

A Mudança do Comportamento:

Na Fronteira da Auto-Regulação e da Medicina Comportamental



Pedro. J. Teixeira

Professor Catedrático, Investigador no Centro Interdisciplinar de Estudo da Performance Humana (CIPER) e Laboratório de Exercício e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

A generalização de doenças crónicas com forte base comportamental como a diabetes do tipo II, a obesidade, a doença vascular cerebral e certos cancros, a par da necessidade e crescente possibilidade de preservar a qualidade de vida das pessoas até idades mais avançadas, têm vindo a condicionar o tipo de solicitações aos serviços de Saúde. A resposta tem naturalmente sofrido adaptações na forma de prevenir, tratar, ou controlar a doença dita crónica que, por sua vez, têm consequências para os paradigmas da prática clínica e para os modelos de formação e organização profissional na Saúde. O presente texto pretende constituir uma reflexão sobre este tema, tendo como foco central a mudança de comportamento ou, como mais frequentemente se designa, a mudança de “estilo de vida”, cujo ênfase nos processos de auto-regulação levanta problemas novos mas também oportunidades e desafios importantes, especialmente nas intervenções de nível individual na área da Saúde.

Auto-regulação, Autonomia e Saúde Comportamental

Ao contrário do que sucedia até há poucas décadas atrás, quando os paradigmas de promoção da saúde na população conferiam ao Médico um papel primordial no combate à doença, actualmente o papel e a responsabilidade de cada pessoa na promoção e manutenção da sua saúde e bem-estar são claramente enfatizados⁽¹⁾. O crescimento da esperança de vida e os correspondentes aumentos nos custos de saúde, bem como o forte impacto social e económico das chamadas “doenças do estilo de vida”, responsáveis por uma larga proporção da morbilidade e mortalidade, têm vindo a reforçar a importância da *auto-regulação* individual da saúde, através da capacitação individual para *escolher* e *adoptar* estilos de vida considerados mais saudáveis, mesmo num meio-ambiente adverso^(2, 3). Isto tem levado a um desenvolvimento sem precedente das áreas da *Medicina Preventiva* e *Medicina Comportamental**, que implicam, por parte dos profissionais, o aprofundamento de competências e conhecimentos complementares face aos currículos mais tradicionais na sua formação inicial e especializações pós-graduadas mais comuns. Conhecer os determinantes dos comportamentos que mais afectam condições como a obesidade, a diabetes ou a doença cardiovascular e desenvolver competências específicas para avaliar, caracterizar, influenciar e acompanhar ao longo do tempo a adopção destes comportamentos situam-se neste domínio^(4, 5).

Segundo uma perspectiva popular no estudo e promoção de comportamentos ligados à saúde, o ser humano é orientado e impelido para agir essencialmente em função de metas e benefícios antecipados, da auto-avaliação das suas próprias capacidades para as atingir, e da eficácia da

* Nota: Para além das expressões *Preventive Medicine* e *Behavioral Medicine*, surge também associada a este termos a expressão *Lifestyle Medicine* (ou “Medicina do Estilo de Vida”).

« ... o ser humano é orientado e impelido para agir essencialmente em função de metas e benefícios antecipados, da auto-avaliação das suas próprias capacidades para as atingir, e da eficácia da sua função executiva, a que vulgarmente se designa “força de vontade”. »

sua função executiva, a que vulgarmente se designa “força de vontade”⁽⁶⁾. Os mecanismos e as estratégias através dos quais a pessoa procura, de forma mais ou menos consistente, alcançar as suas metas, designam-se de *processos auto-regulatórios*, processos estes que são muitas vezes associados à noção de *auto-controlo*. A *auto-regulação* pode assim ser definida como um **“processo da personalidade através do qual as pessoas procuram exercer controlo sobre os seus pensamentos, os seus sentimentos e emoções, os seus impulsos e desejos, e os seus comportamentos”** ⁽⁷⁾ p.1773). De certa forma, a noção de auto-regulação tem implícita o conceito de *auto-determinação*, que genericamente caracteriza a possibilidade de as pessoas escolherem e conduzirem o seu rumo maioritariamente em função de desígnios internamente valorizados, de forma livre e responsável. Por sua vez, auto-determinação está associada ao conceito de *autonomia*, não interpretado apenas no seu significado mais comum (independência face a terceiros ou constrangimentos externos), mas enquanto **exercício de reconhecimento e expressão de desejos, vontades e valores bem integrados na personalidade, agindo depois em conformidade com estes e revelando uma forte identificação e comprometimento com o comportamento adoptado e com as suas consequências** ⁽⁸⁾. Uma aproximação à mudança comportamental mais centrada no auto-controlo ou, pelo contrário, mais centrada na auto-regulação *autónoma* pode ter implicações marcantes no desenho e condução de intervenções em saúde e nos seus resultados ⁽⁵⁾, como à frente se descreve.

De facto, alguns autores entendem a autonomia como um propósito central do funcionamento psicológico humano, traduzido diariamente em escolhas e actos mais ou menos auto-determinados, ou seja, revelando um maior ou menor sentimento associado de volição, “posse” e identificação (ou “assinatura”) pessoal face aos comportamentos adoptados^{**}. Ao contrário de modelos centrados nos processos de aprendizagem social e na sua manifestação em construtos cognitivos como crenças, atitudes, expectativas e intenções (tais como a *teoria sócio-cognitiva*, o *modelo das crenças de saúde* ou a *teoria do comportamento planeado*⁽⁹⁾), outros modelos teóricos, como

os descritos pela *teoria da auto-determinação* ⁽¹⁰⁻¹²⁾ ou pela *teoria dos sistemas interactivos da personalidade* ^(13, 14), conferem à autonomia uma valência funcional e auto-regulatória mais determinante. Segundo estes modelos, também com aplicação na promoção da saúde ⁽¹⁵⁾, **a auto-determinação, ou autonomia, representa o grau relativo de integração do comportamento com outros valores da pessoa, com consequências decisivas para a intensidade e estabilidade da motivação, sentido de auto-responsabilização pelo comportamento e nível de investimento pessoal associado a cada escolha** ⁽¹⁶⁾. Quando auto-determinado, eu sou o “condutor” do meu percurso e “escolho-me” a cada decisão. Não obstante diferentes interpretações quanto à sua operacionalização e importância funcional ⁽¹⁷⁾, é importante reconhecer que a promoção da autonomia do utente/cliente/doente é um conhecido imperativo da ética médica, a par de outros como o da beneficência, não-maleficência, e a justiça e equidade na distribuição dos recursos ⁽¹⁸⁾.

Como já foi referido, diferentes perspectivas sobre a auto-regulação, por exemplo, se mais centrada na “força de vontade” e nível ou quantidade de motivação ou, pelo contrário, mais focada na origem ou *locus* de causalidade da vontade e em aspectos qualitativos da motivação (p.ex., motivação mais intrínseca ou mais externa), têm implicações distintas e até decisivas para as intervenções visando a mudança comportamental, a vários níveis.

A promoção e as consequências da auto-regulação autónoma têm sido objecto de inúmeros estudos e reflexões, alguns dos quais realizados em Portugal ^(19, 20), relativamente ao seu alcance e potencial para promover estilos de vida saudáveis de forma duradoura. Numa breve síntese, os resultados nesta área têm revelado que intervenções em áreas como a diabetes, a cessação tabágica, a alimentação, a actividade física e o controlo de peso são mais bem sucedidas se forem eficazes na promoção da autonomia e motivação intrínseca dos indivíduos para a mudança ⁽²¹⁾. Apenas como exemplo, um estudo com mulheres portuguesas com excesso de peso sujeitas a uma intervenção centrada na promoção de motivação intrínseca e auto-determinação para o exercício e controlo do peso revelou que, ao fim de três anos, comparadas com o grupo de controlo, as participan-

^{**} Nota: A expressão *personal endorsement*, de tradução difícil para Português, é também frequentemente utilizada neste contexto.

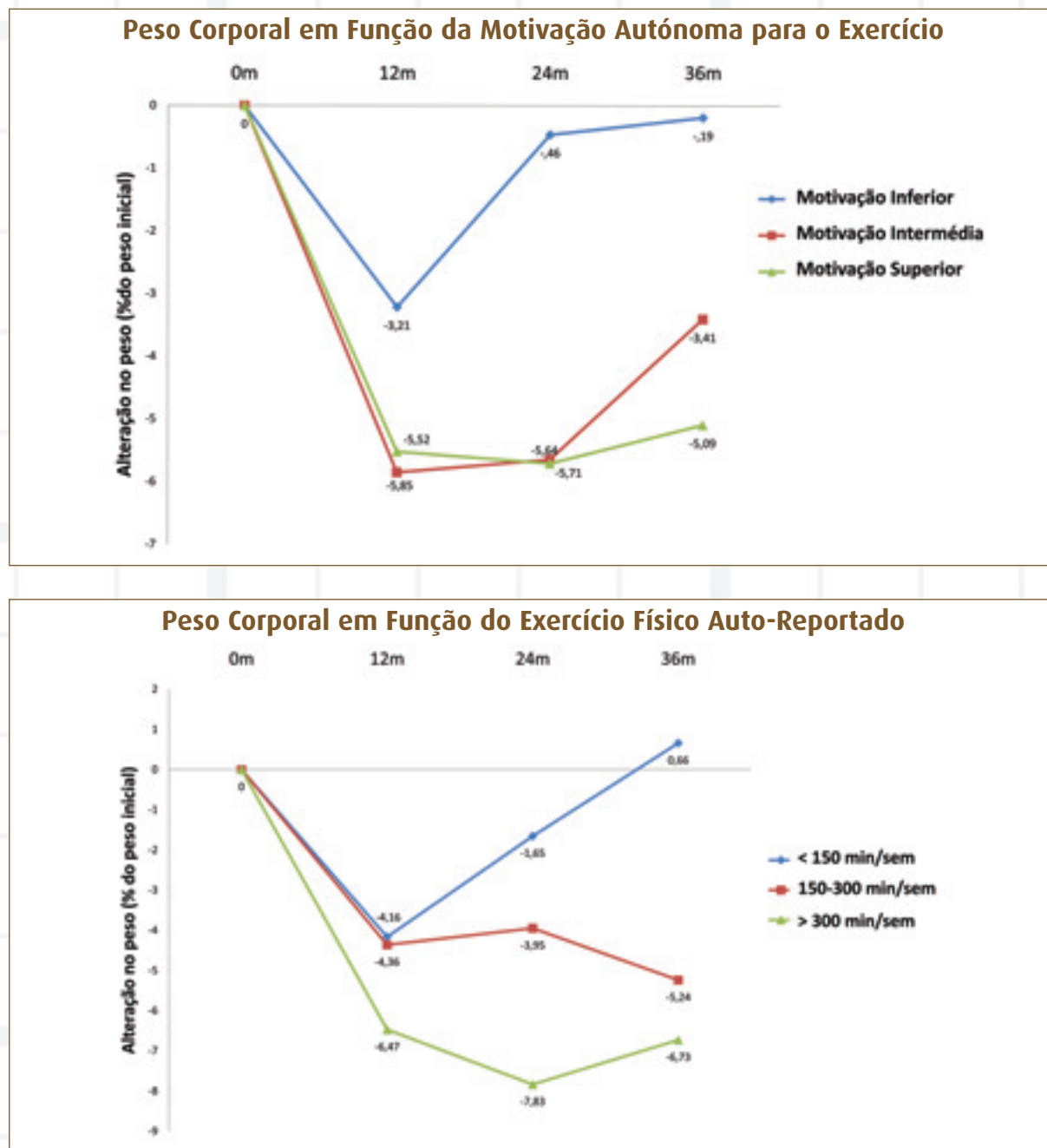


Figura 1

Motivação para o exercício e exercício físico auto-reportado como preditores da redução de peso a longo prazo

No gráfico superior, a motivação autónoma (média da motivação integrada e motivação intrínseca) foi avaliada por questionário aos 24 meses. Diferenças entre grupos nas alterações no peso aos 36 meses (ANOVA, $p=0,005$). No gráfico inferior, o exercício físico (intensidade moderada ou vigorosa) foi avaliado por auto-relato aos 36 meses. Diferenças entre grupos nas alterações no peso aos 36 meses (ANOVA, $p<0,001$). Dados do Programa PESO da Faculdade de Motricidade Humana (2005-2009), incluindo 155 mulheres entre as 24 e 50 anos, inicialmente com pré-obesidade ou obesidade. Mais detalhes disponíveis nas referências 19, 22 e 23.

« ... aos Licenciados em Medicina é actualmente exigido um conhecimento de nível muito elementar dos processos associados ao impacte do exercício e/ou da alimentação na fisiologia e fisiopatologia humanas e na saúde física e mental.»

tes mantinham níveis de actividade física substancialmente mais elevados e um peso mais reduzido^(22, 23). Conforme o esperado, quer o nível de actividade física quer a motivação com um *locus* de causalidade mais interno para o exercício (motivação mais autónoma) foram importantes correlatos da capacidade de perder e sobretudo manter o peso a longo prazo (*Figura 1*). É interessante verificar que também o bem-estar psicológico parece ser positivamente afectado pelo tipo de motivação, ou seja, se é esta é maioritariamente mais autónoma ou mais heterónoma (também designada de *motivação controlada*), com evidente benefício para o primeiro tipo de motivação⁽²⁴⁾.

A Emergência da medicina comportamental

O estudo aprofundado dos comportamentos e estilos de vida e do seu impacte na saúde configuram uma aproximação relativamente nova à promoção da Saúde, situada no que pode designar-se como *Medicina Comportamental* ou, mais genericamente, *Saúde Comportamental*. Apenas como exemplo, o aconselhamento para a mudança efectuada no consultório de um profissional de saúde pode por vezes ser demasiado diretivo e prescritivo, com reduzida participação e consequente pouco investimento do utente nas escolhas terapêuticas. Se este cenário é compreensível e até desejável em situações de risco eminente (p.ex., depois de um acidente) ou quando o diferencial de conhecimento técnico entre profissional e utente é muito elevado face às opções de tratamento disponíveis (p.ex., na preparação de uma cirurgia), o mesmo não acontece quando a «terapia» é eminentemente comportamental e passa, por exemplo, por praticar mais actividade física no dia-a-dia ou limitar a ingestão de certos alimentos. **Nestes casos, pode até afirmar-se que é o utente o verdadeiro «especialista» no processo e será ele, em última análise, o principal responsável pelo sucesso ou insucesso do tratamento.** Não obstante, a realidade é que a preocupação com o investimento e envolvimento pessoal do utente no seu tratamento (este sente que teve escolha no curso a seguir? está realmente de «vontade própria» no tratamento?) é por vezes uma preocupação secundária, face a aspectos mais objectivos e de ordem técnica, com os quais o profissional se sente mais comprometido.

Não existe uma definição universal para *Medicina Comportamental*. Em conjunto, três definições ajudam a clarificar a sua natureza e objectivo:

“A defined scientific approach to decreasing disease risk and illness burden by utilizing lifestyle interventions such as nutrition, physical activity, stress reduction, smoking cessation, avoidance of alcohol abuse, and rest” (ACPM, Johnson M., Barry M., 2008)

“The application of environmental, behavioral, medical and motivational principles to the management of lifestyle related health problems in a clinical setting” (Egger G., Binns A., Rossner S., 2008)

“The integration of lifestyle practices into conventional medicine to lower the risk for chronic disease and, if disease is already present, to serve as an adjunct to therapy” (Rippe J., 1999).

Segundo os seus proponentes, salientam-se nestas definições i) a aproximação **baseada na evidência**, ii) a primazia do **contexto clínico** (isto é, em consulta individual ou em intervenções para pequenos grupos), iii) a procura da **integração entre os modelos** tradicionais paliativos e o modelo preventivo, iv) a convicção de que a **modificação do estilo de vida** (isto é, a actividade física, a nutrição, a gestão do stresse, etc.) deve constituir-se como a modalidade terapêutica preferencial; v) um **foco explícito no utente** e nas suas condições, capacidades e percepções, talvez mais do que na sua condição ou doença (ou seja, uma intervenção explicitamente “baseada no paciente”), vi) uma **confiança elevada** na capacidade deste para conseguir ultrapassar dificuldades e barreiras com base nos seus próprios recursos, nomeadamente de natureza motivacional e comportamental, e vii) um foco mais elevado no **processo** e menos no produto. Outras diferenças estão expressas na Tabela 1.

É importante salientar que a Medicina Comportamental tem aplicação na prevenção primária, secundária, ou terciária, pois em qualquer das situações o impacte positivo das modificações do estilo de vida faz-se sentir. Por exemplo, no caso de um utente com obesidade de nível 2 e com outros factores de risco cardiovasculares (prevenção terciária), a terapia recomendada inclui alterações alimentares e na actividade física, em conjunto com outros protocolos⁽²⁵⁾. É também de destacar que embora o clínico de Medicina Geral e

A Mudança do Comportamento: Na Fronteira da Auto-Regulação e da Medicina Comportamental

Tabela I

Diferenças entre o modelo biomédico tradicional e a Medicina Comportamental

Modelo médico tradicional	Medicina comportamental
Assente em processos de diagnóstico e prescrição	Assente na capacitação e motivação do utente para gerir a sua saúde
Tratamento directo dos factores de risco (p.ex., tensão arterial elevada, dislipidémia)	Tratamento preferencial das causas da doença (p.ex., alimentação ou excesso de stresse)
Tratamentos de duração limitada	Tratamentos quase sempre focados em mudanças para toda a vida
Medicamento assume papel fundamental e é frequentemente prescrito	Utilização do medicamento em regime providencial
Ênfase na responsabilidade do profissional de saúde pelo resultado final da terapia	Maior responsabilização do utente pela gestão da sua saúde e condição clínica

Familiar possa ser visto como o destinatário e “utilizador natural” da *Medicina Comportamental*, a visão actual é que, nomeadamente na prevenção primária e secundária, não existe um único profissional (ou uma única especialidade médica) que esteja hoje inteiramente preparado e qualificado para a exercer. Não obstante, e enquanto as iniciativas de formação não estão actualizadas nem existem modelos de aplicação *translacional* devidamente testados, entende-se como adequada a existência de uma equipa multidisciplinar sob a coordenação do Médico de Família.

Contexto formativo, profissional e científico da Medicina Comportamental

Estão os profissionais de saúde actualmente preparados para lidar com o «utente como especialista»? Estão os primeiros motivados para fomentar de forma prioritária a autonomia e demais recursos do utente, algo que vai claramente para além do treino de competências práticas (p.ex., como ler um rótulo alimentar, como monitorizar a glicemia, etc.) ou de passar uma receita, fazer uma prescrição, ou reafirmar uma recomendação? Que competências é necessário desenvolver e aplicar, por forma a que, baseadas na melhor evidência disponível, as intervenções e o aconselhamento ofereçam a maior probabilidade de resultarem em efeitos duradouros e que efectivamente façam a diferença na vida, na saúde e no bem-estar dos utentes?

Por exemplo, aos Licenciados em Medicina é actualmente exigido um conhecimento de nível muito elementar dos processos associados ao impacto do exercício físico e da alimentação na fisiologia e fisiopatologia humanas e na saúde física e mental. Acresce por isso claramente a necessidade de dotar estes especialistas de competências associadas à compreensão dos processos de *regulação e modi-*

ficação comportamental. Em condições normais, os adultos controlam 100% do que ingerem diariamente e podem também directamente condicionar uma percentagem elevada da energia mecânica que despendem por via de rotinas mais ou menos fisicamente activas. Pese embora estes comportamentos e as suas consequências não sejam inteiramente dissociáveis de factores biológicos, as competências em causa passam em grande medida pela compreensão de aspectos psicológicos e psico-comportamentais, com especial destaque para os factores de ordem motivacional, incluindo elementos como a percepção, cognição, emoção e execução, entre outros. No seu conjunto, são estes processos que permitem analisar, por exemplo, porque uma quantidade elevada de medicamentos receitados não são adquiridos ou nunca são tomados, compreender as razões que levam as pessoas a repetidamente iniciarem e pouco depois desistirem de fazer, ou a prever a resistência perante a recomendação para a adopção de uma determinada dieta. São pois necessárias iniciativas de formação, inicial e pós-graduada, especificamente vocacionadas para o desenvolvimento do conhecimento e de competências focados na compreensão dos processos de auto-regulação e de modificação dos comportamentos de actividade física e alimentação, entre outros, na perspectiva de desenvolver e aperfeiçoar a capacidade de os promover ou facilitar em pessoas saudáveis e também em pessoas com morbilidades.

Claramente, existe hoje massa crítica de sociedades científicas, periódicos de referência, conferências internacionais e centros/grupos de investigação que conferem a este domínio do conhecimento uma notória especificidade e relevância social e profissional, a par com uma elevada transdisciplinaridade. Internacionalmente, o crescimento da chamada *Lifestyle Medicine* ou *Medicina Comportamental* é inexorável. Manifesta-se, por exemplo, em

organizações profissionais como o *American College of Lifestyle Medicine* (www.lifestylemedicine.org) ou a *Australian Lifestyle Medicine Association* (www.lifestyle-medicine.net.au); em periódicos científicos como o *American Journal of Preventive Medicine* (ISI 2009 IF: 4,23), o *Annals of Behavioral Medicine* (ISI 2009 IF: 3,14), o *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (ISI 2009 IF: 2,63), ou o mais recente *American Journal of Lifestyle Medicine* – e respectivas sociedades científicas e conferências internacionais; em importantes iniciativas governamentais como o *SNAP (Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical activity) Framework* na Austrália⁽²⁶⁾; na criação de Institutos de Saúde privados de grande dimensão como o *Rippe Lifestyle Institute* (www.rippehealth.com) ou de raiz Universitária como o *Institute of Lifestyle Medicine* (www.institutelifestylemedicine.net) da Universidade de *Harvard*; e na produção de manuais de referência, como o clássico *Lifestyle Medicine* de James Rippe⁽²⁷⁾. A iniciativa *Active Patients Active Doctors* (www.activepatients.org) integra-se também neste domínio, procurando estimular a prática de actividade física nos próprios Médicos, como estratégia prioritária para estes aconselharem essa mesma prática nos seus utentes de uma forma regular e com elevado comprometimento pessoal.

Não obstante o facto da *Medicina Preventiva* e *Medicina Comportamental* não constituírem, para a Ordem dos Médicos em Portugal, especialidades ou sub-especialidades formais, esta nova área de intervenção parece despontar de uma forma diferenciada, dirigida para já a clínicos de Medicina Geral e Familiar e outros como os de Medicina Interna, Cardiologia, Endocrinologia e Medicina Física e Reabilitação. Encontra-se também manifestada em iniciativas de formação e certificação, como as actualmente lideradas pelo *American College of Lifestyle Medicine* (ver www.lifestylemedicine.org). Na base destas iniciativas está um crescente e já muito consistente corpo de evidência científica demonstrando que terapias de base comportamental são, para muitas condições, tão ou mais eficazes do que terapias tradicionais, com menor custo e praticamente sem efeitos indesejáveis. É o caso da reincidência após enfarte do miocárdio com o uso da dieta mediterrânica no *Lyon Diet Heath Study*⁽²⁸⁾; da redução do risco de doença coronária com o *Lifestyle Heart Trial*⁽²⁹⁾; da redução da hipertensão e dislipidémia com o estudo *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*^(30, 31); da prevenção da diabetes com intervenções intensas de modificação do estilo de vida no *Diabetes Finish Prevention Program* ou no *Diabetes Prevention Program (DPP)*^(32, 33); e da redução da obesidade e risco cardiovascular e de mortalidade associados, como no estudo *Look AHEAD*^(34, 35). Um traço comum nestes programas é a procura de soluções que resultem no longo prazo, o que configura só por si uma diferença importante relativamente aos modelos tradicionais de gerir a saúde. Por exemplo, o estudo *Look AHEAD* tem, para o participante médio, um *follow-up* previsto de cerca de 13 anos.

« ... procurando estimular a prática de actividade física nos próprios Médicos, como estratégia prioritária para estes aconselharem essa mesma prática nos seus utentes de uma forma regular e com elevado comprometimento pessoal.»

Promover a actividade física em contexto clínico: O exemplo do *Exercise is Medicine*TM

No âmbito da capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo os Médicos de Clínica Geral, para o aconselhamento dos seus utentes para a prática da actividade física, foi lançada em 2009 nos EUA a iniciativa *Exercise is Medicine*TM (www.exerciseismedicine.org). Trata-se de um dos últimos exemplos de iniciativas de larga escala no âmbito da *Medicina Preventiva*, nas quais o comportamento, neste caso a actividade física e o exercício físico, são encarados como um decisivo veículo promotor da saúde. Neste âmbito, trata-se certamente de um dos maiores projectos jamais empreendidos com vista a uma implementação de forma sustentada na população, tendo como promotor o *American College of Sports Medicine (ACSM)* e como co-promotores a *American Medical Association*, o *American College of Preventive Medicine* e a *National Strength and Conditioning Association*, entre muitas outras organizações⁽³⁶⁾. Na área das Ciências do Desporto, o ACSM é a principal organização de base científica nos EUA e a mais influente em todo mundo. A iniciativa *Exercise is Medicine*TM tem precisamente uma aspiração global e desde 2010 que, associado ao Congresso Anual do ACSM, tem também lugar o *World Congress on Exercise is Medicine*. No momento de escrita deste artigo, e depois de dois anos de intensa actividade e crescente implantação nos EUA e na América do Sul, é a vez da Europa se interessar por aplicações deste modelo. Neste sentido, realizou-se em Lisboa, em Abril de 2011, a primeira reunião do que virá a constituir-se como a rede europeia do *Exercise is Medicine*TM. À Universidade Técnica Lisboa, por intermédio da Faculdade de Motricidade Humana, foi conferida pelo ACSM a responsabilidade de coordenar e dinamizar este projecto em Portugal.

O *Exercise is Medicine™* tem como desígnio fundamental tornar a actividade física e o exercício parte insubstituível do paradigma de prevenção e tratamento da doença, fazendo da actividade física um sinal vital a avaliar em cada consulta, e capacitando e motivando todos os profissionais de saúde para realizarem um aconselhamento inicial para a sua prática regular, e para referenciarem o acompanhamento dessa prática para um fisiologista do exercício. Os três princípios orientadores de sustentação destes objectivos são i) a evidência científica de elevada consistência quanto ao papel salutogénico da actividade física (p. ex.,⁽³⁷⁾), ii) a convicção de que mais e melhor pode e deve ser feito em vários contextos clínicos (p.ex., consulta de Medicina Geral e Familiar) para promover a prática de exercício físico, e iii) a consciência de que as principais instituições na área do Desporto e da Actividade Física, e também no Sistema de Saúde, têm a capacidade de influenciar decisivamente as práticas profissionais em diversos contextos de aconselhamento para a saúde. Embora o *Exercise is Medicine™* tenha sido inicialmente pensado como dirigido apenas aos Médicos de Clínica Geral, hoje o seu público-alvo inclui também outros técnicos que fazem aconselhamento para a saúde, como é o caso dos Nutricionistas, Dietistas, Psicólogos, Fisioterapeutas e Farmacêuticos, entre outros. Como resultado da sua aplicação, o *Exercise is Medicine™* pretende:

- Promover a noção de que a promoção do exercício físico é um elemento essencial da boa Medicina;
- Transformar o nível de actividade física num sinal vital a avaliar em cada consulta;
- Ajudar os Médicos e outros profissionais de saúde a aconselharem os seus utentes de forma consistente e adequada às suas necessidades;
- Fornecer aos profissionais de saúde uma lista de recursos para referência para a prática de exercício presentes na sua área e comunidade local;
- Catalizar decisões no sector público e privado que apoiem o aconselhamento e a referência para a actividade física nas consultas de saúde;
- Produzir a expectativa no público e nos utentes de que os Médicos e outros profissionais de saúde irão avaliar e aconselhar a prática de actividade física na consulta;
- Encorajar os profissionais de saúde a serem eles próprios mais fisicamente activos!

Para atingir os seus objectivos, vários elementos ou dimensões de intervenção são antecipadas, tais como disponibilizar recursos educacionais e oportunidades de formação pós-graduada, criar mecanismos de referência aos profissionais, apoiar a construção de uma base empírica forte quanto à eficácia e aplicabilidade deste projecto no contexto clínico, procurar e incentivar o apoio ao nível das políticas centrais de promoção da saúde e do desporto e actividade física, formar coligações e parcerias inter-disciplinares, e fazer do seu sítio na *Internet*, em cada país, um repositório de conteúdos, ferramentas e orientações que apoiem a divulgação e implementação do projecto.

Considerações finais

“Há por isso um antes nas escolhas: a educação e a cultura” (Henrique Barros⁽³⁸⁾ p.42)

Indubitavelmente, as decisões e escolhas individuais afectam a saúde, por vezes de forma assinalável. Contudo, ao mesmo tempo que importa explorar esta realidade no que ela pode potenciar em ganhos de saúde e qualidade de vida, entre outros benefícios sociais e económicos, é essencial compreender os limites de aproximações à mudança de comportamentos dirigidos à pessoa individual (i.e., *intervenções de nível individual*) e até alguns potenciais perigos.

Em primeiro lugar, é uma linha por vezes incerta a que separa a liberdade e autonomia individuais da liberdade colectiva e do bem comum. Por exemplo, o fácil “argumento económico” – de que alguns oneram em excesso os custos da saúde (de todos) com doenças que podiam (os primeiros) ter prevenido – está sujeito a críticas e “armadilhas” diversas de natureza ética. Suficiente será referir que nem todos os comportamentos de risco estão à vista ou podem ser avaliados na balança da Farmácia. Logo não podem estes últimos (p.ex., controlo dos factores de stress), com a mesma facilidade, ser penalizados socialmente, ainda que possam acarretar custos de saúde comparáveis ou mesmo superiores.

Em segundo lugar, embora possam ser avaliados por parâmetros quantitativos, a saúde e o bem-estar são, ao nível individual, variáveis subjectivas. Só cada pessoa pode definir para si “quanta saúde” é necessária e suficiente para realizar o que pretende da sua vida, que sofrimento ou desconforto está disposto a aceitar como natural nesse percurso, e o que para si significa realmente “estar bem”. Exige-se pois sempre um mínimo de reserva e precaução na clássica recomendação “faça isto ... pela sua saúde”, pois corre sempre o profissional de saúde o risco de não saber, exactamente “a que saúde” se está a referir. É importante não esquecer que provavelmente muitas pessoas valorizam outros aspectos da sua vida tanto ou mais do que a sua saúde. Legitimamente.

Em terceiro lugar, a saúde das pessoas é obviamente influenciada por inúmeros factores para além do estilo de vida que adoptam. O risco de doença herdado nos genes ou adquirido através de manifestações epigenéticas de difícil controlo, bem como a exposição ao longo da vida a ambientes mais ou menos “arriscados” (útero, sujeição a poluentes e radiações, nas condições de trabalho, no acesso aos cuidados, etc.) são apenas os exemplos mais evidentes de que a responsabilidade individual pela saúde não é um valor absoluto. A conhecida estigmatização e discriminação de que as pessoas com obesidade são alvo é um exemplo claro do risco da assunção de um elevado nível de controlo pessoal (e consequente culpabilização) sobre a saúde, neste caso a obesidade, que não corresponde ao estado do conhecimento neste domínio⁽³⁹⁾ ***

Em quarto lugar, é crucial compreender que escolher opções saudáveis implica ter liberdade e autonomia, mas que esta só é verdadeiramente possível com informação e conhecimento. Decisões informadas e conscientes implicam um nível de *literacia de saúde* adequado às inúmeras e cada vez mais complexas opções disponíveis nas sociedades des-envolvidas. Apenas como exemplo, e novamente usando o caso da obesidade, estão as pessoas realmente capacitadas para fazerem boas escolhas alimentares (face à desenfreada avalanche publicitária) ou suficientemente informadas da falácia das populares “poções mágicas”, por exemplo sob a forma de suplementos para emagrecer (face à completa falta de regulação do sector). Sentem-se as pessoas realmente confiantes (*auto-eficazes*) para bem gerir a sua saúde...?

Em quinto e último lugar, suspeita-se que a *literacia de saúde* não possa nem deva ser analisada separadamente do nível de *literacia geral*. Em matéria de gestão individual da saúde, opções moderadas, reflectidas e consequentes (ou seja, mais inteligentes) serão provavelmente mais prevalentes num contexto social e político onde imperem a justiça social, a igualdade e a equidade, e onde o acesso à cultura e a uma educação de qualidade sejam efectivamente generalizados⁽⁴⁰⁾. Isto implica uma importante reflexão sobre as condições sócio-económicas das pessoas e famílias, nomeadamente face ao papel determinante dos factores sócio-económicos na saúde e estilos de vida.

Em suma, é importante que os profissionais de saúde possam auxiliar os seus utentes a escolherem melhor no dia-a-dia para mais facilmente atingirem o seu nível de saúde desejado; é importante que estes mesmos profissionais sejam devidamente “formados e treinados” para o saberem (e quererem) fazer em diferentes contextos; e é importante que existam iniciativas e recursos sólidos, técnica e cientificamente, mas também atraentes e simples, que facilitem a intervenção dos profissionais ao nível da mudança comportamental (o *Exercise is Medicine™* é apenas um exemplo) dentro dos condicionantes do seu contexto de trabalho. Os temas da *Saúde Comportamental* estão claramente para ficar. Ao mesmo tempo, todos nós, em sociedade – na educação, na cultura, nos valores, nas políticas, em família – temos também escolhas a fazer. Escolhas das quais não podemos isentar-nos, implicitamente esperando que cada um “seja responsável sozinho” e que assim se resolva um problema, a elevada prevalência e custos das “doenças do estilo de vida” que, em última análise, são um problema de todos.

Pedro. J. Teixeira

Referências Bibliográficas

1. Maes, S. and P. Karoly, *Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review*. *Applied Psychology*, 2005. 54(2): p. 267-299.
2. Bandura, A., *The primacy of self-regulation in health promotion*. *Applied Psychology: An International Review*, 2005. 54(2): p. 245-254.
3. Teixeira, P.J., H. Patrick and J. Mata, *Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation*. *Nutrition Bulletin*, 2011. 36: p. 102-107.
4. Teixeira, P.J., S.B. Going, L.B. Sardinha and T.G. Lohman, *A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control*. *Obes Rev*, 2005. 6(1): p. 43-65.
5. Teixeira, P.J., M.N. Silva, J. Mata, A.L. Palmeira and D. Markland, *Motivation, self-determination, and weight control*. *Int J Behav Nutr Phys Act*, in press.
6. Bandura, A., *Social cognitive theory: an agentic perspective*. *Annu Rev Psychol*, 2001. 52: p. 1-26.
7. Baumeister, R.F., M. Gailliot, C.N. DeWall and M. Oaten, *Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior*. *J Pers*, 2006. 74(6): p. 1773-801.
8. Ryan, R.M. and E.L. Deci, *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *Am Psychol*, 2000. 55(1): p. 68-78.
9. Baranowski, T., K.W. Cullen, T. Nicklas, D. Thompson and J. Baranowski, *Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts?* *Obes Res*, 2003. 11 Suppl 1: p. 235-43S.
10. Deci, E. and R. Ryan, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. 1985, New York: Plenum.
11. Deci, E. and R. Ryan, *Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health*. *Canadian Psychology*, 2008. 49(3): p. 182-185.
12. Deci, E.L. and R.M. Ryan, *The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. *Psychological Inquiry*, 2000. 11: p. 227-268.
13. Kuhl, J., *The volitional basis of Personality Systems Interaction Theory: applications in learning and treatment contexts*. *Int J Educ Res*, 2000. 33: p. 665-703.
14. Kuhl, J., M. Kezen and S.L. Koole, *Putting Self-Regulation Theory into Practice: A User's Manual*. *Applied Psych: An Intern Rev*, 2006. 55(3): p. 408-418.
15. Patrick, H., A.A. Gorin and G.C. Williams, *Lifestyle change and maintenance in obesity treatment and prevention: A self-determination theory perspective, in Obesity prevention: The role of the brain and science on an individual behavior*. L. Dube, et al., Editors. 2010, Academic Press: New York. p. 365-374.
16. Ryan, R.M., G.C. Williams, H. Patrick and E.L. Deci, *Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness*. *Hellenic Journal of Psychology*, 2009. 6: p. 107-24.
17. Ryan, R.M. and E.L. Deci, *Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will?* *J Pers*, 2006. 74(6): p. 1557-85.
18. Beauchamp, T.L., *Methods and principles in biomedical ethics*. *J Med Ethics*, 2003. 29(5): p. 269-74.
19. Silva, M.N., et al., *A randomized controlled trial to evaluate Self-Determination Theory for exercise adherence and weight control: Rationale and intervention description*. *BMC Public Health*, 2008. 8(1): p. 234.
20. Teixeira, P.J., M.N. Silva, S.R. Coutinho, A.L. Palmeira, J. Mata, P.N. Vieira, E.V. Caraca, T.C. Santos and L.B. Sardinha, *Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women*. *Obesity (Silver Spring)*, 2010. 18(4): p. 725-35.
21. Williams, C.G., P.J. Teixeira, E.V. Caraca and K. Resnicow, *Physical Wellness, Health Care, and Personal Autonomy, in Personal Autonomy in Cultural Contexts: Global Perspectives on The Psychology of Agency, Freedom, and People's Well-Being*. V.I. Chirkov, R.M. Ryan, and K.M. Sheldon, Editors. 2011, Springer: New York. p. 133-162.
22. Silva, M.N., P.N. Vieira, S.R. Coutinho, C.S. Minderico, M.G. Matos, L.B. Sardinha and P.J. Teixeira, *Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women*. *J Behav Med*, 2010. 33(2): p. 110-22.
23. Silva, M.N., D. Markland, E.V. Caraca, P.N. Vieira, S.R. Coutinho, C.S. Minderico, M.G. Matos, L.B. Sardinha and P.J. Teixeira, *Exercise Autonomy Motivation Predicts 3-yr Weight Loss in Women*. *Med Sci Sports Exerc*, 2011. 43(4): p. 728-37.
24. Vieira, P.N., J. Mata, M.N. Silva, S.R. Coutinho, T.C. Santos, C.S. Minderico, L.B. Sardinha and P.J. Teixeira, *Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women*. *J Obes*, 2011. 2011: p. 936153.
25. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. (2008) *Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines*. Obesity Facts. 1: p. 106-116.
26. The Royal Australian College of General Practitioners. *Smoking, nutrition, alcohol and physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice*. 2004, Melbourne: RACGP.
27. Rippe, J., ed. *Lifestyle medicine*. 1999, Blackwell Publishing: New York.
28. de Lorgeil, M., P. Salen, J.L. Martin, I. Manjaud, J. Delaye and N. Mamelle, *Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study*. *Circulation*, 1999. 99(6): p. 779-85.
29. Ornish, D., et al., *Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease*. *JAMA*, 1998. 280(23): p. 2001-7.
30. Obarzanek, E., et al., *Effects on blood lipids of a blood pressure-lowering diet: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial*. *Am J Clin Nutr*, 2001. 74(1): p. 80-9.
31. Sacks, F.M., et al., *Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet*. *DASH-Sodium Collaborative Research Group*. *N Engl J Med*, 2001. 344(1): p. 3-10.
32. Lindstrom, J., A. Louheranta, M. Mannelin, M. Rastas, V. Salminen, J. Eriksson, M. Uusitupa and J. Tuomilehto, *The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity*. *Diabetes Care*, 2003. 26(12): p. 3230-6.
33. Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*, 2002. 25(12): p. 2165-71.
34. Wadden, T.A., et al., *The Look AHEAD study: a description of the lifestyle intervention and the evidence supporting it*. *Obesity (Silver Spring)*, 2006. 14(5): p. 737-52.
35. Delahanty, L.M. and D.M. Nathan, *Implications of the diabetes prevention program and Look AHEAD clinical trials for lifestyle interventions*. *J Am Diet Assoc*, 2008. 108(4 Suppl 1): p. S66-72.
36. Jonas, S. and E.M. Phillips, *ACSM's Exercise is Medicine: A Clinician's Guide to Exercise Prescription 2009*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
37. Physical Activity Guidelines Advisory Committee, *Physical activity guidelines advisory committee report*. 2008, Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
38. Barros, H., *Saber Escolher. Saúde e Sociedade*, 2010. 3: p. 40-42.
39. Allison, D.B., M. Downey, R.L. Atkinson, C.J. Billington, G.A. Bray, R.H. Eckel, E.A. Finkelstein, M.D. Jensen and A. Tremblay, *Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society*. *Obesity (Silver Spring)*, 2008. 16(6): p. 1161-77.
40. Wilkinson, R. and K. Pickett, *The spirit level: why equality is better for everyone*. 2010, London: Penguin Books.

*** Por exemplo, a influente Sociedade de Obesidade Norte-Americana tem como posição oficial que “a obesidade é uma condição complexa e com muitas influências causais, incluindo muitos factores que estão em grande medida aquém do controlo individual” [39], algo que provavelmente é desconhecido de muitos profissionais a trabalhar no tratamento da obesidade, naquele país como no nosso..