditação, exercício, grupos de corridas, técnicas de relaxamento como o *mindfulness*, que melhoram o humor e reduzem o estresse são estratégias que compensam a ausência do prazer da comida e atenuam a sensação de privação, contribuindo para o sucesso duradouro da perda de peso. Ajude o seu paciente a se ocupar, resgatar hobbies que ele deixou de fazer por se sentir envergonhado ou limitado pelo próprio peso. Você pode perguntar: **“Que atividades ou hobbies você abandonou? Ou sempre teve vontade de fazer e nunca se permitiu?”** e deixe-os descobrir os novos prazeres do estilo de vida saudável.

O **auto-registro** na TCC consiste em técnicas de registro como o diário alimentar (registrar os alimentos ingeridos e as circunstâncias associadas) ou até um *planner* para o registro diário dos novos hábitos (como por exemplo, atividade física, ingestão de frutas e verduras, ingestão adequada de água, prática da meditação, higiene do sono, entre outros - acesse aqui o link para baixar gratuitamente o *planner* da Clínica Lévite). Aqui estão incluídas também outras estratégias de registro, como aplicativos que medem a duração e o gasto calórico obtido com o exercício físico, monitores de frequência cardíaca e até exames laboratoriais realizados antes e depois dos novos hábitos. Existe uma frase do Peter Drucker que diz assim “*What gets measured, gets managed*”, que traduzido é: “O que você mede, você controla”.

"No tratamento da obesidade medir os diferentes tipos de resultados aumenta a qualidade do esforço na mudança pois incentiva o autoaprimoramento contínuo."

A prática do auto-registro também inclui a pesagem na balança, o acompanhamento do processo através de fotos, mantendo o paciente conectado com a realidade do próprio corpo e enfraquecendo os mecanismos de evitação pré-construídos como não se pesar ou não se olhar.

A **resolução de problemas** na TCC consiste em preparar os nossos pacientes para as seguintes etapas:



Você pode identificar junto com o seu paciente as barreiras para manter a mudança e construir com ele um plano de ação, fortalecendo a sua capacidade de enfrentamento e fortalecendo a sua autoeficácia.

A COMBINAÇÃO *ideal*



**Prescrição
individualizada**
(tradicional)



**Abordagem da
mudança
comportamental**

Coaching

Entrevista motivacional

Terapia Cognitivo-Comportamental

Depoimentos

ALGUNS DEPOIMENTOS QUE RECEBI DE PACIENTES E COLEGAS PROFISSIONAIS

(Obs: todos os depoimentos foram espontâneos e autorizados para publicação)

“Renascimento, esta é a palavra que me define hoje. Há 2 anos começava uma nova história na minha vida, mais uma vez eu iniciava uma guerra contra a balança(...) Vivi muitas frustrações, até tomar a decisão radical de fazer uma cirurgia bariátrica. Comecei a fazer as consultas pré-cirúrgicas e em uma dessas consultas conheci a minha endocrinologista Marília Cardoso. Ela me estimulou a perder peso antes da cirurgia e eu comecei uma nova dieta e nunca mais parei. Descobri uma força de vontade que eu nem sabia que eu tinha, em 2 anos perdemos 60 kgs e eu estou aqui como prova viva de que podemos tudo o que quisermos com determinação e força de vontade (...). Hoje sou um novo homem e agradeço primeiramente a Deus e depois a essas duas mulheres, Carol Fernandes (esposa) e Marília Cardoso (endocrinologista).”

José Luís, paciente

“Boa noite Dra Marília, hoje venho aqui agradecer. Só me lembro do dia 07 de fevereiro de 2019 (...). Você lembra muito bem de como eu estava, a obesidade me levou ao meu limite. E nas nossas consultas você sempre me pergunta: O que te leva a continuar na busca do emagrecimento? O que é fundamental nesse processo? O que faltava das outras vezes? E hoje vou te dizer: o seu profissionalismo foi o diferencial, você pegou nas minhas mãos e me disse: Vamos tentar juntas? Foi um incentivo enorme, eu tinha e tenho alguém comigo... além disso vejo uma médica cheia de vida, entusiasmo, carisma, que entende, que busca. Dra Marília parabéns, parabéns por tudo.”

Raphaella, paciente

“É chocante o quão verdadeira você é e o quanto você fala é, sim, exatamente o que acontece no seu consultório! Essa semana me pesei e me assustei com o que vi. Na contramão da maioria das pessoas nesse isolamento social eu tenho perdido peso e cheguei onde eu nem sei quanto tempo faz que não tenho esse peso (...) O seu acolhimento no consultório, a sua convicção de que nós somos capazes de mudar a situação, é incrível e é primordial neste processo! Você acredita na gente mesmo quando a gente acha que não é capaz, e quando a gente decide acertadamente lhe dar esse voto de confiança, as coisas simplesmente fluem (...) E você nos ensina que cada passo importa. Que cada kg a menos tem um reflexo grandioso na nossa saúde! E vibra a cada pequena conquista! Ao longo desses quase 3 (três) anos sendo sua paciente, eu mudei(...). Passei a observar melhor como as minhas emoções influenciam no processo de alimentação e, principalmente, passei a olhar mais para mim mesma e ter paciência com o meu tempo, e os meus processos! Você é rara, o seu olhar sobre o outro é raro e eu desejo que você nunca perca isso...”

Helene, paciente

“Queria ter a oportunidade de te parabenizar e dizer que te admiro demaaaaaaaais, tudo o que você fala tem muita verdade pra mim e penso exatamente igual. Muito legal sua abordagem humana, individual, focada também na visão psicológica. Queria te parabenizar sobre essa abordagem psicológica da obesidade e emagrecimento. A gente não aprende isso na residência.”

Rebeca, Residente de Endocrinologia

“Através do seu olhar, estou aprendendo a ter empatia pelos nossos pacientes com dificuldade para a perda de peso”

Angelle, Endocrinologista

“Seu lado tão diferenciado de tratar a perda de peso. Profissional acolhedora, educadora, compassiva e super inspiradora. Um olhar acolhedor e compassivo sobre o emagrecimento”.

Valéria, Nutricionista



Marília Cardoso

Endocrinologia, Metabologia e Clínica Médica



www.mariliacardoso.com.br



@mariliacardosoendocrino



/dramariliacardoso



Peso conSciência



Peso conSciência