

Investigação e Acção na Promoção de Estilos de Vida Activos

Marlene N. Silva

Psicóloga Clínica, Doutorada em Saúde e Condição Física, Investigadora e Pós-Doutoranda no Laboratório de Exercício e Saúde, Departamento de Desporto e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa

Estrada da Costa, 1495-688 Cruz Quebrada

Telm (351) 96 577 66 84

mailto: mnsilva@fmh.utl.pt

http://www.fmh.utl.pt/obesity/index.php/marlene-n-silva

***Comunicação apresentada no 3.º Workshop «Destaques do ano na Prevenção Cardiovascular- Estilos de Vida», realizado na Reunião «Caminhos da Prevenção Cardiovascular», Grupo de Estudo de Risco Cardiovascular (GERVC), Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Casa do Coração, 26 de Março de 2011, Lisboa.**

A abordagem das questões inerentes à promoção de *estilos de vida* saudáveis e activos deve implicar, desde logo, uma reflexão acerca do significado desta expressão tão comumente utilizada. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a expressão *estilo de vida* remete para o agregado de decisões individuais que afectam a vida (e a saúde) do indivíduo, e que dependem dele⁽¹⁾. Esta componente de decisão individual é fundamental, salientando-se paradigma da escolha em comportamentos de saúde. De facto, face aos avanços em várias áreas do conhecimento, a dose eficaz para contrariar os efeitos de uma série de condições, ou mesmo evitá-las, está bem identificada e estudada. Por exemplo, no caso do exercício e da actividade física estão bem documentados aspectos ligados ao tipo, volume e duração necessárias para produzir importantes resultados ao nível da saúde cardiovascular⁽²⁻⁴⁾. Fala-se, então, em eficácia, que está associada a obtenção de certos efeitos em condições próximas do ideal. No entanto a realidade confronta o profissional de saúde com o problema da aplicabilidade em condições de vida real, às quais não são estranhos os fenómenos da reduzida adesão e abandono. A dose é eficaz para quem a aplica. Assim, se por um lado está comprovado o papel protector e promotor da saúde que determinados comportamentos podem potenciar, por outro, paradoxalmente, a adesão aos referidos comportamentos mantém-se baixa e difícil de promover.

Com base na *eficácia* estabelecida da prática de actividade física na saúde cardiovascular, um documento recente, publicado pela *American Heart Association*⁽⁵⁾, procurou fazer uma revisão do estado da arte das intervenções desenvolvidas neste âmbito. As suas conclusões chamam a atenção para o sucesso apenas relativo que a maioria dos programas atinge, i.e., a magnitude das mudanças comportamentais que, com alguma frequência, se consegue atingir inicialmente, parece não ter grande tradução no longo prazo. Findas as intervenções, os seus efeitos parecerem esbater-se, com os participantes a regressarem ao seu estado pré-intervenção. Tal constatação levanta questões ligadas não só à promoção da adesão (nível de participação alcançado num regime comportamental, após concordância em participar), mas sobretudo da manutenção continuada dessa adesão, configurando esta uma das maiores dificuldades dos programas de intervenção actuais. A este propósito, veja-se o exemplo trazido pelo programa *Look AHEAD (Action for Health in Diabetes)*^(6,7), programa de referência a nível mundial (pela quantidade de recursos disponibilizados, pessoas envolvidas, avaliações de longo prazo), configurando um estudo longitudinal com distribuição aleatória, controlado, cujos resultados parecem apontar para duas realidades distintas consoante o parâmetro temporal considerado. Considerando, por exemplo, indicadores relativos à perda de peso e à melhoria da condição física, o grupo que beneficiou de uma intervenção intensiva de 12 meses demonstra, no final dessa intervenção (e por comparação com um grupo de controlo), resultados bastante satisfatórios e de acordo com recomendações internacionais. No entanto, quando se observa a trajectória desses indicadores no longo prazo (4 anos) o sucesso alcançado parece desvanecer-se.

Tendo por base a questão da manutenção da mudança comportamental no longo prazo (alteração de padrões alimentares e de actividade física), no período pós-intervenção, as conclusões de uma revisão sistemática recente⁽⁸⁾ apontam para a necessidade de estudos mais longos (mais de 12 meses de seguimento), de preferência configurando estudos longitudinais, controlados e com distribuição aleatória, que permitam a avaliação específica da manutenção dos comportamentos/indicadores alvo, bem como, de forma ainda mais pertinente, a avaliação das estratégias de intervenção especificamente desenvolvidas para promover essa manutenção. Em congruência com esta necessidade, o tra-

balho desenvolvido pela *American Heart Association*⁽⁹⁾ pretendeu, para além de rever os principais estudos/intervenções na área, sumarizar as estratégias mais utilizadas, procurando traduzi-las em recomendações ou *guidelines*. Neste sumário encontram-se algumas das mais conhecidas estratégias cognitivo-comportamentais, a saber: definição de objectivos, auto-monitorização, técnicas de modelagem/aprendizagem social, promoção da percepção de competência/auto-eficácia, treino de competências de resolução de problemas e de antecipação/gestão de recaídas, e estratégias de reforço motivacional com recurso a diversas técnicas de *feed-back*. Por último, é também sublinhado o papel que os incentivos (de diversa ordem) e o contacto/intervenção prolongados podem cumprir. A este propósito, talvez fosse útil a promoção de uma visão mais cuidada e crítica, ultrapassando o foco nas suas possíveis vantagens imediatas, procurando reflectir acerca dos processos/pressupostos que lhe estão inerentes e no seu papel no longo prazo...

Genericamente, a utilização do tipo de estratégias descrito parece basear-se no pressuposto de que toda a motivação é boa motivação, desde que seja suficientemente «forte» para sustentar as mudanças comportamentais necessárias, espelhando uma visão simplista e quantitativa da motivação, sem ter em consideração a origem e a qualidade (ou tipo) dos motivos que estão a sustentar determinada escolha. A procura da acção/mudança como resposta a pressões (positivas ou negativas, internas ou externas) até pode produzir resultados imediatos, no entanto estes tendem a ser contingenciais ao mecanismo de reforço (externo) e a perder-se na ausência do reforço ou recompensa. Disso mesmo nos dão conta alguns estudos na área dos incentivos económicos^(9, 10).

No caso de intervenções para a perda de peso, os resultados de dois estudos controlados e com distribuição aleatória, procurando averiguar o papel dos incentivos financeiros no longo prazo, vieram apontar em direcções semelhantes^(9, 10). Tanto num caso como noutro, e ainda que os referidos incentivos tenham resultado em perda de peso durante o curso da intervenção (8 meses no primeiro caso, 16 meses no segundo) este efeito não se manteve uma vez finda a intervenção e removido o incentivo. Também no campo da cessação tabágica, conforme conclusões de uma revisão recente⁽¹¹⁾, o uso de incentivos não tem demonstrado aumentar as taxas de sucesso no longo prazo. Os resultados iniciais tendem a dissipar-se quando os incentivos não estão presentes. Tomados no seu conjunto, estes e outros estudos têm demonstrado que, independentemente da sua possível utilidade no curto prazo (e independentemente também de considerações em termos do peso económico que podem representar), a vantagem do uso de incentivos é, no mínimo, questionável quando a possibilidade de manutenção das mudanças conseguidas se coloca.

Na mesma linha de considerações se pode colocar a defesa de estratégias ligadas à necessidade de intervenções/contacto prolongado de forma contínua no tempo, como reacção à constatação de que os efeitos cessam findas as intervenções⁽⁹⁾. Tal aparente necessidade implica a importância, já enunciada, de uma visão mais cuidada e crítica acerca do tipo de estratégias nas quais estas intervenções se baseiam e nos processos e pressupostos que lhe estão inerentes. A título de exemplo, vejamos algumas das principais estratégias utilizadas no protocolo da intervenção recebida pelo braço experimental do estudo Look AHEAD⁽⁷⁾, intervenção que durante um ano promoveu contacto semanal (combinando sessões em grupo com acompanhamento individual) ao qual se seguiu, nos anos seguintes, pelo menos um contacto mensal. A esta filosofia de contacto continuado juntou-se a pré-selecção dos participantes com base em base em indicadores motivacionais como a capacidade de manter

auto-monitorização durante um período de tempo. A estes participantes e durante o tempo continuado de intervenção foram aplicadas estratégias comportamentais frequentemente utilizadas em modificação comportamental (já enunciadas previamente) e muito baseadas no desenvolvimento de competências de auto-controlo, às quais se juntaram ainda a utilização de substitutos de refeição e o pagamento em dinheiro por período de avaliação cumprido (100 dólares por avaliação anual). Não obstante toda a panóplia de estratégias utilizadas, cuja filosofia de acção que encerram lhes dita um fundo de pressupostos ligado à necessidade de um certo controlo/acompanhamento/soluções “externos” dos processos de mudança individual de cada participante, também aqui os resultados a longo-prazo, conforme já referido, apontam para um esbatimento de certos indicadores de sucesso (ex. ligados à perda de peso e à melhoria da condição física) finda a fase de intervenção intensiva.

Assim, as questões a adesão mas sobretudo da manutenção dessa adesão no longo prazo permanecem em aberto, sublinhando-se a importância de estudar e promover os mais importantes determinantes da mudança comportamental. Um técnico a trabalhar em mudança comportamental em saúde não afecta directamente o comportamento final mas as condicionantes internas e externas que estimulam a tomada de decisão, sendo a alteração do comportamento apenas a face visível de tudo o que aconteceu. As intervenções funcionam porque afectam variáveis mediadoras⁽¹²⁾. As teorias organizam e enquadram o que podem ser estas variáveis, através de que mecanismos podem operar, permitindo o desenvolvimento de um corpo de procedimentos à disposição do técnico. Neste sentido, perceber os mecanismos através dos quais a intervenção opera, pode potenciar o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e com menos custos e riscos, aumentando a magnitude dos efeitos⁽¹³⁾. De facto, as estratégias e os modelos teóricos mais frequentemente utilizados, de base fortemente cognitivo-comportamental, não parecem ser suficientes para produzir mudanças passíveis de ser sustentadas longitudinalmente. Por isso mesmo se levanta a necessidade de considerar outro tipo de modelos que possam ajudar na compreensão dos mecanismos explicativos de uma mudança passível de ser integrada de forma sustentada no tempo. Isso mesmo se encontra defendido não só na já supracitada revisão acerca do estado da arte no que concerne às intervenções destinadas à promoção de actividade física⁽⁹⁾, bem como em outras revisões dentro do mesmo domínio⁽⁸⁾, ficando explícita a necessidade de as investigações neste campo refinarem e testarem enquadramentos teóricos que lhes possam servir de referência conceptual na explicação dos mecanismos da mudança passível de ser sustentada no longo prazo.

De acordo com o revisto até aqui, o tipo de intervenções actualmente desenvolvidas pode estar a deixar de fora importantes variáveis e processos. Arriscamo-nos a acrescentar que o tal olhar mais crítico (procurando o “fundo comum”) da maioria das estratégias actualmente utilizadas aponta para um trabalho centrado no “como fazer” oferecendo soluções que na sua maioria passam por mediação externa (“faça o que/como eu digo e tudo vai correr bem). Estas parecem funcionar com base em incentivos, não necessariamente financeiros mas muitas vezes baseados em pressões externas, que podem promover uma mudança com valor puramente instrumental. Ou seja, como meio para atingir um fim (por exemplo, “só faço actividade física porque quero perder peso ou porque quero regularizar os meus níveis de tensão arterial”) e portanto com valor contingencial ao atingir de uma meta. A acção desencadeada é contingencial ao resultado e a mudança (p. ex. caminhar 1h, 3 vezes por semana) vale essencialmente se levar a atingir aquele fim, não por si mesma.

Investigação e Acção na Promoção de Estilos de Vida Activos

Os recentes resultados do *Health Barometer 2011*⁽¹⁴⁾ sublinham que as razões mais frequentemente apontadas como estando na base das tentativas de alteração de um comportamento negativo para a saúde se prendem com os benefícios percebidos a longo prazo e com razões ligadas à aparência física. Face ao exposto, não será de estranhar que, dentro da lógica anteriormente apresentada, das pessoas (62% do total) que referiram já ter tentado uma alteração de comportamento, 50% tenha recaído no anterior padrão comportamental negativo. Ou que as razões apontadas para tal se prendam com factores como o facto de não ter experienciado os benefícios antecipados tão depressa como o esperado (18%), já não se valorizarem as razões iniciais para a mudança (13%), ou devido ao facto de o comportamento não ter produzido os efeitos esperados na saúde (13%). Talvez mais elucidativo ainda, porque revelador de outra ordem de factores, seja o facto de 50% terem indicado como razão para a mudança o prazer que sentem com o comportamento que tentavam modificar.

De facto, a maioria dos modelos explicativos da mudança de comportamento em saúde assenta em factores de ordem cognitiva e aborda as questões motivacionais de forma tendencialmente quantitativa e superficial, deixando de fora uma série de aspectos ligados ao prazer, ao significado pessoal, à experiência emocional de congruência com valores mais profundos, factores potencialmente relevantes para a compreensão dos processos de mudança e principalmente da sua manutenção. O facto de duas pessoas expressarem a sua vontade em alterar um determinado comportamento deletério para a saúde e procurarem aconselhamento clínico para tal não quer dizer que estejam igualmente motivadas. E tal não tem de significar que uma está mais motivada que outra, mas que as razões para quererem mudar e o significado que essa mudança assume podem ser diferentes.

Com base nesta lógica, seria importante avaliar, no início do processo de aconselhamento, se a pessoa quer mudar por si ou só para cumprir alguma demanda externa (p.ex. a prescrição médica ou forte recomendação para tal). A avaliação do tipo de motivos que estão a sustentar a decisão de mudar pode ser central para todo o processo, porque, de facto, muitas podem ser as qualidades da nossa motivação, ou seja o tipo de razões que energizam a nossa acção. A regulação motivacional de um determinado comportamento pode variar desde o mais controlado, quando a acção serve para dar resposta a pressões externas (para

evitar consequências negativas ou procurar determinados benefícios/recompensas prometidas) ou internas (procurando o evitar de sentimentos de culpa, de desconforto interno, auto-estima contingencial) ao mais autónomo, quando a acção serve valores ou resultados pessoalmente relevantes, permite a expressão pessoal, e nesse sentido é um reflexo da própria identidade. Finalmente, e como expoente máximo da autonomia, a acção pode ser totalmente não instrumental – neste caso ajo pelo prazer, desafio que aquela acção em si, e não os seus resultados, proporciona. É exactamente esta questão das “qualidades” da motivação, das suas implicações na integração duradoura do comportamento e do bem estar e desenvolvimento pessoal, e também das condições energizadoras de regulações mais autónomas que nos dá conta a Teoria da Auto-Determinação⁽¹⁵⁾. De acordo com este enquadramento, a autonomia (enquanto percepção individual de escolha e voluntariedade face aos comportamentos adoptados) surge, juntamente com a competência (enquanto sentimento de capacidade face a acção) e a necessidade de relacionamento positivo (sentimento de se ser respeitado num clima emocional positivo), como necessidades psicológicas básicas. Na medida em que o contexto, em interacção com características pessoais (p. ex. personalidade), conseguir dar suporte a estas necessidades básicas, regulações mais autónomas podem surgir, com as consequências documentadas não só em termos de saúde física (através da adesão continuada a comportamentos promotores de saúde), como mental, conforme o modelo apresentado na Figura 1 (adaptado da Ref⁽¹⁶⁾).

Embora uma descrição mais completa e aprofundada deste enquadramento conceptual possa sair fora do âmbito deste artigo, as suas premissas básicas constituem importantes factores a ter em consideração para compreender o actual estado da arte do conhecimento científico no que à promoção das actividades físicas diz respeito. De facto, mecanismos motivacionais ligados à qualidade, ao tipo da motivação, nomeadamente à motivação intrínseca, ao prazer, às razões e significados pessoais para a prática têm vindo a ser consistentemente associados com a adesão continuada à actividade física e à promoção de bem-estar^(17, 18). Por outro lado, o respeito pela autonomia (reconhecimento pela possibilidade de escolha de acordo com valores e objectivos pessoais) é hoje reconhecido como um dos principais elementos a promover na prestação de cuidados de saúde, configurando um imperativo ético a par do respeito pelo bem-estar individual e justiça social⁽¹⁹⁾.

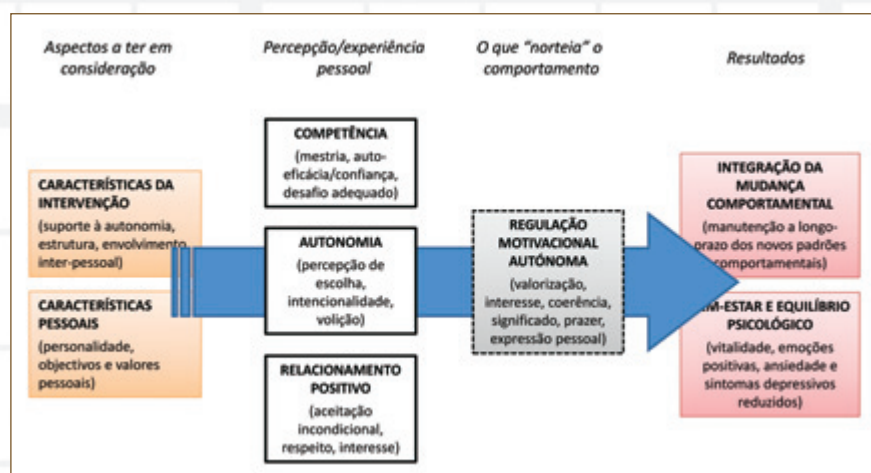


Figura 1

Factores envolvidos na mudança comportamental a longo prazo e bem-estar associado, de acordo com a Teoria da Auto-Determinação.

(Adaptado da Ref. 16)

Partindo destes pressupostos fundamentais e no sentido de testar experimentalmente o enquadramento conceptual defendido pela Teoria da Auto-Determinação no campo do controlo do peso e promoção da actividade física em mulheres com excesso de peso, o Programa P.E.S.O. (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade), desenvolvido pelo Laboratório de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana, configurou um estudo longitudinal, controlado e com distribuição aleatória, contendo uma intervenção comportamental teoricamente sustentada, com a duração de um ano, seguida de dois anos de *follow-up* (sem qualquer intervenção). Este estudo envolveu 239 mulheres com excesso de peso ou obesidade (37.6 ± 7.1 anos; 31.5 ± 4.1 kg/m²), prémenopausicas e sem patologia diagnosticada. O programa de intervenção foi desenhado de acordo com os princípios base da Teoria da Auto-Determinação, visando sobretudo o aumento da motivação intrínseca para a actividade física, procurando-se promover a sua adesão a longo prazo. As taxas de retenção variaram entre 87% e 71% no fim do *follow-up*, sendo mais elevadas no grupo de intervenção. Quanto ao programa de intervenção principal, este funcionou em 30 sessões ao longo de um ano, em grupos de 25-30 mulheres. Estas sessões, com cerca de duas horas, foram variando o seu formato e conteúdo (assegurado por uma equipa multidisciplinar), desde sessões mais tutoriais, passagem de conhecimentos centrais, a sessões mais interactivas (testemunhos, troca de experiências), workshops e sessões práticas de experimentação de forma a permitir basear a escolha em experiências reais. O trabalho de todos estes conteúdos foi conduzido num clima interpessoal de suporte às necessidades básicas, no sentido de desenvolver regulações mais autónomas face aos comportamentos alvo. Como exemplo de estratégias ligadas ao suporte à autonomia figura a substituição de prescrições pela apresentação às participantes de um vasto leque de opções e do respectivo racional para cada uma delas, sublinhando-se sempre a importância da escolha e adequação individual e promovendo-se a respectiva experimentação. Procurou-se também que cada escolha fosse tomada de forma informada e de forma consentânea com objectivos e valores pessoalmente relevantes. Outra componente sublinhada foi a procura de desafio pessoal e prazer nos comportamentos adoptados. Quanto ao suporte à competência para além do trabalho sobre conhecimentos, foram desenvolvidas sessões de aplicação prática e treino de aplicação de competências, entre elas vários *workshops*. Foi também desenvolvido um programa de desafios de actividade física, adaptado às competências individuais, procurando-se um nível óptimo de desafio, que foi escolhido livremente e de forma consentânea com o desenvolvimento de motivações mais internas. Tudo isto teve lugar num clima empático, positivo, focado não só nos resultados mas no bem-estar de cada participante. Uma descrição mais detalhada do protocolo experimental e de intervenção pode ser encontrada noutras publicações^(20, 21).

Em termos de resultados, e de forma resumida, verificou-se que no final do primeiro ano a intervenção parece ter afectado as variáveis mediadoras para as quais foi desenhada ($ES=0,60-1,08$), bem como os níveis de actividade física (+147 min/wk moderada+vigorosa; +1986 passos/dia) e perda de peso (-5,6%) ($p<0,001$ vs. controlo)⁽²¹⁾. Procurando ir além do reporte de efeitos principais, análises complementares foram conduzidas no sentido de testar a sequência mediacional proposta pela Teoria da Auto-determinação na explicação dos efeitos da intervenção sobre a adopção de actividade(s) física(s). Verificou-se a sua confirmação experimental com efeitos significativos via manipulação do clima experimental, com resultados positivos na percepção de satisfação das necessidades básicas e seu impacto na motivação intrínseca e na adopção de

actividade física moderada+vigorosa⁽²²⁾. Procurando-se estender o mesmo enquadramento ao longo prazo foi também testado um modelo explorando o impacto que a percepção de suporte tem nas regulações não só no fim da intervenção, mas também destas nas suas congéneres um ano depois, verificando-se a sua influência na actividade física aos 24 meses (*follow-up*), e dela como preditora da perda de peso no final do *follow-up* (36 meses) (*effect ratios* = 0.10-0.61). Os resultados apontam não só para uma relação entre a regulação motivacional desenvolvida ao longo do tempo – um impacto positivo das regulações autónomas no fim da intervenção nas suas congéneres um ano depois, mesmo já na ausência do clima experimental de suporte – como para o facto de o seu impacto funcionar na promoção de actividade física moderada + vigorosa no longo prazo o que, por sua vez, se revelou preditivo da alteração do peso findos os três anos do estudo ($p < 0,001$)⁽²³⁾. Em suma, tal como o já verificado em estudos anteriores, mas agora estendido a um enquadramento experimental, verificou-se que a actividade física continuada desempenha um papel na gestão de peso a longo prazo. Por outro lado, este estudo veio evidenciar que nem toda a motivação para a prática é “boa motivação”, isto é, que nem todos os tipos de regulação motivacional foram preditores de resultados a longo prazo. Apenas as regulações autónomas se constituíram como mecanismos mediadores totais do impacto da intervenção na sustentação da prática de exercício (24 meses) e perda de peso (36 meses), regulações estas que provaram poder ser promovidas por um programa desenhado para o efeito, mantendo-se findo o seu término. Esta última constatação vem dar força à defesa de um processo dinâmico de internalização motivacional, que se mantém mesmo na ausência de intervenção e, provavelmente, à existência de mecanismos de determinismo recíproco. A existência de motivações mais autónomas para a prática provavelmente torna essa prática potenciadora de significados, razões, prazer e/ou desafio pessoais que por sua vez alimentam a possibilidade continuada deste tipo de motivações.

Outro tipo de resultados deste enquadramento experimental apontaram para a importância de melhorias em várias dimensões da saúde mental (por exemplo, imagem corporal e qualidade de vida percebida), melhorias que podem acontecer independentemente da perda de peso alcançada e fruto apenas de alterações no estilo de vida⁽²⁴⁾. A este propósito, um dado importante prende-se com o papel negativo que a insatisfação, por exemplo com o peso e a imagem corporal (motivada principalmente por pressões externas e/ou internas), pode ter para o comportamento alimentar e para a perda de peso em si⁽²⁵⁾. Maiores índices de bem-estar encontraram-se associados a motivações mais autónomas para a gestão do peso e comportamentos associados (p. ex. actividade física)^(22, 26) sublinhando mais uma vez a importância da integração dos comportamentos levados a cabo não só nas rotinas do quotidiano mas também e principalmente no sistema de valores, metas e significados pessoais.

A linha de resultados encontrados e a revisão de literatura exposta podem ajudar a promover a reflexão acerca do estado da arte mais actual no âmbito das intervenções para a mudança comportamental, nomeadamente no âmbito da promoção de actividade física e controlo do peso, suscitando a necessidade de reconsiderar vários pressupostos e preconceitos que se encontram enraizados em várias práticas actuais:

a) A necessidade de «modelos contínuos» de tratamento

A constatação de que uma vez terminadas as intervenções parecem cessar os seus efeitos tem levado alguns autores à defesa da necessidade de modelos contínuos de tratamento. Ainda que tal fosse sustentável (sob muitos pontos de vista, económico à cabeça da lista) estaria de

acordo com o imperativo ético de promoção da autonomia do utente, ajudando-o a ser ele a assumir a regulação seu processo de mudança? A este propósito, Maes & Karoly⁽²⁷⁾ defendem que a visão tradicional do aconselhamento em saúde baseando-se em instruções complexas e directivas, em que as rédeas do processo estão essencialmente nas mãos dos profissionais de saúde, pode ser caracterizado não só como irrealista mas também como tendo um baixo rácio custo-eficácia. Por outro lado, se o técnico tem ao seu dispor uma base substancial de conhecimento sobre aspectos médicos e científicos, o utente também não vem para a consulta «em branco». As significações e teorias do utente acerca da sua condição, das suas causas, e dos possíveis procedimentos constituem a sua “realidade”, a qual resiste frequentemente a formas autoritárias de confronto e mudança. De facto, a resistência é a consequência mais natural de um estilo comunicacional directivo, originando uma interacção disfuncional de culpa mútua. Acresce ainda que a posição de que muitas vezes são os próprios utentes dos serviços a solicitar «soluções externas», procurando que seja o profissional de saúde a conduzir o processo («Doutor, diga-me o que fazer!»), pode não significar realmente que é essa a necessidade ou mesmo o pedido (pelo menos a nível implícito). Por exemplo, quando os utentes expressam a necessidade de controlo externo e de acompanhamento permanente, tal pode estar a esconder um enquadramento que promove a assimetria de papéis, onde é o clínico que assume a responsabilidade pelo processo e o utente não sente confiança nas suas próprias capacidades para assumir a regulação, daí colocar-se numa posição de dependência que permanecerá enquanto a percepção de competência para assumir a regulação daquela acção não for trabalhada.

b) Foco em pressões externas ou internas

Por outro lado, o actual contexto social pode promover o desenvolvimento de regulações e objectivos mais externos ou despoletados por pressões internas (culpa, insatisfação pessoal, auto-estima contingencial). Por exemplo, a pressão social para atingir um determinado peso e as atribuições implícitas ao peso e forma corporais podem funcionar como pressões muito fortes para o controlo do peso. Mesmo a ida ao ginásio ou a caminhada diária podem assumir estes contornos (porque o médico «me ameaçou» com uma operação, ou porque todos vão ao ginásio e quase me sinto mal em dizer que eu não vou). O problema aqui não está, conforme toda a linha já exposta, no desencadear do comportamento actual, mas na probabilidade da sua manutenção futura. Uma vez passado o susto da «ameaça» ou o «alívio» temporário daquela insatisfação, o padrão anterior voltará a instalar-se, a não ser que existam razões mais profundas para o sustentar. Tal não quer dizer que o técnico não deva ter um papel orientador fundamental ou que todo o processo de decisão deva recair no utente. Autonomia não significa independência, que o utente «está por sua conta» ou que «tudo vale». **Com base em novos padrões comunicacionais, o objectivo deve antes passar por promover mudanças informadas, desencadeadas internamente, consideradas e reflectidas. O papel do técnico será o de promover o exercício metacognitivo. Não em fundo um facilitador do processo de decisão, promovendo o auto-conhecimento dos padrões comportamentais típicos e das suas limitações e dificuldades, e ajudando a avaliar os prós e contras de cada decisão. Assume-se que podem existir várias formas de mudar, de evoluir, de «curar». E também várias formas de acompanhar o processo e de o orientar, partindo sempre da definição de valores e objectivos pessoalmente relevantes e evitando ao máximo atitudes e acções paternalistas, autoritárias, ou simplesmente mal sintonizadas com o processo interno e**

com o ritmo próprio do utente para o que deve sempre ser entendido como a sua mudança.

c) Foco no resultado vs. processo de mudança

Outra linha de problemáticas pode prender-se com o foco excessivo de muitas intervenções nos resultados obtidos ou a obter, em detrimento das mais valias associadas ao próprio processo de mudança. Este foco nos resultados (p.ex., kg perdidos, minutos de actividade física realizados etc.) como medida de sucesso pode, paradoxalmente, aumentar o risco de desistência, por duas vias: i) porque os resultados foram atingidos (dá-se o abandono das estratégias que os sustentavam porque «já está!») e a este propósito citem-se os resultados do *Health Barometer* 2011 quando evidenciam que uma das razões para a não manutenção das mudanças é exactamente o já se ter atingido os resultados esperados; ii) porque os resultados (ainda) não foram atingidos (razão também constante nos resultados do mesmo estudo), dando-se um abandono das estratégias porque «não valem a pena»... Parece então que centrar o processo como contingencial à obtenção de um determinado resultado é uma estratégia desaconselhada se não mesmo condenada à partida. Tal configura ainda uma abordagem rígida ao processo de mudança, porque dicotómica («ou tive sucesso ou fracasei»), o que é muitíssimo redutor e tira o foco de toda a riqueza de possíveis mudanças envolvidas no processo, na experiência pessoal («posso não ter perdido peso mas ganhei flexibilidade, bem estar, sono tranquilo e descobri novas facetas de mim nestas novas actividades»), em detrimento da flexibilidade, predictor consistente do sucesso e componente importante do bem-estar⁽¹⁵⁾.

A este propósito convém, no entanto, sublinhar que o foco em determinados resultados ou até o uso de determinadas «recompensas» não tem que ser necessariamente «maligno». Mais do que o seu uso importa perceber qual é o enquadramento para o seu uso. Fundamental parece ser o facto de os resultados serem essencialmente informativos e apresentados de acordo com interesses pessoais, não fazendo depender deles o fortalecimento do comportamento (p.ex. dar escolha sobre como desempenhar as tarefas; enfatizar o aspecto importante/interessante da tarefa e o seu lado desafiador). A questão da autonomia não é definida pela ausência do uso de recompensas ou influências externas mas acerca da forma como essas influências são integradas na *self*. Ou seja, se assumem um papel avaliativo (levando a pessoa a avaliar/fazer depender o seu valor próprio de acordo com os *feed-backs* ou recompensas obtidas) ou informativo (servindo como uma base de adequação entre o comportamento e os objectivos) e se são impostas ou realmente aceites como em unidade e congruência com valores e metas pessoalmente relevantes.

d) Falta de «força de vontade» vs. falta de «vontade própria»

Por último, é importante considerar que a motivação não é só uma questão de força (p.ex., para exercer controlo sobre os impulsos ou sobre o meio), mas também de qualidade. A probabilidade de manutenção de um comportamento será tanto maior quanto ele tiver sido integrado num sentido coerente de identidade (i.e. faça sentido na forma como a pessoa se vê e se sente, e no seu quotidiano) e tenha partido de metas pessoalmente relevantes, desafiadoras, promotoras da expressão pessoal e até do prazer. Isto terá consequências, não só ao nível do bem-estar, como da própria energização daquele comportamento, condição que pode vir a retro-alimentar a motivação de acordo com mecanismos de determinismo recíproco.

De facto, a auto-regulação do comportamento pode ser encarada numa perspectiva mais ligada a fenómenos de «força» dos mecanismos

auto-controlo («self executivo» exercendo um controlo consciente e voluntário sobre determinados impulsos potencialmente contrários aos resultados que se pretendem atingir), configurando estes recursos limitados, e que portanto se podem encontrar enfraquecidos quando na presença de outras demandas (p. ex. situações de stress ou de grande exigência em termos da mobilização de recursos pessoais). Tal terá consequências nefastas não só para a manutenção daquele comportamento, como para a saúde mental⁽²⁸⁾. Uma outra perspectiva defende uma visão da auto-regulação como auto-determinação, («self-organísmico», e portanto com uma predisposição para a integração das várias experiências/processos num todo coerente), como o agir de acordo com escolhas pessoais fundamentadas em valores e significados internos e congruentes com o sentimento de identidade. Neste caso, a mudança, longe de ser consumidora de recursos, pode servir precisamente como fonte geradora de energia psicológica, promotora de vitalidade, fortalecendo sentimentos de integridade e coerência⁽¹⁵⁾.

Em suma, ainda que seja possível catalizar inicialmente a mudança comportamental no âmbito da promoção de estilos de vida mais activos, a sua manutenção no longo prazo encontra actualmente obstáculos e desafios importantes, sendo que a contribuição de modelos associados à qualidade da motivação introduz novas questões a considerar. De facto, para muitas pessoas e numa visão de longo prazo, factores de cariz mais externo (redução de «ameaças» à saúde, desejo de «controlar» o peso para ter uma determinada imagem valorizada socialmente, etc.) e algumas estratégias comportamentais ligadas ao auto-controlo (enquanto esforço permanente para se manter no caminho imposto) poderão não ser suficientes para a actividade física regular se constituir como parte integrante da vida. Sensações de prazer e satisfação intrínseca associadas à prática do exercício devem estar presentes, se não em todos, em vários dos momentos dedicados à motricidade voluntária, sobretudo a que se escolhe para os tempos de lazer. Igualmente, mais do que a mera consciencialização da «importância do exercício físico para a saúde e para o peso», o descobrir de significados pessoais pode ser um processo cativante e decisivo no caminho a percorrer para uma vida mais activa, mais rica de experiências e sensações, mais saudável e mais longa.

Marlene N. Silva

Bibliografia

1. WHO. 2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organisation; 2009.
2. Pina IL, Apstein CS, Balady GJ, et al. Exercise and heart failure: A statement from the American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention. *Circulation*. Mar 4 2003;107(8):1210-1225.
3. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. Aug 28 2007;116(9):1081-1093.
4. Thompson PD, Buchner D, Pina IL, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*. Jun 24 2003;107(24):3109-3116.
5. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. Jul 27 2010;122(4):406-441.
6. Wing RR. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. *Arch Intern Med*. Sep 27 2010;170(17):1566-1575.
7. Wadden TA, West DS, Neiberg RH, et al. One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success. *Obesity (Silver Spring)*. Apr 2009;17(4):713-722.
8. Fjeldsoe B, Neuhaus M, Winkler E, Eakin E. Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychol*. Jan 2011;30(1):99-109.
9. Volpp KG, John LK, Troxel AB, Norton L, Fassbender J, Loewenstein G. Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial. *Jama*. Dec 10 2008;300(22):2631-2637.
10. John LK, Loewenstein G, Troxel AB, Norton L, Fassbender JE, Volpp KG. Financial Incentives for Extended Weight Loss: A Randomized, Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. Jan 20 2011.
11. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(4):CD004307.
12. Baranowski T, Anderson C, Carmack C. Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How might we do better? *Am J Prev Med*. Nov 1998;15(4):266-297.
13. Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology and Health*. 2004;19:29-49.
14. Barometer EH. Health Barometer 2011: health Activated. Austria: Edelman;2011.
15. Deci EL, Ryan RM. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11:227-268.
16. Teixeira PJ, Patrick H, Mata J. Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. *Nutrition Bulletin*. 2011;36:102-107.
17. Wilson P, Mack D, Grattan K. Understanding Motivation for Exercise: A Self-Determination Theory Perspective. *Canadian Psychology*. 2008;49(3):250-256.
18. Hagger MS, Chatzisarantis NL. Self-determination theory and the psychology of exercise. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2008;1:79-103.
19. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. Feb 5 2002;136(3):243-246.
20. Silva MN, Markland D, Minderico CS, et al. A randomized controlled trial to evaluate Self-Determination Theory for exercise adherence and weight control: Rationale and intervention description. *BMC Public Health*. Jul 9 2008;8(1):234.
21. Silva MN, Vieira PN, Coutinho SR, et al. Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med*. Apr 2010;33(2):110-122.
22. Silva MN, Markland D, Vieira PN, et al. Helping Overweight Women Become More Active: Need Support and Motivational Regulations for Different Forms of Physical Activity. *Psychology of Sport and Exercise*. 2010;11:591-601.
23. Silva MN, Markland D, Carraca EV, et al. Exercise Autonomous Motivation Predicts 3-yr Weight Loss in Women. *Med Sci Sports Exerc*. Apr 2011;43(4):728-737.
24. Palmeira AL, Branco TL, Martins SC, et al. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*. Apr 19 2010(7):187-193.
25. Carraca EV, Silva MN, Markland D, et al. Body image change and improved eating self-regulation in a weight management intervention in women. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:75.
26. Vieira PN, Mata J, Silva MN, et al. Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women. *J Obes*. 2011;2011:936153.
27. Maes S, Karoly P. Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology*. 2005;54(2):267-299.
28. Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN, Oaten M. Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers*. Dec 2006;74(6):1773-1801.