



# Revista Portuguesa de Cardiologia

Portuguese Journal of **Cardiology**

www.revportcardiol.org



## O QUE O CARDIOLOGISTA DEVE SABER SOBRE DIABETES: INVESTIR NO CAPITAL VASCULAR

# Exercício físico na diabetes: missão impossível ou uma questão de motivação?

Marlene N. Silva<sup>a,b,\*</sup>, José L. Themudo Barata<sup>c,d</sup>, Pedro J. Teixeira<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Laboratório de Exercício e Saúde, Departamento de Desporto e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup>Faculdade de Educação Física e Desporto, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal

<sup>c</sup>Serviço de Nutrição e Actividade Física, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

<sup>d</sup>Faculdade de Medicina e Faculdade de Ciências do Desporto, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

### PALAVRAS-CHAVE

Motivação para o exercício;  
Adesão;  
Teoria da auto-determinação;  
Entrevista motivacional;  
Estratégias de intervenção motivacional;  
Resistência

**Resumo** Sustentado conceptualmente na teoria da auto-determinação (TAD) e no corpo de estratégias oferecidas pela entrevista motivacional (EM), este artigo procura enquadrar o fenómeno da resistência à mudança comportamental e à adopção de estilos de vida activos enquanto expressão de baixa qualidade (e não só baixa quantidade) motivacional. Neste sentido, pretende-se apresentar uma abordagem qualitativa ao entendimento e intervenção na área da motivação e auto-regulação dos comportamentos de actividade física, apresentando evidência científica para o seu uso. Estratégias práticas para a promoção de um contexto de suporte à autonomia e ao desenvolvimento de competências, focadas na pessoa e no seu desenvolvimento e passíveis de serem usadas pelo profissional de saúde em contextos clínicos, serão também apresentadas e ilustradas com exemplos.

Defende-se que a sustentação das estratégias motivacionais num racional sólido e testado (tal como o oferecido pela TAD) em conjugação com o conjunto de linhas de acção nascidas no contexto clínico da EM são uma importante mais-valia para a promoção de uma motivação mais autónoma no utente, qualidade considerada necessária para a integração de comportamentos de exercício no longo prazo e bem-estar associado. A filosofia de acção, princípios e estratégias apresentados neste artigo podem ser incorporados na prática clínica actual de aconselhamento em saúde.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

### KEYWORDS

Exercise motivation;  
Adherence;  
Self-determination theory;

### Physical activity in diabetes: na impossible mission or a motivational question?

**Abstract** Pulling from self-determination theory (SDT) and motivational interviewing (MI), this article sought to present contemporary frameworks for understanding and promoting human motivation as useful tools for health professionals aiming to facilitate adoption and adherence to physical activity, presenting empirical evidence for its use. Practical strategies

Correio electrónico: mnsilva@fmh.utl.pt (M.N. Silva).

Motivational  
interviewing;  
Motivational  
strategies;  
Resistance

that may be used by a health professional to create an autonomy-supportive, well-structured, and interpersonally involved exercise counseling environment, more likely to support self-determined motivation, also are presented.

Combining the strong theoretical underpinnings of SDT and the strong clinical base of MI should allow for much progress in developing the kind of motivation required to initiate and maintain exercise behaviors over the long term. These relatively simple and straightforward principles can be incorporated into existing approaches currently used by professionals who desire to improve their effectiveness, enhancing positive outcomes in terms of exercise adoption, adherence, and well-being;

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Alteração comportamental: uma missão impossível?

Face aos avanços do conhecimento científico na área do exercício e da actividade física, a dose eficaz para prevenir ou contrariar os efeitos de uma série de condições, entre as quais as doenças cardiovasculares e metabólicas, encontra-se já identificada e documentada<sup>1-3</sup>. 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 de resistência, dificuldades na adesão, baixo envolvimento ou até desistência prematura. Perante as dificuldades sentidas na promoção da adesão a certos regimes uma revisão recente no âmbito das principais estratégias utilizadas evidencia o papel de mecanismos contingenciais de promoção, assentado no controlo e uso de incentivos externos<sup>4</sup>. Face a este cenário, não é de estranhar que o discurso de muitos profissionais dê conta de um cansaço quase crónico e de uma sensação de responsabilização pelo processo do utente, a quem se pede também um maior «esforço». No entanto, a mesma e outras revisões<sup>4,5</sup> dão conta do reduzido sucesso a longo prazo das estratégias e intervenções actualmente desenvolvidas. Findas as intervenções, os seus efeitos parecerem esbater-se, com os participantes a regressarem ao seu estado pré-intervenção.

De facto, o conceito generalizado de ser necessário muito esforço e auto-controlo para se conseguirem alterar comportamentos pode ficar a dever-se ao recurso exagerado a ideias sem suficiente fundamento científico. Auto-disciplina e força de vontade não devem ser confundidas com auto-motivação ou auto-determinação. A motivação não é só uma questão de força —de exercer controlo sobre os impulsos e sobre o meio— mas também comporta elementos qualitativos relevantes<sup>6-8</sup>.

## As qualidades da motivação: origens e consequências

No seguimento do exposto anteriormente, um maior ênfase na capacidade de auto-regulação tendo por base elementos qualitativos da motivação do utente pode revelar-se decisivo. A teoria da auto-determinação<sup>7-9</sup> oferece algumas pistas para lá chegar, nomeadamente uma explicação teórica (i.e. o racional) para a compreensão da sustentação dos comportamentos a longo-prazo e princípios-guia para a prática. Estes têm demonstrado resultados positivos em estudos de investigação, nomeadamente maior envolvimento e adesão ao programa de tratamento, menores taxas de desistência, maior qualidade das aprendizagens e

flexibilidade cognitiva, mais capacidade de manutenção do comportamento, e promoção do sentimento de bem-estar<sup>10-14</sup>.

A tabela 1 pretende ilustrar, com vários exemplos para o caso da actividade física, as diferentes qualidades que podem orientar a motivação (i.e. diferentes regulações motivacionais), as estratégias que lhe podem dar origem (nutrindo ou não certas necessidades psicológicas básicas) e as consequências que destas diferentes qualidades podem advir<sup>15</sup>. A forma de regulação da motivação pode então ser vista num contínuo, desde a ausência de motivação (não há acção) passando por vários tipos de regulações extrínsecas, variando das mais controladas às mais autónomas. Perspectiva-se assim ser possível alterar comportamentos com base em processos de controlo/pressão, tenham estes uma origem *externa* (obediência, recompensas) ou interna, com base na *introjecção* (a acção é efectuada sobretudo para evitar sentimentos de culpa ou desconforto). Contudo, estas formas de regulação motivacional terão *menor* probabilidade de serem mantidas e de resultarem em alterações significativas no estilo de vida do que cursos de acção que revelem uma valorização dessa acção mais consciente por parte do indivíduo (por *identificação* de valores relevantes) ou que façam parte da forma como o indivíduo se reconhece a si próprio (*integração* do comportamento na própria identidade percebida). Por último, e como expoente máximo da regulação autónoma, é possível promover um determinado grupo de comportamentos (actividade física incluída!) de forma não contingencial nem instrumental (i.e. independentemente das suas consequências), pelo prazer e desafio do comportamento em si. Neste caso, a actividade tem valor *intrínseco*, associado à experiência e ao fruir da própria actividade (p.ex. nadar, dançar, etc.).

Segundo a TAD, um aspecto essencial no processo de modificação comportamental é a possibilidade de transformar motivação controlada e externa em motivação autónoma: *processo de integração*. Este processo depende da satisfação de três necessidades psicológicas básicas, consideradas universais: a *autonomia* (enquanto percepção individual de escolha e voluntariedade face aos comportamentos adoptados), a *competência* (enquanto sentimento de capacidade face a acção) e o *relacionamento interpessoal positivo* (sentimento de se ser respeitado num clima emocional positivo)<sup>7-9</sup>. Na medida em que o contexto clínico e as estratégias de intervenção utilizadas conseguirem 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<sup>9</sup>. A

**Tabela 1** Qualidades da motivação: exemplos, estratégias, antecedentes e consequências a considerar

<i>Qualidades da motivação</i>						
Tipo de regulação motivacional	Amotivação	Externa	Introjectada	Identificada	Integrada	Intrínseca
Qualidade do comportamento	Não regulado (acaso)	Controlado por pressões externas	Controlado por pressões internas	Autónomo, guiado por valores internos	Autónomo,	
Consistente com a identidade percebida	Autónomo, não instrumental					
Descrição dos processos regulatórios	Completa falta de motivação. Não se vê qualquer razão ou competência para aquela actividade	As razões para agir têm a ver com o evitar de ameaças ou alcançar recompensas (ditadas externamente)	As razões para agir têm a ver com evitar o sentimento de culpa e o desconforto interno	Os objectivos e os resultados da acção são reflectidos e pessoalmente valorizados	O comportamento é visto como um reflexo e afirmação da própria identidade	Ação realizada pelo prazer e desafio que proporciona por si própria (não para alcançar resultados)
Exemplos	«Não vejo interesse nenhum nisso de ir andar; é inútil e além disso cansado já eu ando...»	«Só vou andar porque o meu médico me assustou com a ideia de poder vir a acabar numa mesa de operações»	«Inscrevi-me num ginásio porque me sinto mal comigo e tenho de perder peso para aumentar a auto-estima e sentir-me apreciado/a»	«Faço as minhas caminhadas regularmente porque me fazem sentir bem, ágil, e ajudam-me a dormir e a respirar melhor; isso é importante para mim»	«Eu costumo caminhar porque sou uma pessoa fisicamente activa; não me vejo a usar o elevador ou a passar muito tempo sentado»	«Adoro dançar, não só me divirto muito como posso explorar as minhas capacidades e limites aprendendo novos passos e ritmos»
<i>Antecedentes</i>						
Estratégias que conduzem a esta motivação	Prescrições sem enquadramento e justificação; objectivos irrealistas ou demasiado difíceis	Ameaça, proibição, foco em incentivos externos, controlo e recompensas (explícitas ou implícitas)	Eliciação de sentimentos de culpa, vergonha, e insatisfação pessoal	Promoção da identificação de valores pessoalmente relevantes que aquela actividade pode promover	Foco na percepção de Identidade e na sua reflexão através do comportamento	Foco na experiência, no prazer e sensações inerentes à própria actividade
Exemplos comunicacionais	«Faça como eu digo...»	«Da próxima vez que vier à consulta vou rever esses registos... vamos lá ver se não temos que tomar outras medidas»	«Já viu ao que se deixou chegar... assim não admira que se sinta mal consigo»	«O que valoriza realmente? De que forma esta actividade o pode ajudar a atingir isso?»	«Disse-me que se vê como alguém saudável, o que significa isso para si? De que forma caminhar pode parte disso?»	«Pelo que percebo gosta bastante de correr, o que sente quando corre?»
Percepção de autonomia?	Não. Total ausência de volição face ao comportamento	Não. A razão para se fazer algo está no exterior	Baixa. A pessoa sente-se internamente obrigada e pressionada	Média. A pessoa escolhe o comportamento porque valoriza as suas consequências	Elevada. A pessoa escolhe o comportamento porque este a define	Total. O comportamento vale por si. A pessoa vai escolhê-lo sempre

Continua na próxima página

**Tabela 1** Qualidades da motivação: exemplos, estratégias, antecedentes e consequências a considerar (continuação)**Antecedentes**

Percepção de competência?	Frequentemente ausente.	Suficiente	Suficiente	Frequentemente elevada	Elevada	Muito elevada
Percepção de interesse e aceitação interpessoais?	Não. Sentimento de alienação e até de rejeição	Não. Sentimento de rejeição e de pressão para estar ali	Média. Procura-se agradar ao outro mas sem realmente se sentir ligação	Elevada. Sente-se interesse por parte do outro	Elevada. Sente-se interesse e inclusão	Elevada. Há capacidade de comunhão

**Consequências**

Consequências emocionais e comportamentais	Indiferença. Baixo envolvimento com a actividade. Nem se chega a iniciar	Relativa indiferença. Pode ser útil no curto-prazo mas não no longo. Elevada desistência na ausência da pressão externa	Sentimentos negativos, baixa auto-estima. Ainda que possa ser útil para a adesão ao comportamento, é prejudicial ao bem-estar e equilíbrio psicológico	Sentimentos positivos e satisfação. Associada a adesão no curto e no longo prazo.	Sentimentos positivos, auto-estima e congruência pessoal. Associada a adesão no curto e no longo prazo	Sentimentos positivos, vitalidade e fruição. Associada a adesão no curto e no longo prazo.
--	--	---	--	---	--	--

Adaptado: Rodgers W, Loitz C<sup>15</sup>.

probabilidade de manutenção daquele comportamento será tanto maior quanto ele tiver sido integrado num sentido coerente de *self*, ou seja, estando em consonância com valores e significados mais estáveis e mais bem enraizados na personalidade. Isto terá consequências não só ao nível do bem-estar como na própria energização do comportamento, factor essencial para a sua implementação. Por sua vez, o bem-estar e experiências comportamentais positivas podem vir a retroalimentar a motivação através de mecanismos de determinismo recíproco<sup>10</sup>. Adicionalmente, de acordo com a TAD, o ser humano tem uma propensão intrínseca para se desafiar, para desenvolver novas aptidões, para procurar a sintonia e prazer<sup>7,8</sup>, podendo o exercício físico oferecer uma boa resposta a essas tendências universais. Várias revisões sistemáticas efectuadas em vários campos da saúde e do exercício têm sublinhado que os mecanismos motivacionais ligados a regulações mais autónomas estão associados com uma integração mais estável dos comportamentos-alvo nas rotinas e estilos de vida<sup>16,17</sup>. Este elevado nível de evidência científica oferece um bom grau de confiança quanto à sua importância e facilidade de aplicação no campo da promoção da saúde.

### Estará o utente bem motivado?

#### Indicadores da qualidade motivacional

Muitas podem ser as qualidades da motivação para a prática de actividade física, e muitas as influências diárias que a podem afectar. E aqui pode estar um bom objectivo para uma consulta: ajudar o utente a conhecer e a saber

«cuidar» (tornar-se num perito) da sua motivação, motor essencial da regulação do seu comportamento e da sua saúde. Para este efeito, sensações de obrigação, pressão interna, desconforto e culpa não parecem ser os melhores indicadores. Pelo contrário, a valorização pessoal do caminho escolhido (se agimos realmente de forma livre de pressões e de ansiedade) e até a diversão, o desafio, e as muitas possibilidades de descoberta pessoal que esse caminho comporta são bons sinais para a integração duradoura do comportamento<sup>10</sup>. Linhas de investigação científica actual têm exactamente demonstrado que na gestão da diabetes<sup>12-14</sup> e do peso<sup>11</sup> entre outras condições<sup>9</sup>, com a motivação adequada e a aquisição de algumas competências, não é preciso um esforço desmedido.

Como ajudar então os utentes a avaliar e melhor cuidar da qualidade da sua motivação face a um dado comportamento-alvo? Três simples indicadores, reflectindo-se em três questões que o clínico pode ajudar o utente a colocar, são aconselhados. Por exemplo, «*Está a pensar começar a fazer mais actividade física, caminhando 3 vezes por semana...*».

#### «Por quem, para quem?»

Esta questão ajudará o utente a reflectir sobre as possíveis pressões sociais para o comportamento («*Faço-o realmente por mim... ou para outros?*»), permitindo-lhe perceber se realmente é ele quem escolhe o comportamento. Trata-se de clarificar quem decide quando/onde/com quem, mesmo que o faça deliberadamente para servir terceiros, ou se o comportamento é encetado para obedecer, agradar, atrair,

compensar, ser aceite, mesmo que para se sentir melhor consigo ou para «ganhar auto-estima».

### «Porquê? Quais os objectivos que estão realmente na base da decisão?»

Esta questão ajudará o utente a reflectir sobre as suas reais expectativas face ao comportamento («Do que estou à espera com estas mudanças?», «Que objectivo(s) está «escondido» por detrás das minhas escolhas...?», «O que procuro?»). A investigação<sup>18</sup> tem demonstrado que objectivos de índole mais externa (p.ex. ligados à imagem e ao reconhecimento social) estão ligados a regulações motivacionais mais controladas, com as consequências negativas inerentes (ver Tabela 1).

### «Como me sinto? Que emoções e pensamentos a actividade me suscita?»

Esta questão ajudará o utente a reflectir sobre os pensamentos e emoções que experimenta face ao comportamento («Sinto-me livre ou pressionado para agir?» «... com energia ou «sempre cansado?», «... desafiado, estimulado ou a cumprir tarefas?» «A aproximar-me ou a afastar-me de mim próprio...?»).

## Intervenção motivacional: um guia para a «boa» motivação

Com base nos pressupostos fundamentais da TAD, têm sido identificadas as condições específicas a potenciar quando o que está em causa é a manutenção de comportamentos, actividade física incluída<sup>15,19</sup>. Em termos práticos, muitas destas estratégias têm como técnica de suporte a *entrevista motivacional* (EM)<sup>20,21</sup>. Esta técnica de intervenção tem impacto ao nível da motivação pela acção ao nível de variáveis-chave identificadas pelo modelo TAD<sup>22</sup>. De facto, a EM promove um ambiente que sustenta a auto-determinação do utente, apoiando o desenvolvimento de objectivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde (muitas vezes generalistas) a si, à sua vida, aos seus condicionalismos.

Procurando o desenvolvimento de contextos clínicos que possam promover motivações de boa qualidade, o profissional de saúde tem ao seu dispor um variado conjunto de estratégias simples que passam pelo *suporte à autonomia*; pela promoção de *estrutura* que possa guiar o desenvolvimento de competências; e pelo estabelecer de um *clima de envolvimento interpessoal positivo*. De seguida descrevem-se vários exemplos de práticas a promover dentro de cada uma destas linhas.

### Suporte à autonomia

No sentido de promover o sentimento de volição e uma escolha reflectida face ao comportamento, o suporte à autonomia deve assentar em dois vectores fundamentais: a) a *possibilidade da escolha*, dentro de um leque de opções viáveis proposto pelo clínico; b) a *apresentação* (e discussão) de um *racional sólido* que sustente a escolha

com base em razões pessoalmente relevantes. Este último aspecto é especialmente importante dada a frequente diferença de conhecimento teórico entre o técnico e o utente, e mesmo porque há situações em que a escolha pode não ser possível ou estar muito limitada.

### 1. Promoção da escolha e volição face ao comportamento a adoptar.

- Encorajar a escolha, a iniciativa e a responsabilidade do utente face ao problema e ao tratamento. Ao invés de prescrições (p.ex. «Deve caminhar 30 minutos por dia»), apresentar leque de opções possíveis (p.ex. «Já ponderou caminhar?» «Pode fazê-lo ao ar livre, sozinho ou acompanhado ou até num ginásio, qual das opções lhe parece melhor?») sublinhando-se sempre a importância da escolha e adequação individual (p.ex. «Tanto ao ar livre como no ginásio, na passeira, pode sempre escolher a velocidade a que quer caminhar, e até aumentar gradualmente»). O facto de a decisão ter partido da pessoa e ela sentir que controla o comportamento potencia o envolvimento e adesão actual e futura. As escolhas apresentadas devem reflectir opções acessíveis, desafiadoras, com potencial de interesse para aquela pessoa e passíveis de serem integradas (i.e. não adianta falar de uma modalidade que não existe na área da pessoa ou para a qual a pessoa não sente apetência ou tem competências mínimas);
- Promover a «descoberta-guiada», encorajando o utente a procurar as suas próprias respostas e soluções (p.ex. «Com base no que falámos como pensa que pode deixar de ser tão sedentário?», «O que sente que pode fazer?») e apoiar estas decisões («De que forma o posso ajudar?», «Se tiver dúvidas ou dificuldades poderemos conversar sobre elas e procurar alternativas»);
- Sublinhar a importância de experimentar, permitindo a escolha baseada na realidade (p.ex. *vouchers* para ginásios com dias de experimentação grátis, promoção de caminhadas ou de aulas ao ar livre etc.). De facto, um dos desafios com mais potencial é precisamente o de conduzir as pessoas à experimentação («Já fiz, já sei se gostou ou não, como me senti, o que diz de mim...»). As propostas de experimentação devem ser pensadas para explorar motivações internas e capacidades do utente, privilegiando sempre o potencial para experiências positivas e enfatizando ao máximo a vivência do processo (sensações, aprendizagens, partilha, respostas fisiológicas, etc.) e menos a avaliação dos resultados.

2. *Sustentação da escolha e racional para a acção*. Nem todas as escolhas são promotoras de sentimentos de autonomia. Pelo contrário, ter de escolher, na ausência de interesse e sem sentir competência para fazer a escolha pode gerar angústia e desinteresse («Doutor, não sei... diga-me antes o que fazer...»). Deve-se então procurar trabalhar que cada escolha seja tomada de maneira informada e consentânea com objectivos e valores pessoalmente relevantes. Para tal é importante:

- Enquadrar cada opção em termos das suas *vantagens e limitações face aos objectivos* (p.ex. «Caminhar 30 minutos por dia tem importantes benefícios para a saúde em

geral, no entanto, no seu caso, o controlo glicémico pode implicar a necessidade de...»). Isto aumenta na pessoa a percepção de competência para tomar uma decisão e para escolher uma (ou mais) das actividades propostas. Quando não há possibilidade de dar escolha, esta prática reveste-se de particular relevância. É fundamental assegurar que a pessoa percebe bem a importância e justificação para aquela acção;

- Procurar aumentar o *significado pessoal* daquela escolha. Mesmo quando a acção é aconselhada por outrem, a pessoa pode sempre ser ajudada a encontrar razões pessoais para a mesma, construindo um significado pessoal (mais intrínseco) para a mudança. Isto pode promover-se eliciando valores e objectivos relevantes, ajudando a pessoa a reflectir sobre o seu sistema de valorizações pessoais («*Na sua vida o que é realmente importante para si?*»), ligando-os depois ao comportamento a adoptar («*De que forma este novo comportamento me pode ajudar a atingir os meus objectivos?*»), «*Caminhar três vezes por semana pode ajudar-me a dormir melhor e a ter mais paciência para os meus filhos e, além disso também estou a ser um bom exemplo para eles*»). Assume-se que esta consciência seja promotora de motivação internamente gerada. Quando um comportamento é visto como em conflito com coisas que são pessoalmente valorizadas (seja o sucesso, a família, a felicidade, a funcionalidade etc.) é mais fácil encontrar energia interna para o alterar.
- Evitar recompensas ou elogios demasiado centradas no produto final, evitando assim respostas condicionadas. Mais do que os resultados, enfatizar o próprio processo de mudança e as possibilidades que comporta, como por exemplo novas experiências, novas competências («*Conheci tanta gente interessante desde que vou ao ginásio*», «*Comecei por andar e agora até já consigo correr, nunca pensei ser capaz!*»), explorando fontes de prazer e expressão pessoal («*Descobri que gostava de fazer aulas de grupo e dançar, consigo ser criativo e descontraído...Eu que me tinha por tão sério!*»)

### Promoção de estrutura

É fundamental assegurar um contexto que forneça a segurança e estrutura adequada para o desenvolvimento das competências necessárias para aquele curso de acção. Autonomia não quer dizer «*Faça sozinho*» mas «*faça porque realmente quer fazê-lo*». Muitas vezes uma procura de maior controlo externo («*Preciso que andem em cima de mim*») esconde uma insegurança de base e, por não nos sentirmos suficientemente competentes ou informados, delegamos noutros as decisões que só a nós deviam caber. Um contexto seguro e estruturante, que facilite o desenvolvimento de competências fundamentais, implica:

- Assegurar que a pessoa conhece as opções que tem ao seu dispor e tem bases para decidir. Estas devem ser adequadas à realidade daquele utente (p.ex. não adianta falar das virtudes da natação e hidroginástica se a pessoa tem medo de água). Um primeiro nível, insuficiente por si mas fundamental para tudo o resto, é o trabalho sobre conhecimento e informação. Esta deve ser clara, simples mas fidedigna, desmontando dogmas e crenças distorcidas, tais como «*Suar é que é bom para perder peso*», «*Se não*

*doer não se está a fazer nada*», ou «*Tem que se fazer actividade física muito tempo seguido*».

- Identificar e treinar *competências* específicas e necessárias ao curso de acção, tais como escolher calçado e roupa apropriada para a actividade física; como gerir a glicemia durante ou após o exercício, ou como deve ser a alimentação antes, durante e após o exercício. Treinar competências ligadas à identificação e gestão de possíveis barreiras (p.ex. gestão do tempo) é também aconselhável;
- Promover a definição de *objectivos desafiantes mas adaptados às competências* individuais, procurando um nível óptimo de desafio: nem muito acima, nem muito abaixo das capacidades e interesses do utente;
- Incentivar a *auto-monitorização* como estratégia de auto-conhecimento dos padrões comportamentais. A auto-monitorização pode assumir várias formas, desde o simples registo dos minutos de actividade realizada, ao registo do onde, com quem, e que pensamentos e sentimentos antecedentes e consequentes se manifestaram. Esta complexidade crescente aposta no aumento do conhecimento não só em relação ao que se passa mas também ao contexto (interno e externo) em que ocorre.

### Envolvimento e clima positivo

Todas as linhas de prática anteriormente identificadas devem ser implementadas num clima empático, positivo, focado não só nos resultados mas no bem-estar de cada participante. O interesse do técnico pela pessoa *em si mesma*, independentemente dos resultados e da evolução do seu processo e da sua saúde, deve ficar explícito em todos os momentos. Neste sentido, alguns cuidados podem ser considerados:

- Definir como indicadores de sucesso da intervenção não só a implementação do comportamento-alvo, mas também questões ligadas ao bem-estar, qualidade de vida e qualidade da motivação e do comportamento. Não só estes indicadores têm sido defendidos como alvos em si mesmo, como são imperativos éticos na medicina e na saúde<sup>23</sup>. Para além disso, muitos estudos os apontam como objectivos do processo de mudança e, reciprocamente, como facilitadores da própria mudança comportamental.
- Estabelecer um sistema de auto-monitorização das principais estratégias de intervenção motivacional utilizadas. Mesmo procurando manter a neutralidade e evitando pressionar, controlar ou emitir juízos de valor, o profissional de saúde pode criar pressões externas/ internas, ansiedade, e até discriminação, sem que disso tenha consciência. Impõe-se uma reflexão aprofundada a este nível.

### Cuidados na eficaz implementação destas estratégias

#### O generalismo de se falar na «saúde»

Há frases, expressões e objectivos que, de tão repetidos, acabam por perder o sentido. Dizer que é importante fazer algo «*pela nossa saúde*», mais do que um lugar-comum, pode mesmo configurar uma abstracção com pouco potencial para motivar alterações de comportamentos. De facto, não

existe «uma» saúde. Questões ligadas ao contexto pessoal, social e cultural, bem como às aspirações, objectivos e valores individuais podem trazer significados diferentes ao que se entende por «ter saúde» ou «estar bem». Na área do exercício físico, por exemplo, a investigação sugere que metas relacionadas com o bem-estar no dia-a-dia —como ter mais energia, vitalidade, flexibilidade ou capacidade para gerir melhor o *stress*— estão associados a mais minutos por semana de actividade física do que quando o mesmo objectivo é colocado em termos genéricos como «ter saúde», ou «envelhecer com menos factores de risco»<sup>24</sup>. Parece então fundamental que cada um possa reflectir no que significa e como se manifesta a saúde para si próprio —no seu dia-a-dia e também nas suas aspirações e metas— residindo aí uma das chaves para olhar para o exercício com outros olhos, quem sabe passando a dar-lhe prioridade sobre outros pontos da agenda quotidiana. Objectivos colocados de forma abstracta não parecem ter força suficiente para se sobrepor aos pequenos (mas inúmeros) compromissos e tarefas mundanas, levando ao adiar constante da prática de actividades físicas salutogénicas (quase à segunda, quase à terça...). Há então que pensar no que se gosta e valoriza. *O que é a saúde para cada um de nós?* Esta é uma boa pergunta para colocar aos utentes... Ser um pai mais disponível, um colega de trabalho menos rabugento, um patrão mais criativo e flexível, ser mais energético, ter menos dores, dormir melhor, estar mais bem-disposto e tolerante? A actividade física regular pode ajudar a atingir estas metas.

#### **Resistência à mudança e falta de prontidão: um sinal para mudar de estratégia?**

As questões atrás levantadas remetem para a valorização que se faz ou não do comportamento a implementar. Para o clínico, a importância de determinadas actividades promotoras de saúde (actividade física à cabeça da lista) pode até revestir-se da maior importância e urgência. No entanto, tal não é sinónimo de que para o utente também seja assim. A este propósito, há desde logo vários sinais a que o clínico pode estar atento, muitos deles conhecidos e atribuídos erradamente a outras questões que não ao facto de a pessoa estar resistente aquela mudança e num estado de prontidão diferente do assumido pelo profissional de saúde. São exemplos: a argumentação/ contestação («*Sim mas...não dá porque...*»); a agressão/dúvida («*Nunca tinha ouvido tal opinião... até li o contrário...*»); a interrupção («*Já percebi a ideia... podemos passar à frente*»); a negação («*Não, eu não faço isso*»); a culpabilização («*Se a minha família ajudasse mais...*»); a minimização («*Não é nada de especial*»); e até a distração («*Desculpe, estava a dizer que...?*»). Como resposta a estes sinais, confrontar o utente com a realidade ou argumentar demasiado («*Como pode pensar que não tem um problema!*», «*Já viu que diz uma coisa mas faz outra...*») pode ter efeitos paradoxais de contra-argumentação e aumento da resistência, gerando interacções disfuncionais de culpa mútua.

De acordo com a filosofia e estratégias de intervenção motivacional trabalhadas neste artigo, ajudar o utente a ultrapassar a resistência face à mudança pode passar, paradoxalmente, por ajudá-lo a verbalizar a mesma, explorando a ambivalência que mudar pode causar (prós e contras) e valorizando ambos os lados do balanço decisional.

Para tal, não é útil forçar a resolução da ambivalência, argumentando ou advogando as vantagens de mudar. Pelo contrário, é vantajoso procurar construir as bases para um discurso interno de mudança, explorando valores e fundamentos pessoalmente relevantes para aquela acção, numa atmosfera de aceitação e de confiança nos recursos e qualidades que a pessoa invariavelmente já possui. Para tal, há dois *indicadores de prontidão* a avaliar e a trabalhar: a importância atribuída ao curso de acção e a confiança que o utente sente nos seus recursos para mudar. Estratégias de avaliação e exploração destes indicadores, bem como pontes para o estabelecimento de planos de acção podem ser encontrados na tabela 2. Este encerra um instrumento simples que visa o diagnóstico com base numa escala de 0 a 10 em que se convida o utente a posicionar-se, facilitando o auto- e o hetero-conhecimento, abrindo assim vários caminhos possíveis para a intervenção e para o trabalho motivacional («*O que querem dizer estes valores? Porque não outros?*»).

Deverá ser apenas quando as questões relativas à importância e confiança estão asseguradas que se deve avançar com o delinear conjunto de planos concretos de acção. Muitos dos erros das intervenções actuais estão relacionadas com o assumir de um estado de prontidão para a mudança maior do que aquele que o utente tem e trabalhar demasiado cedo a implementação dos objectivos. A efectividade da intervenção passa por utilizar as técnicas terapêuticas adequadas no momento certo (neste caso, adequadas ao nível de prontidão). Em última análise, há que enfatizar sempre a possibilidade de escolha pessoal e percepção de autonomia e auto-responsabilidade sobre a decisão: «*A decisão é sua. Analisámos várias possibilidades e, escolha a que escolher, podemos trabalhar em conjunto várias formas de a implementar*».

## **Conclusões**

Partindo-se do inexorável papel do comportamento na saúde (neste caso, o papel da actividade física) e portanto da incontornável necessidade de perceber e trabalhar de onde vem a sua auto-regulação e energização, neste artigo afirmou-se a existência de várias estratégias de intervenção motivacional cientificamente validadas. Foi especialmente sublinhada a necessidade de conhecer o seu racional enquadrador e de dominar princípios e procedimentos necessários à sua efectiva aplicação. Tal comporta a necessidade de uma mudança de paradigma na comunicação e intervenção em saúde, exigindo-se ao técnico uma posição de parceria epistemológica, aceitando o utente como o agente da mudança e mudando o foco das estratégias motivacionais no sentido de desenvolver capacidades e competências de auto-regulação no utente. Estas oferecem a melhor garantia de integração da mudança no longo prazo e, porque estão associadas a experiências mais positivas e maiores níveis de bem-estar, eticamente são também as mais defensáveis<sup>23</sup>.

Regressando à questão do título deste texto, para uma missão menos «impossível» é necessária uma maior compreensão sobre o que pode estar na base de uma «motivação crónica», sabendo-se que a investigação tem demonstrado que apenas motivações de ordem

**Tabela 2** Indicadores de prontidão a explorar e trabalhar

Indicadores de Prontidão	Como perguntar/avaliar?	Como explorar a resposta?	Como aumentar a prontidão e promover a estruturação de planos de acção?
<i>Importância:</i> Passar a fazer actividade física é algo valorizado pelo utente?	«De 0 a 10, sendo 0 nada e 10 muitíssimo, quão importante é para si passar a fazer exercício (dar exemplos específicos da actividade a adoptar)?»	<i>Estratégia:</i> Identificar expectativas positivas, valorização do comportamento e/ou auto-eficácia	<i>Estratégia:</i> Promover soluções auto-geradas  «O que acha que seria necessário para que o 3 passasse a ser um 6 ou um 7?»
<i>Confiança:</i> O utente sente confiança na sua capacidade para realizar actividade física?	«De 0 a 10, sendo 0 nada e 10 muitíssimo, quão confiante se sente de que conseguirá fazer exercício (dar exemplos específicos da actividade a adoptar)?»	«Poderia ter sido mais baixo ...disse que o seu nível de confiança/importância se situa num 7. Porquê um 7 e não um 5 ou 4?»  <i>Estratégia:</i> Identificar barreiras, desvalorização e/ou falta de confiança  «Poderia ter sido mais alto... disse que o seu nível de confiança/importância se situa num 3. Porquê um 3 e não um 6 ou 7?»	<i>Estratégia:</i> Construir menus de soluções  Passar um 3 para um 6 pode implicar vários caminhos. Quais identificaria?  <i>Estratégia:</i> Encorajar a escolha e oferecer suporte  «Qual dos caminhos que indicou gostaria de tentar primeiro? Em que sente que posso ajudar? O que gostaria e saber?»

mais autónoma têm capacidade preditiva sobre a integração do comportamento a longo prazo. Isto implica necessariamente uma maior reflexão sobre as estratégias e o tipo de linguagem utilizada (p.ex. abandonando o «ter de», «dever», «controlar-se») e o que estas podem significar em termos do tipo de motivação que promovem. Sublinha-se aqui também a importância de uma visão mais abrangente da auto-regulação comportamental, não apenas como «auto-controlo» ou «força de vontade», mas incluindo explicitamente uma abordagem qualitativa da motivação e a compreensão das razões para a mudança e possibilidade da sua integração, quer a nível prático, no dia-a-dia e nas rotinas do indivíduo, quer no seu sistema de objectivos e valores. Para concluir, e parafraseando os fundadores da EM, defende-se convictamente que nenhuma pessoa está completamente desmotivada. «Todos temos metas e aspirações» (Rollnick et al, p. 6)<sup>21</sup>.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Bibliografia

- Jonas S, Phillips EM. ACSM's Exercise is Medicine: A Clinician's Guide to Exercise Prescription. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 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*. 2003;107:1210-25.
- 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*. 2007;116:1081-93.
- 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*. 2010;122:406-41.
- Fjeldsoe B, Neuhaus M, Winkler E, et al. Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychol*. 2011;30:99-109.
- Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN et al. Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers*. 2006;74:1773-801.
- Deci EL, Ryan RM. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inquiry*. 2000;11:227-68.
- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55:68-78.
- Ryan R, Patrick H, Deci E, et al. Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *Eur Health Psychol*. 2008;20:2-5.
- Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, et al. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nut Phys Act*. 2012;9:22.
- Silva MN, Markland D, Carraca EV, et al. Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43:728-37.
- Williams G, Patrick H, Niemiec C, et al. Reducing the health risks of diabetes. How self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *The Diabetes Educator*. 2009;35:484-92.

13. Williams G, McGregor H, King D, et al. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Pat Educ Couns*. 2005;57:39-45.
14. Williams G, McGregor H, Zeldman A, et al. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychol*. 2004;23:58-66.
15. Rodgers W, Loitz C. The role of motivation in behavior change. How do we encourage our clients to be active? *ACSM's Health and Fitness Journal*. 2008;13:7-12.
16. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland DM, et al. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nut Phys Act*. 2012;9:78.
17. Ng J, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, et al. Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspect Psychol Sci*. 2012;7:325-40.
18. Ingledeu D, Markland, D. Three levels of exercise Motivation. *Appl Psychol*. 2009;1:336-55.
19. Su H, Reeve J. A meta-analysis of the effectiveness of intervention programs designed to support autonomy. *Ed Psychol Rev*. 2011;23:159-88.
20. Miller W, Rollnick. *Motivational interviewing. Helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2012.
21. Rollnick S, Miller W, Butler C. *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press; 2008.
22. Markland D, Ryan R, Tobin V. Motivational interviewing and self-determination theory. *J Social and Clinical Psychology*. 2005;24:811-31.
23. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-6.
24. Segar M, Richardson E. Rebranding exercise: closing the gap between values and behavior. *Int J Behav Nut Phys Act*. 2011;8:94.