

Psicologia da Saúde Aplicada

Traduzindo a investigação para a prática

Editores: Dominika Kwasnicka, Gill ten Hoor, Keegan Knittle, Sebastian Potthoff, Ainslea Cross, Jenny Olson



Conteúdo

| | |
|--|----|
| PREFÁCIO | 4 |
| A UTILIDADE DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL | 6 |
| COMO MANTER OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE A LONGO PRAZO? | 10 |
| COMO AJUDAR MULHERES GRÁVIDAS A DEIXAR DE FUMAR: BOAS PRÁTICAS DO REINO UNIDO | 13 |
| MELHORAR A PRESTAÇÃO DO ACONSELHAMENTO BREVE SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PONTOS DE VISTA DE AMBOS OS LADOS DA MESA DE CONSULTAS | 16 |
| FICAR BEM ENQUANTO ESTAMOS EM CASA | 19 |
| DEIXE DE SER UMA AVESTRUZ! OS BENEFÍCIOS DE AJUDAR OS OUTROS A MONITORIZAREM O SEU PROGRESSO | 21 |
| A PERSPECTIVA DA CIÊNCIA COMPORTAMENTAL PARA A/NA PANDEMIA DO COVID-19 | 23 |
| THE IMPORTANCE OF ASSESSING CLIENTS' COPING STRATEGIES | 26 |
| OS SEUS CLIENTES ESTÃO COM UMA ATITUDE DEFENSIVA? ENTÃO, A AUTO-AFIRMAÇÃO PODERÁ AJUDAR. | 28 |
| TORNAR-SE NA MELHOR VERSÃO DE SI PRÓPRIO COMO RAZÃO PARA MUDAR DE ESTILO | 31 |
| ESTUDOS N=1: O QUE PODEMOS APRENDER COM ESTUDOS DE CASOS ÚNICOS? | 33 |
| ATIVIDADE FÍSICA NOS MAIS VELHOS: QUANTO É SUFICIENTE? | 37 |
| FALANDO SOBRE O PESO NUMA CONSULTA | 39 |
| AUTO-EFICÁCIA: ACREDITAR QUE "CONSEGUE" PODE MUDAR ESTILOS DE VIDA | 41 |
| CONTANDO HISTÓRIAS SOBRE CUIDAR DOS OUTROS | 44 |
| MOTIVAÇÃO PARA A ATIVIDADE FÍSICA: OS PRIMEIROS PASSOS | 46 |

Conteúdo

| | |
|--|----|
| INTERVENÇÕES DE PSICOLOGIA POSITIVA NO TRABALHO | 48 |
| CONVERSANDO COM O/A UTENTE: O QUE O/A MÉDICO/A DIZ, MAS QUE O/A UTENTE NÃO ENTENDE | 51 |
| O QUE ACONTECE AOS MEDICAMENTOS QUANDO OS LEVAMOS PARA NOSSA CASA? | 53 |
| COMO FORMULAR OBJETIVOS QUE FUNCIONAM? | 56 |
| AUTO-REGULAÇÃO: DA TEORIA À PRÁTICA. COMO APOIAR OS OBJETIVOS DE MUDANÇA DOS UTENTES | 58 |
| DEIXE A SUA CADEIRA E MEXA-SE MAIS: NÃO NOS SENTEMOS PARA FALAR SOBRE ISTO | 61 |
| FORÇA DE VONTADE VERSUS TENTAÇÕES POUCO SAUDÁVEIS – SPOILER ALERT – A FORÇA DE VONTADE NORMALMENTE PERDE... | 63 |
| PLANEAR INTERVENÇÕES PARA A MUDANÇA COMPORTAMENTAL BASEADAS NA TEORIA E NA EVIDÊNCIA: MAPEAMENTO DA INTERVENÇÃO | 65 |
| SUORTE SOCIAL E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS: COMO PASSAR DAS BOAS INTENÇÕES A UM APOIO EFICAZ | 68 |
| INTERVENÇÕES MUITO BREVES PARA A MUDANÇA COMPORTAMENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE | 70 |
| POTENCIANDO A SUA IMAGINAÇÃO: COMO USAR O PODER DA IMAGÉTICA PARA PROMOVER COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS | 72 |
| O PODER DO PLANEAMENTO | 75 |
| O MEDO É UM MAU CONSELHEIRO | 77 |
| E-HEALTH: TENDÊNCIAS E ESPERANÇAS | 79 |
| SERÁ QUE O DINHEIRO MUDA MESMO TUDO? A UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS E DESINCENTIVOS MONETÁRIOS NA PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS | 81 |
| “GANHAR O HÁBITO”: APLICAR A CIÊNCIA DA FORMAÇÃO DE HÁBITOS AO MUNDO REAL | 83 |

Prefácio

Olá e bem-vindo/a ao e-Book Psicologia da Saúde Aplicada.



Os resultados da investigação e dos estudos realizados nas áreas da psicologia da saúde e ciências comportamentais podem oferecer vários insights e recomendações pertinentes aos profissionais que atuam nos setores da prevenção e da saúde, contribuindo assim para melhorar a sua prática clínica no contexto real. Contudo, os artigos científicos que geram estes insights são frequentemente longos, técnicos e de difícil compreensão, o que impede muitas vezes a disseminação e implementação das suas principais conclusões. Além disso, os artigos são geralmente publicados apenas na língua inglesa e podem não estar disponíveis para o público em geral devido a custos de acesso ou a restrições geográficas. O Blog "Psicologia da Saúde Aplicada" procurou superar estes desafios, fornecendo artigos baseados na evidência, gratuitos e de fácil leitura em várias línguas, com o objetivo de informar a prática dos profissionais.

Desde 2016, o Blog Psicologia da Saúde Aplicada (www.practicalhealthpsychology.com) tem publicado muitos artigos curtos e resumos da evidência científica mais atual. Nestes artigos, investigadores de renome na área da psicologia da saúde e das ciências comportamentais descrevem o estado da arte das suas áreas de especialização e fornecem breves recomendações práticas sobre como aplicar essas descobertas na prática do dia-a-dia. Estes artigos abrangem uma ampla variedade de tópicos e são provenientes de investigadores de destaque, de várias nacionalidades, níveis de experiência e formações de base. Gostaríamos de agradecer a todos os colaboradores que têm contribuído para o blog ao longo dos anos, por ajudarem a tornar as suas descobertas e avanços mais facilmente acessíveis a profissionais de saúde, implementadores de intervenções e académicos de todo o mundo.

Atualmente, o Blog Psicologia da Saúde Aplicada está traduzido em 28 línguas e é disseminado ativamente em

45 países. Este trabalho é realizado por uma equipa extraordinária de Editores Nacionais que traduzem os artigos do blog para as suas línguas locais e os disseminam para redes relevantes de profissionais e decisores políticos. Gostaríamos de agradecer a todos os Editores Nacionais, atuais e passados, pelo seu tempo, entusiasmo, conhecimento e serviço à comunidade. Obrigado por garantirem traduções precisas, adicionarem o ponto de vista específico do vosso país e disseminarem amplamente os artigos pelas vossas redes. Este blog não seria possível sem o vosso trabalho.

Este e-book, Psicologia da Saúde Aplicada: Volume 1, contém todos os artigos publicados pelo blog desde o seu início até ao final de 2020. Esperamos que ele torne o conteúdo do blog ainda mais acessível para os leitores e ajude a abrir outros canais de disseminação. Gostaríamos de agradecer à Sociedade Europeia de Psicologia da Saúde por cobrir os custos desta publicação e por tornar este e-book de acesso aberto, bem como pelo seu apoio contínuo, patrocínio e crença na missão do Blog Psicologia da Saúde Aplicada.

A disponibilização em português destes artigos, que contam com os contributos de investigadores colaboradores, é particularmente relevante para os profissionais de saúde no contexto português dado os grandes desafios que enfrentam na sua prática clínica, nomeadamente a baixa literacia de saúde da população e a necessidade de atualização constante dos seus conhecimentos. O Blog Psicologia da Saúde Aplicada contribui, assim, para a melhoria das intervenções de saúde e do bem-estar da população portuguesa. Os Editores Nacionais de Portugal agradecem à Sociedade Europeia de Psicologia da Saúde pelo seu apoio contínuo e pela sua dedicação em divulgar as melhores práticas fundamentadas em evidências científicas.

Finalmente, agradecemos aos nossos leitores.

Se ainda não o fizeram, podem inscrever online:

www.practicalhealthpsychology.com, adicionar-nos no Facebook e seguir-nos no Twitter.

Este livro não teria sido possível sem várias pessoas contribuindo para o Blog Psicologia da Saúde Aplicada. Com um agradecimento especial a:

Editores Nacionais:

- Austrália: Kyra Hamilton
- Bélgica: Olivier Luminet
- Bulgária: Anna Alexandrova-Karamanova
- Canadá: Nicola McCleary
- China: Yuhang Zhu and Yingqiu Wu
- Costa Rica: Benjamin Reyes Fernández
- Croácia: Ana Kraljevic
- Chéquia: Renata Hacklova
- Dinamarca: Elisabeth Ginnerup-Nielsen
- Inglaterra: Cathryn Pinto
- Finlândia: Marleena Vornanen
- França: Alexis Ruffault
- Alemanha/Áustria/Suíça: Theresa Pauly and Philipp Schwaninger
- Grécia/Chipre: Angelos Kassianos
- Hungria: Piroska Balog
- Indonésia: Astin Sokang
- Irlanda: Eimear Morrissey
- Israel (Hebreu): Noa Vilchinsky
- Itália: Veronica Velasco
- Lituânia: Antanas-Zigmantas Gostautas
- Letónia: Kristīne Mārtinsonē
- Luxemburgo: Nadine Berndt
- Malásia: Sangeeta Kaur and Anne Jamaludin and Darlina Fadil Azim
- México: Tania Bermudez
- Países Baixos: Anne van Dongen
- Noruega: Anastasia Olympiou
- Polónia: Alicja Baska and Ewa Gruszczyńska and Zuzanna Kwissa-Gajewska
- Portugal: Marta Marques, Jorge Encantado and Cristina Godhino
- Roménia: Catrinel Craciun
- Rússia: Evgeny Taratukhin
- Escócia: Craig Donnachie
- Eslováquia: Zuzana Dankulincová
- Coreia do Sul: JoonHo Park and Jiyoung Park
- Espanha: Alberto Aibar, Javier Sevil and Luis García-González
- Turquia: Çimen Ekici, Gülcan Garip and Selen Ozbek
- Ucrânia: Elena Lutsenko and Olga Gabelkova
- Estados Unidos da América: Alison Phillips

Apoio da EHPS EC

- Gjalt-Jorn Peters (EHPS Web Officer)
- Rik Crutzen (EHPS Communications Officer)

Ex-editores principais:

- Nelli Hankonen
- Theda Radtke

Ex-editores nacionais:

- Alemanha/Áustria/Suíça: Corina Berli and Janina Luescher
- Suécia: Olga Perski

Equipa Multimédia

- Urszula Ambroży



”

A utilidade da Psicologia da Saúde na sua prática profissional

Ψ



Karen Morgan, Universidade de Perdana, Colégio Real de Cirurgiões da Escola Médica da Irlanda, Kuala Lumpur, Malásia; e **Robbert Sanderman**, Universidade de Groningen e Universidade de Saúde e Tecnologia de Twente, Holanda.



A Psicologia da Saúde na prática

A Psicologia da Saúde é uma disciplina recente, dinâmica e de rápido crescimento na área da psicologia. Os psicólogos da saúde procuram aplicar as teorias psicológicas para:

- Promover a saúde e prevenir a doença,
- Entender como as pessoas gerem a sua circunstância de doença e como recuperam dela,
- Personalizar tratamentos e intervenções,
- Melhorar os sistemas de cuidados de saúde e políticas públicas

A Psicologia da Saúde pergunta: o que motiva os comportamentos saudáveis, e como podem estes comportamentos serem alterados? Investiga também como as nossas emoções e crenças influenciam estes comportamentos e as suas consequências. Portanto, os psicólogos da saúde trabalham em múltiplos contextos e com diferentes grupos de pessoas. Estes incluem pacientes, prestadores de cuidados e famílias, indivíduos na comunidade, profissionais, e ainda, sistemas e instituições promotoras de serviços de saúde. Como resultado desta ampla aplicabilidade, alguns conceitos fundamentais da área da Psicologia da Saúde são relevantes a qualquer profissional que trabalhe com

diretamente com pacientes ou que promova mudanças comportamentais.

Promover a saúde e prevenir a doença

Apesar do rápido crescimento das doenças crônicas a nível mundial, muitas destas doenças podiam ser prevenidas. A investigação epidemiológica demonstrou que a prevenção primária (e.g., reduzir os fatores de risco das doenças cardiovasculares) é mais eficaz que a prevenção secundária na redução de óbitos por doença cardiovascular. A Psicologia da Saúde tem um enorme contributo a dar no sentido de reduzir os fatores de risco nas populações ao identificar comportamentos específicos (e.g., fumar, alimentação pouco saudável, atividade física insuficiente, fazer rastreios médicos) e orientá-los para uma prática mais saudável.

A Psicologia da Saúde foca-se nos processos psicológicos (e.g., conhecimento, atitudes, crenças) e influências sociais que podem dificultar mudanças positivas e/ou levar à manutenção de padrões de comportamentos pouco saudáveis. Um conhecimento mais profundo destes processos ajuda a otimizar o apoio providenciado na mudança comportamental, quebrando hábitos menos saudáveis, como por exemplo, deixar de fumar ou aumentar o consumo de fruta. O desenvolvimento e o uso de aplicações de Saúde (eHealth) tem vindo a crescer nesta área. Esta é uma oportunidade muito interessante para a Psicologia da Saúde pois permite a utilização de técnicas de mudança comportamental através dos dispositivos móveis e suas aplicações.

Entender como as pessoas gerem a sua circunstância de doença e como recuperam dela

A doença tem efeitos psicológicos que podem condicionar a recuperação. A pessoa com doença pode experienciar stress, ansiedade ou depressão, ou ainda, ter de lidar com o significado que aquela doença pode ter na sua própria identidade. Os psicólogos da saúde tentam entender a melhor forma de apoiar as pessoas a lidarem com a sua doença, enquanto investigam também as ligações complexas entre crenças, resiliência, comportamentos de Saúde e seus resultados (e.g., adesão à medicação em diferentes populações).



Os psicólogos da saúde investigam de forma rigorosa a definição e a medição dos comportamentos determinantes para a saúde: Como pode ser medida a adesão à medicação? Qual é o nível 'razoável' de adesão? São hoje usados teorias e modelos para explicar e prever comportamentos relacionados com a doença e as suas consequências. Esta estrutura conceptual é a base para o desenho de intervenções que promovam mudanças positivas nos comportamentos. Os psicólogos da saúde tentam também descobrir como estas intervenções podem ser mais eficazes.

Personalizar tratamentos e intervenções

Queremos também perceber como atingir melhores resultados fazendo, por exemplo, mudanças nos objetivos definidos ou nas competências sociais, e.g., gerar suporte social ou melhorar as competências de gestão pessoal. Este tipo de relações implica um efeito de mediação. A descoberta deste tipo de relações é importante na medida em que nos permite melhorar as nossas intervenções. É como se se abrisse a "caixa

negra" do fenómeno psicológico da intervenção, permitindo verificar quais os ingredientes que efetivamente provocam o efeito desejado. Além disso, é também muito importante perceber o que funciona melhor em cada população e circunstância. Considerando que uma intervenção Cognitivo-comportamental ou de Mindfulness ajuda pacientes com cancro a lidarem com as implicações da sua doença, veremos que alguns indivíduos não vão responder da melhor forma ao tratamento que lhes foi providenciado. Os processos de investigação permitem-nos perceber que pacientes com certas características (género, idade, ou características da personalidade) podem responder melhor ou pior a cada um desses tratamentos. Esta personalização do tratamento é muito útil para determinarmos o que realmente funciona melhor face às características e às circunstâncias de cada pessoa.

Melhorar os sistemas de cuidados de saúde e políticas públicas de saúde

A forma como os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde interagem com os seus pacientes pode

ter um impacto significativo na forma como estes últimos lidam com a doença e respondem aos tratamentos. Da mesma maneira que trabalham com os pacientes, cuidadores e famílias, os psicólogos podem também ter de trabalhar com profissionais de saúde. A Psicologia da Saúde tem um papel importante na formação destes profissionais ao promover a prestação do cuidado de saúde centrado no paciente e não na doença. Esta abordagem possibilita uma maior capacidade de auto-gestão, permitindo que o utente tenha maior controlo sobre a sua saúde, e ainda, que possa fazer escolhas mais acertadas. Pressupõe, portanto, dar uma especial importância aos estilos de comunicação dos profissionais, como também perceber a melhor forma de ajustar estes estilos com as necessidades dos pacientes de forma a melhorar os seus indicadores de saúde. Por exemplo, em vários países os departamentos de Psicologia da Saúde em hospitais académicos formam estudantes de medicina nas valências supracitadas.



Apoiando os Psicólogos da Saúde



Se está neste momento a lidar com algumas das questões descritas neste texto e, gostaria de ser informado sobre os últimos desenvolvimentos nesta área da saúde, sugerimos que se mantenha atento ao nosso Blog Psicologia da Saúde na Prática. Também poderá contactar o nosso corpo editorial e os representantes nacionais. Pode ser qualquer questão, desde uma dúvida rápida até uma parceria de colaboração num projeto de promoção da Saúde.



”

Como manter os comportamentos de saúde a longo prazo?

Por **Dominika Kwasnicka**, Universidade SWPS, Polónia e Universidade de Melbourne, Austrália

O objetivo final dos **programas de promoção da saúde** é promover mudanças duradouras. Dessa forma, os profissionais de saúde podem desempenhar um papel importante neste processo, ajudando os clientes a melhorar os seus indicadores de saúde e manter a mudança de comportamento. Sabemos que iniciar uma mudança no comportamento de saúde é difícil e que pode ser **ainda mais difícil** de a manter a longo prazo. Essa é uma grande questão na psicologia da saúde, perceber o porquê de existir uma dificuldade relativamente à manutenção desse comportamento.

Para responder a essa pergunta, o nosso grupo analisou teorias que explicam como as pessoas mudam e subsequentemente mantêm mudanças positivas na saúde, como deixar de fumar e tornar-se mais ativo. Identificámos **100 teorias** que explicam como as pessoas mudam o seu comportamento e mantêm essas mudanças. A boa notícia para os profissionais que promovem comportamentos de saúde é que as 100 teorias podem ser resumidas em cinco temas principais que precisam ser abordados de forma a garantir essa mudança duradoura.

1. **A motivação é importante** quando iniciamos um novo comportamento de saúde, como inscrevermo-nos num ginásio, começar a correr, comer de forma saudável ou evitar fast-food ou o consumo excessivo de álcool. Não é de surpreender que a nossa motivação também seja crucial para estabelecer uma mudança de comportamento duradoura. A motivação flutua com o tempo e, para manter novos comportamentos de saúde, precisamos criar estratégias eficazes para os manter, mesmo quando a motivação diminui. Isto pode ser conseguido com o planeamento antecipado do que fazer quando enfrenta possíveis barreiras. Por exemplo, pode definir um plano que "quando chover lá fora, faço exercício em casa em vez de ir correr".
2. **A auto-regulação** envolve "manter um olho" no que faz. A monitorização do comportamento é importante para identificar se o seu comportamento atual precisa de ser alterado e para que assim possa alterá-lo de forma proactiva, se necessário. Por exemplo, para saber se o seu nível de atividade física é um problema, precisa estar ciente de quão ativo você é todos os dias. Pode usar uma aplicação de telemóvel para ver quantos passos dá por dia ou registar quantos minutos está ativo todos os dias, observando ainda a intensidade da atividade. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde dizem que precisamos de aproximadamente 30 minutos de atividade física de intensidade moderada todos os dias, e se você perceber que está muito longe dessas orientações, precisará de planejar como lá chegar, a fim de manter uma atividade regular, por exemplo, especificar quando, onde e como você fará essas alterações.
3. **Recursos**, incluindo psicológicos e físicos, são importantes para a manutenção da mudança de comportamento em saúde. Por exemplo, é difícil manter-se saudável (fazer exercício, uma boa alimentação) quando se sente mole, quando está stressado, com pouca energia, ou se dormiu mal na noite anterior. São necessários recursos psicológicos abundantes para manter os comportamentos de saúde, o que significa sentir-se cheio de energia, descansado e sem stress. Recursos físicos também são importantes; precisamos construir uma infra-estrutura ao nosso redor para viver de forma saudável. Por exemplo, não podemos comer bem se não tivermos acesso fácil a alimentos saudáveis, e não podemos tomar medicamentos se simplesmente não os podermos aceder. Recursos psicológicos e físicos garantem que possamos manter um estilo de vida saudável.
4. **Hábitos** – todos falam sobre hábitos mas as pessoas comuns entendem-nos de **uma maneira um pouco diferente** da dos psicólogos. Para um psicólogo da saúde, as **associações de hábitos** desenvolvem-se quando, em resposta a uma situação específica, alguém faz alguma coisa consistentemente e com isso alcança resultados desejáveis. É difícil mudar maus hábitos como fumar ou comer à noite, pois podem tornar-se nas nossas opções habituais que surgem naturalmente e sem pensar. Para manter a mudança de um comportamento de saúde, precisamos de eliminar os maus hábitos e definir os bons, e a psicologia oferece-nos **ótimas soluções práticas** sobre como fazê-lo. Novos hábitos positivos geralmente levam tempo para se formarem e os antigos levam tempo para desaparecer. Uma técnica popular de mudança de comportamento para desenvolver o hábito é monitorizar as pistas (o que causa o comportamento específico) e responder com o mesmo comportamento às mesmas pistas no mesmo contexto.
5. **Finalmente**, será necessário que o nosso contexto, o local onde estamos e as pessoas que nos envolvem, nos suportem para mantermos comportamentos positivos de saúde. Quando mudamos o nosso comportamento, geralmente precisamos de mudar o nosso contexto ou **reestruturá-lo**. As pessoas ao nosso redor são uma parte importante do nosso **contexto**. Família, amigos e pessoas com quem passamos o nosso tempo afetam a nossa saúde. Eles podem ajudar-nos a melhorar, incentivando ou sendo os nossos modelos, mas também podem ter um impacto negativo, incentivando a fumar e a beber álcool com eles. Não estamos a recomendar que deixe de passar tempo com seus amigos que não são fisicamente ativos, que bebem álcool, que fumam, ou que fazem uma má alimentação. Encorajamos a que **partilhe os seus planos de saúde** e que tome a decisão de não se deixar pressionar por outras pessoas. Por exemplo, dizer não à terceira porção de bolo.



Como pode inspirar os seus clientes a não só mudar o que eles fazem, mas também a manter os novos comportamentos de saúde a longo prazo?

Recomendações práticas



- **Mantenha-se motivado** – é mais fácil dizer do que fazer. Pergunte ao seu cliente o porquê de querer mudar e manter o novo comportamento de saúde, mencione o sucesso anterior ou outras pessoas que tiveram problemas, mas que foram bem sucedidas.



- **Monitorizar** – incentive seus clientes a auto-regularem-se e vigiarem o que fazem, por exemplo, monitorizar e regular sono, atividade, dieta, uso de substâncias.



- **Todos precisamos de recursos** – garanta que os seus clientes têm o que precisam para obter sucesso em termos de recursos psicológicos e físicos, por exemplo, dormirem o suficiente e comprarem alimentos saudáveis.



- **Trabalho sobre hábitos** – ter bons hábitos é o melhor preditor de mudanças duradouras no comportamento da saúde. Para desenvolver bons hábitos, o seu cliente pode formar um plano “se-então” associando pistas com ações, por exemplo, quando vejo os meus sapatos na porta, vou dar uma caminhada.



- **O contexto precisa de ser favorável** – o seu cliente precisa de estar num contexto favorável, com acesso a recursos e pessoas que providenciem suporte. É um bom procedimento verificar com o seu cliente se o local em que ele vive e trabalha é favorável à mudança de comportamento, se não for, como poderia melhorar? Além disso, o seu cliente pode procurar familiares e amigos para obter apoio na mudança duradoura de comportamento.



Como ajudar mulheres grávidas a deixar de fumar: boas práticas do Reino Unido



Felix Naughton, University of East Anglia, UK

Sabemos que 25 a 50% das mulheres fumadoras deixam de fumar quando ficam grávidas. Mas porque é que as restantes continuam a fumar durante a gravidez?

Será que é porque não sabem que fumar durante a gravidez é prejudicial ao desenvolvimento fetal? A maior parte destas mulheres tem este conhecimento. **Um dos nossos estudos no Reino Unido**, que incluiu mulheres grávidas motivadas e desmotivadas para deixar de fumar, descobriu que 99% das mulheres concordaram em algum grau com a afirmação “fumar durante a gravidez pode ser bastante prejudicial para o meu bebé”, com cerca de 75% a concordar muito ou fortemente. No entanto, menos de 10% destas mulheres estavam abstinentes 12

semanas depois do preenchimento do inquérito. Embora **uma tentativa para deixar de fumar seja mais provável** entre aquelas com fortes crenças sobre os malefícios do consumo tabágico durante a gravidez, isso **não parece aumentar as probabilidades de sucesso**.

Resumo: As crenças sobre os malefícios do tabagismo na gravidez têm um papel limitado no sucesso da cessação tabágica.

Será que estão desmotivadas para deixar de fumar? Em alguns casos, isso é verdade. O **nosso trabalho** sugere que, no início da gravidez, pouco menos de metade das mulheres indicam que pretendem deixar de fumar

nos próximos 30 dias, e uma proporção semelhante faz uma tentativa de cessação tabágica. À medida que a gravidez evolui, a motivação para deixar de fumar parece diminuir. Surpreendentemente, estar motivado **não aumenta a probabilidade** de sucesso de uma tentativa de cessação tabágica. **O mesmo ocorre entre fumadoras que não estão grávidas. Em revisões de ensaios clínicos randomizados** que avaliam intervenções com entrevista motivacional, uma abordagem de aconselhamento que procura ajudar as pessoas a aumentarem a sua motivação para a mudança comportamental, concluiu-se que essa abordagem não é eficaz para a cessação tabágica durante a gravidez.

Resumo: A motivação aumenta a probabilidade de uma mulher grávida fazer uma tentativa de cessação tabágica, mas por si só não é suficiente o seu sucesso.

Será que estas mulheres estão interessadas em obter ajuda para deixar de fumar? Uma vez mais, isto é verdade em alguns casos, mas não em todos. **Descobrimos que** cerca de metade das mulheres grávidas querem ajuda para deixar de fumar durante o início da gravidez. Ao contrário da motivação, os níveis de interesse neste tipo de apoio permaneceram até ao final da gravidez. No entanto, apenas cerca de uma em cada dez mulheres relatou ter acesso a serviços de apoio para a cessação

tabágica durante a gravidez. Aquelas que tiveram relataram ter maior interesse em fazê-lo no início da gravidez. Falar com um profissional de saúde sobre deixar de fumar esteve fortemente associado a um interesse em obter apoio, portanto, esta pode ser uma maneira direta de aumentar o acesso à ajuda.

Resumo: Falar com uma mulher grávida sobre deixar de fumar pode aumentar o seu interesse em recorrer a serviços de apoio, o que, por sua vez, pode aumentar a probabilidade de efetivar esse acesso.

Será que não existem formas eficazes de ajudar mulheres grávidas a deixar de fumar? Felizmente existem. Os estudos têm demonstrado que o apoio comportamental, aconselhamento estruturado e ajuda na gestão dos aspetos comportamentais de fumar e deixar de fumar (embora não a entrevista motivacional), seja implementado **individualmente** ou em forma de **autoajuda, recursos impressos** ou **digitais**, podem ajudar mulheres grávidas a deixarem de fumar. Adicionar a terapia de substituição de nicotina (TSN) ao apoio comportamental para mulheres com moderada ou alta dependência de nicotina é **provável de aumentar a eficácia do apoio**. No entanto, a evidência é bastante fraca, provavelmente porque muitos estudos relatam uma fraca adesão à TSN, que se deve em parte à preocupação



de que a nicotina seja prejudicial ao bebê. No entanto, **uma revisão** que analisou os estudos de maior qualidade, que inclui dezenas de milhares de mulheres e bebês, descobriu que não há evidências de danos do uso de TSN na gravidez. Com base nisso, as mulheres podem ficar descansadas de que quaisquer riscos do uso da TSN são baixos em relação ao uso continuado de tabaco. Um fator menos conhecido é que as mulheres grávidas **decompõem a nicotina no seu corpo duas vezes mais rápido** do que quando não estavam grávidas, devido ao aceleração do metabolismo. Isto significa que as mulheres grávidas irão precisar de mais TSN do que o normal para reduzir os desejos e sintomas de abstinência. No entanto, normalmente as mulheres e os profissionais de saúde **preferem usar menos TSN do que usado na cessação tabágica habitual**

Outras formas de consumo de nicotina, como cigarros eletrônicos, poderão ser tão eficazes durante a gravidez como fora desta, mas atualmente não temos evidências para apoiar a sua recomendação. Os danos dos cigarros eletrônicos são provavelmente significativamente menores do que os do tabaco. Se as mulheres grávidas quiserem usar cigarros eletrônicos para as ajudar a deixar de fumar, o conselho no Reino Unido **é apoiá-las a fazerem isso**. Outra abordagem eficaz é providenciar incentivos financeiros para alcançar a abstinência, desde que fornecidos juntamente com apoio comportamental. A **evidência** indica que os incentivos são a abordagem mais eficaz que conhecemos.

Resumo: O apoio de mudança comportamental é eficaz, particularmente quando combinado com terapia de substituição de nicotina e/ou incentivos financeiros.

Quem precisa mais de apoio? Existem **muitos fatores** associados à cessação tabágica durante a gravidez, como um menor nível de escolaridade ou de rendimento. Porém, fatores de maior importância prática são por exemplo ter um parceiro que fuma ou ter uma dependência de nicotina moderada ou alta – estas são barreiras significativas para muitas mulheres deixarem de fumar. Outros fatores são a depressão e experienciar um aumento dos níveis de stress durante a gravidez.

Resumo: As mulheres com qualquer uma ou com todas estas características irão provavelmente precisar de apoio intensivo e diversificado.

Recomendações práticas

- Providencie às mulheres que fumam durante a gravidez informações sobre os riscos do tabagismo para as próprias, para o desenvolvimento fetal e para os seus bebês e disponibilize a todas as mulheres, independentemente de sua motivação para deixar de fumar, apoio para o fazer. Mesmo para aquelas que recusam, continue a disponibilizar esse apoio durante a gravidez.
- Providencie apoio comportamental estruturado, seja individual ou de autoajuda, entregue em papel ou em formato digital, para aquelas que aceitem ajuda. Mas não mobilize princípios de entrevista motivacional.
- A eficácia do apoio comportamental irá provavelmente aumentar com a oferta de terapia de substituição de nicotina (TSN) para mulheres que demonstram dependência de nicotina moderada a alta. No entanto, as mulheres devem receber apoio para usá-la de forma eficaz para maximizar a sua adesão e solucionar quaisquer preocupações infundadas sobre o seu uso durante a gravidez. Se as mulheres preferirem usar cigarros eletrônicos para deixar de fumar, isso poderá ajudá-las e deve ser considerado como uma abordagem de minimização de danos.
- Se a TSN for disponibilizada, incentive as mulheres a usarem duas formas ("terapia combinada", por exemplo, adesivos e pastilhas) para maximizar a substituição da nicotina e reduzir os desejos e sintomas de abstinência.
- Se os recursos assim permitirem, ofereça incentivos financeiros para a abstinência, condicionalmente à sua verificação, por exemplo, um teste de respiração usando um monitor de monóxido de carbono (CO).

Declaração de conflito de interesses: O Dr. Felix Naughton não tem qualquer tipo de vínculos ou envolvimento financeiro com nenhum fabricante de terapia de substituição de nicotina ou de cigarros eletrônicos.



Melhorar a prestação do aconselhamento breve sobre o consumo de álcool nos cuidados de saúde primários: pontos de vista de ambos os lados da mesa de consultas

Por **Amy O'Donnell**,
Universidade
de Newcastle,
Reino Unido



Os níveis de consumo de álcool caíram recentemente em algumas partes da Europa, especialmente entre os jovens. No entanto, o consumo excessivo de álcool continua a ser um importante fator de risco para problemas de saúde e morte precoce. Dar um conselho breve e simples para aqueles identificados como grandes consumidores de álcool **pode ajudar a reduzir a quantidade de álcool que essas pessoas consomem**, especialmente quando dado por médicos nos cuidados de saúde primários, como médicos de medicina geral e familiar ou enfermeiros. **O aconselhamento breve** sobre álcool envolve uma conversa curta, estruturada e baseada na evidência, que visa

motivar e apoiar o paciente a considerar uma mudança do seu comportamento de ingestão de álcool para assim reduzir os riscos de danos para a sua saúde. Ainda não identificámos totalmente os principais ingredientes destas conversas, mas dar feedback personalizado sobre o consumo de álcool de um paciente e incentivá-lo a automonitorizar o seu consumo parecem ser **elementos particularmente eficazes desta abordagem**.

No entanto, implementar tratamentos e intervenções baseados na evidência nas rotinas dos contextos de saúde é um processo lento e complicado. Algumas estimativas

sugerem que são precisos em média **17 anos** para que os resultados científicos entrem na prática clínica diária. Após três décadas de pesquisa, mais de 70 ensaios clínicos aleatorizados e numerosas revisões de estudos publicados, o aconselhamento breve sobre o álcool ainda não é providenciado rotineiramente nos sistemas de saúde primários. Para compreender o motivo pelo qual o aconselhamento breve sobre o álcool não foi totalmente integrado nos cuidados de saúde primários, precisamos de considerar **muitas perspectivas** diferentes sobre o problema, incluindo as visões daqueles que prestam assistência médica (médicos) e daqueles que os utilizam (pacientes).

Então, o que nos dizem as pessoas envolvidas no aconselhamento breve sobre o consumo de álcool, no contexto de saúde primário, sobre os desafios que enfrentam?

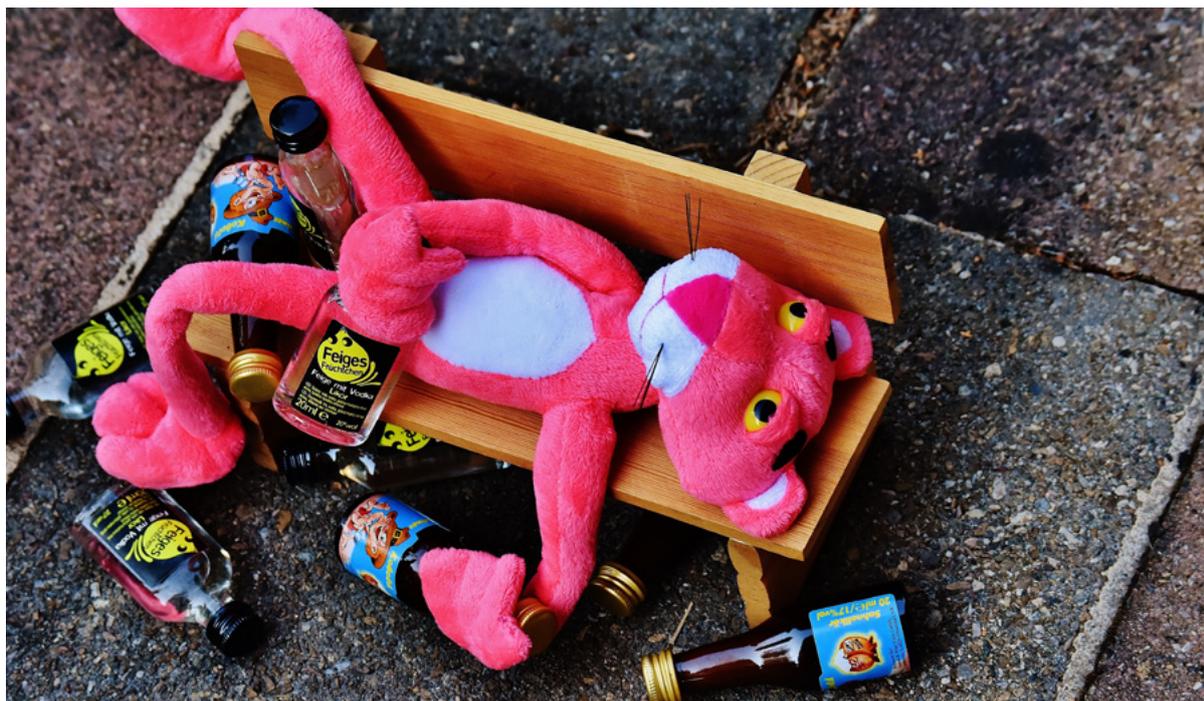
Alguns **problemas comuns levantados por médicos e enfermeiros** incluem não ter tempo, formação ou recursos financeiros suficientes para fornecer conselhos sobre álcool aos seus pacientes. No entanto, fazer pagamentos extra aos médicos por este trabalho com o álcool não é necessariamente uma estratégia de implementação eficaz. Um estudo recente descobriu que a introdução de **incentivos financeiros** para aconselhamento sobre álcool no sistema de cuidados de saúde primários inglês quase não teve impacto nas taxas de implementação. Outra investigação sugere que as atitudes e as crenças dos médicos sobre a relevância, a sensibilidade e o valor geral de discutir o álcool nas consultas de rotina dos pacientes podem ter um papel mais importante nesta prática. Por exemplo, alguns médicos de família duvidam que os seus pacientes estejam recetivos a conselhos sobre como mudar o seu comportamento de ingestão de bebidas alcoólicas, especialmente aqueles que bebem muito. Isso deve-se em parte à falta de confiança na eficácia das terapias psicológicas para o consumo excessivo de álcool, mas também porque os médicos estão preocupados com a possibilidade de ofender os pacientes ao abordarem este assunto.

Menos estudos têm explorado as perspectivas dos pacientes sobre estas questões. Os estudos que o fizeram relatam que a maioria das pessoas pensa que é aceitável que os médicos ou os enfermeiros perguntem sobre seu consumo de álcool e veem os conselhos sobre o estilo de vida como uma parte valiosa dos cuidados de saúde, particularmente para aqueles com problemas de saúde subjacentes e/ou relacionados com o consumo de álcool.

Como alguns médicos, no entanto, os pacientes têm menos certeza de que maiores consumidores de álcool estejam abertos para falar sobre seu consumo com os médicos, **pelo menos com sinceridade**. Ainda assim, o maior desafio é que muitos pacientes mostram uma noção limitada sobre o seu próprio nível de consumo. Em parte, isso deve-se ao facto de que calcular a quantidade de álcool que está realmente presente num copo de vinho ou de gin tónico é muito difícil, e pode ser fácil perder o controlo quando se está em casa a servir de bebidas sem uma medida padronizada.

Mas isto também se deve ao facto de muitos de nós não vemos o consumo de álcool em termos do quanto aumenta o nosso risco de desenvolver condições e doenças específicas (ou seja, da maneira como os médicos, profissionais de saúde pública ou epidemiologistas veem o consumo de álcool), mas sim em termos do papel central que desempenha na diversão, prazer e celebração. Isso significa que alguns pacientes podem estar relutantes em reconhecer que estão a beber demais e/ou em questionar porque é que o seu médico lhes está a pedir que diminuam o seu consumo. Ligado a esta questão, os pacientes dizem-nos que já utilizam uma série de estratégias para limitar o seu consumo de álcool, mas vêem-nas como baseadas em "lições de vida" aprendidas com suas próprias famílias, amigos e grupos sociais. Então, novamente, alguns pacientes veem poucos benefícios nos conselhos que os médicos ou s enfermeiros podem oferecer sobre beber, que podem parecer desfasados da vida real.





Recomendações práticas

Então, como podemos usar todos estes pontos de vista, percepções e experiências para melhorar a implementação do aconselhamento breve sobre álcool nos cuidados de saúde primários?

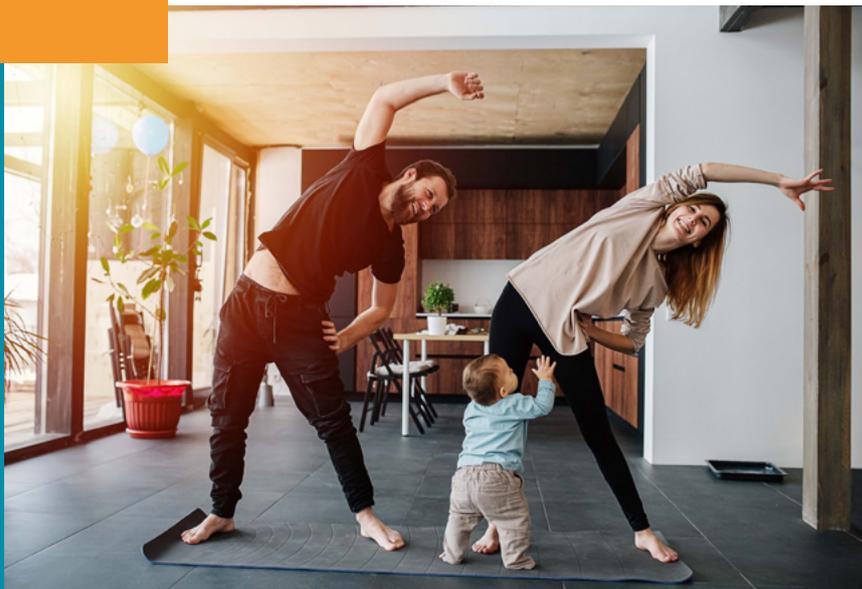
- Primeiro, pode ficar descansado que não há qualquer problema em perguntar sobre o consumo de álcool. Há poucas evidências de que os pacientes vão ficar ofendidos se lhes perguntar sobre os seus hábitos de ingestão de álcool.
- Certifique-se que faz perguntas sobre "como" e "porquê" que os pacientes realmente bebem, em vez de simplesmente "quanto". Fazê-lo aumentará a relevância e o significado do seu aconselhamento, ao reconhecer os valores sociais e culturais que moldam o contexto de consumo de bebidas alcoólicas dos pacientes.
- Depois, com base no que os pacientes contam sobre as situações em que têm maior probabilidade de beber mais, ajude-os a desenvolver

rem estratégias preventivas especificamente dirigidas a estes momentos críticos de risco. Sempre que possível, crie estas estratégias em volta dos tipos de táticas que muitos dos pacientes já consideram viáveis e eficazes. Por exemplo, ao limitar o consumo de álcool em ambientes específicos, como em casa, ou com grupos sociais específicos, como crianças.

- Finalmente, dado que o tempo clínico é sempre limitado, concentre-se em dar conselhos breves sobre o álcool a pacientes que apresentam condições em que há uma ligação reconhecida com o consumo excessivo de álcool, como a pressão alta, problemas de saúde mental ou problemas gástricos. Isso ajudará a direcionar o uso de recursos preciosos e também pode ser mais aceitável e envolvente para os próprios pacientes.

[Traduzido por Jorge Encantado, Carolina Silva e Marta Marques]

” Ficar bem enquanto estamos em casa



Por **Federica Picariello** e **Rona Moss-Morris**, King's College de Londres, Reino Unido

Em poucas semanas por todo o mundo, o nosso dia a dia mudou drasticamente e a incerteza apoderou-se do nosso futuro com o alastrar da pandemia de COVID-19. Além da necessidade imediata e urgente de desacelerar a transmissão de COVID-19 através de **mudanças comportamentais** rápidas e generalizadas (ou seja, auto-isolamento, distanciamento social e quarentena), o impacto sobre o bem-estar físico e mental precisa de ser considerado de forma a permitir uma intervenção precoce e a mitigar as consequências de longo prazo.

Uma revisão rápida de literatura mostrou o impacto psicológico negativo da quarentena, com evidências de efeitos de longa duração. Fatores como uma maior duração da quarentena, o medo de ser infectado/a e a preocupação com sintomas físicos indicativos de infecção, frustração, tédio, estigma e questões práticas foram identificados como contribuidores importantes para os efeitos psicológicos negativos da quarentena. **Um Artigo de Posição** delineou as prioridades de investigação na área da saúde mental, incluindo a avaliação precisa do impacto e a mitigação dessas consequências em contexto de pandemia. Este artigo de posição também indicou a importância de fornecer apoio para que os indivíduos construam condições ótimas para manter o seu bem-estar, o que irá provavelmente facilitar a adesão aos conselhos comportamentais exigidos em resposta à COVID-19.

Antecipando isso mesmo, nós – a **Secção de Psicologia da Saúde (IoPPN)** do King's College de Londres – realizámos

um **evento de envolvimento público** sobre como manter a saúde e o bem-estar durante a pandemia de COVID-19 usando a teoria e as evidências da psicologia da saúde. Aqui, vamos nos concentrar em quatro áreas principais para o bem-estar físico e mental que foram destacadas: 1) estabelecer novas rotinas saudáveis em casa, 2) alcançar um equilíbrio útil na monitorização de sintomas, 3) identificar novas formas de conexão e novas atividades de lazer, e 4) gestão da incerteza.

1) Estabelecer novas rotinas saudáveis em casa

As medidas em vigor para interromper o surto de COVID-19 trazem mudanças profundas às rotinas normais, e pode ser um desafio ajustar-se a uma nova rotina diária e controlar o tempo quando as âncoras de tempo típicas e as pressões externas deixam de estar mais presentes. Estas mudanças também são uma oportunidade para criar novas rotinas saudáveis, essenciais para se manter bem física e mentalmente durante a pandemia.

Existem recomendações claras para **atividade física, comportamento sedentário, sono, nutrição** e **consumo de álcool**. Uma revisão recente de técnicas eficazes destinadas a promover uma alimentação saudável e atividade física identificou que a automonitorização combinada com uma ou mais técnicas, como o estabelecimento de objetivos,

são métodos chave para a mudança de comportamento. Para os objetivos, ser específico sobre o “o **quê**” e o “**quando**” também é importante. Por exemplo, é mais difícil **cumprir uma meta** como “Terei três dias sem álcool”, do que uma que diz “Vou me abster de beber na segunda, terça e quinta-feira”.

2) Conseguir um equilíbrio útil na monitorização de sintomas

Monitorizar os sintomas e responder por meio do auto-isolamento no caso de experienciar uma nova tosse e/ou febre contínuas é outra medida que tem sido adotada em resposta à pandemia. É muito natural, nas circunstâncias atuais, ficar preocupado/a com as sensações somáticas e dar início a uma exploração contínua do corpo na procura de sintomas. No entanto, aproximadamente 80% das pessoas irão sentir eventualmente **um ou mais sintomas** num determinado mês, sendo que os sintomas físicos respiratórios são comuns. Os sintomas físicos do dia a dia podem estar relacionados com a nossa resposta de “fuga ou luta” ao stress. Portanto, embora um pouco de ansiedade seja útil, uma vez que motiva as pessoas a seguirem as medidas em vigor, o excesso de ansiedade pode aumentar os sintomas e impedir-nos de continuar com as tarefas do dia a dia. Estar ciente dos pensamentos e emoções e mover nossa atenção dos sintomas para outras atividades pode ajudar, assim como a renomeação ou reinterpretação dos sintomas (por exemplo, a minha falta de ar pode ser por causa do stress). Os exercícios de relaxamento também podem ajudar na ansiedade se os sintomas forem agravados pelo stress. É um equilíbrio difícil pois também é importante o isolamento físico se forem experienciados sintomas reais de COVID-19 e procurar atendimento médico se eles se agravarem.

3) Identificar novas formas de conexão e novas atividades de lazer

O termo distanciamento social para descrever o confinamento é porventura infeliz, dado que precisamos de manter uma distância física enquanto tentamos encontrar formas de permanecer conectados socialmente. O isolamento social e a solidão estão relacionados com o **aumento da mortalidade e das hospitalizações**. Portanto, permanecer em contato com amigos e familiares remotamente durante a permanência em casa, passar tempo com membros do agregado familiar, e realizar atividades de lazer foram descritos como **estratégias de enfrentamento (coping)** importantes durante a quarentena.

4) Gestão da incerteza

A preocupação com o futuro e a incerteza sobre quando a vida voltará ao normal **são comuns**. As emoções, positivas e negativas, fazem parte da vida normal. A preocupação, o medo e a ansiedade em resposta às circunstâncias atuais são de facto adequadas. O Dr. Russ Harris, um clínico de terapia de aceitação e compromisso (ACT – acceptance and commitment therapy) de renome mundial, reuniu alguns **recursos muito úteis** com estratégias para gerir melhor a incerteza atual. Por exemplo, traga à sua mente um pensamento com o qual tem lutado (por exemplo, “Não consigo ver minha família por causa do confinamento”), concentre-se nesse pensamento por 30 segundos. De seguida, coloque este pensamento dentro da frase “Estou a pensar que ...” e concentre-se nisso durante 30 segundos. Finalmente, coloque seu pensamento dentro da frase “Estou a perceber que estou a ter o pensamento de que ...” e concentre-se nisso por 30 segundos. A cada passo, poderá notar uma maior distância do pensamento.

Recomendações práticas

- Ajude as pessoas a restabelecer ou a desenvolver novas rotinas úteis em casa, encorajando a automonitorização da atividade física, do comportamento sedentário, do ciclo sono-vigília, da alimentação, e do consumo de álcool e usando **metas SMART** (específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas, e oportunas) para fazer alterações.
- Normalize emoções negativas, como raiva, culpa, frustração, medo, ansiedade e tristeza; como respostas adequadas a uma situação desafiadora e incerta.
- Explique que é essencial dar prioridade a algumas atividades que sejam agradáveis e relaxantes, não apenas ao trabalho e a tarefas domésticas. Tal pode significar aprender algo novo ou redescobrir um hobby para o qual normalmente não teriam tempo. Durante este tempo em casa, podemos ter que ser criativos sobre o que essas atividades podem ser, especialmente para tempo sem ecrãs.

[traduzido por Jorge Encantado, Carolina Silva e Marta Marques]

”

Deixe de ser uma avestruz! Os benefícios de ajudar os outros a monitorizarem o seu progresso



Por **Thomas L. Webb**, Departamento de Psicologia, Universidade de Sheffield, Reino Unido

Como é que está a cumprir o seu objetivo de reduzir a quantidade de açúcar que consome e perder 10 kg? O mais provável é que realmente não saiba – ou até que queira mesmo saber. Em situações como esta, as pessoas tendem a comportar-se como avestruzes e enterram a cabeça na areia, evitando ou rejeitando intencionalmente informações que as ajudariam a monitorizar o progresso dos seus esforços. Os estudos sobre este “**problema da avestruz**” sugerem que as pessoas geralmente não registam o seu progresso (por exemplo, quando usam balanças, quando leem os pacotes de alimentos que compram), em parte, porque isso pode fazer com que se sintam mal consigo mesmas – por exemplo, elas percebem que pesam mais do que o esperado e

que ainda consomem muito açúcar. Entretanto, a teoria e a evidência sugerem que monitorizar o progresso ajuda as pessoas a identificar a discrepância entre o momento atual e o objetivo desejado, que irá mobilizar para a ação. A implicação de evitar a monitorização é que dificulta a identificação da necessidade de agir e da forma mais apropriada de o fazer. O “problema da avestruz”, portanto, representa uma oportunidade para os profissionais de saúde (e outros) para ajudarem as pessoas a monitorar o seu progresso e a beneficiar das vantagens de fazê-lo. Talvez não seja surpreendente que tenhamos encontrado boas evidências que incentivam **as pessoas a monitorar o seu progresso as ajuda a atingir objetivos** em vários domínios.

Monitorizar envolve fazer um balanço da situação atual (por exemplo, quanto açúcar foi consumido naquele dia, quando e onde) e compará-lo a algum objetivo ou valor de referência (por exemplo, um máximo de 6 colheres de chá de açúcar por dia). Isso pode ser feito num diário ou simplesmente num pedaço de papel, mas também existem agora ferramentas digitais disponíveis que podem ajudar as pessoas a monitorar o seu progresso – de facto, as pessoas começam a falar sobre um novo conceito chamado de **“o eu quantificado”**. Por exemplo, os nossos telemóveis **registam automaticamente** quantos passos damos, os nossos relógios dizem-nos **quanto tempo e quanto bem dormimos**, e podemos usar aplicações para **digitalizar os códigos de barras nas embalagens dos alimentos** para descobrir as suas propriedades nutricionais. Muitos desses dispositivos até nos pedem para definir um objetivo e mais tarde comparam o nosso progresso em relação a essa meta.

O uso destas ferramentas para monitorizar o progresso pode ajudar a identificar quando e qual a melhor forma de agir. Por exemplo, digitalizar os códigos de barras nas embalagens de alimentos pode ajudar uma pessoa que

está a tentar reduzir o consumo de açúcar a perceber quanto açúcar há num copo de sumo de laranja ou numa tigela de cereais e ajudá-la a identificar (e mudar para) alternativas baixas em açúcar. Monitorizar pode, portanto, formar a base de intervenções projetadas para ajudar as pessoas a alcançarem uma série de objetivos de saúde. Além disso, há evidências de que a monitorização é ainda mais eficaz se for combinada com técnicas que ajudam as pessoas a **estabelecerem objetivos apropriados** e realistas para os quais podem orientar a monitorização dos seus esforços e agir se e quando essa monitorização identificar que é necessário (por exemplo, **definir planos de ação “se-então”**).

Dado que as pessoas podem ter uma atitude defensiva em relação às informações que recebem (por exemplo, sugerir que as informações não refletem o seu comportamento típico ou que o dispositivo de monitoramento deve ser impreciso), técnicas psicológicas como a **auto-afirmação** (incentivando as pessoas a afirmar/valorizar características importantes dos próprios) também podem ajudar as pessoas a avaliar com precisão as informações e suas implicações.

Recomendações práticas:

Monitorizar o progresso geralmente envolve simplesmente identificar um método para monitorizar o comportamento e/ou resultados (por exemplo, uma aplicação ou um diário) e comprometer-se a usá-lo. No entanto, como descrito acima, as pessoas geralmente “enterram a cabeça na areia” e não monitorizam o seu progresso. Assim, enquanto profissional de saúde poderá:

- Ajudar as pessoas a identificar o que podem monitorizar. Por exemplo, se elas estão a tentar perder peso, considere se seria melhor monitorar comportamentos como a atividade física ou o comportamento alimentar; resultados como o peso ou a circunferência da cintura; ou uma combinação de ambos? **A nossa pesquisa** sugere que as pessoas devem ser encorajadas a monitorizar o que elas mais desejam mudar: sejam resultados, comportamentos ou ambos.
- Ajudar as pessoas a refletirem objetivamente sobre as informações obtidas através da monitorização. **A evidência científica sugere que as estratégias de auto-afirmação podem impedir as pessoas de ficarem na defensiva**

em relação às informações que recebem. Se suspeitar que um indivíduo possa reagir defensivamente em relação ao seu comportamento ou resultados monitorizados, incentivá-lo a afirmar as características importantes do seu eu (por exemplo, que é uma pessoa gentil e atenciosa) antes de monitorizar o seu progresso, poderá ajudá-lo no processo de aceitação dessas informações.

- Ajudar as pessoas a fazerem as alterações que são sugeridas pelo processo de monitorização. Identificar a necessidade de agir e ser motivado a fazê-lo são apenas os primeiros passos para fazer uma mudança. Como as pessoas podem precisar de ajuda para traduzir as suas boas intenções em ação, peça-lhes que formem planos de ação “se-então” que especifiquem quando, onde e como agirão. Por exemplo, alguém que identifique que está a ingerir muito açúcar pode formar o plano “Se eu estiver a tomar o pequeno-almoço, então vou preparar papas de aveia em vez de cereais açucarados”.

Traduzido por Jorge Encantado e Marta Marques



”

A perspectiva da ciência comportamental para a/na pandemia do COVID-19

Por **Shane Timmons**,
Instituto de Investigação
Económica e Social, Irlanda

Os governos de todo o mundo mobilizaram-se para tentar controlar a transmissão e contágio do novo coronavírus, mas **o comportamento dos indivíduos será vital** para o seu sucesso. Nós – a **Unidade de Investigação Comportamental** do Instituto de Investigação Económica e Social de Dublin – estamos a trabalhar com o Departamento da Saúde da Irlanda para informar a sua resposta à pandemia do COVID-19. Como parte deste trabalho, **revimos mais de 100 artigos científicos** e começámos a **testar maneiras de comunicar melhor** com o público. Este trabalho é muito útil para os profissionais de psicologia da saúde. Na nossa revisão, focámo-nos na literatura relevante em três áreas que estão na base das mensagens de saúde pública em vários países: a higienização das mãos, o tocar na face e o distanciamento físico. Também abordámos literaturas mais amplas sobre como motivar comportamentos úteis e como comunicar mais eficazmente no contexto de uma crise.

A higienização das mãos

Estão bem documentadas as formas de melhorar a higiene das mãos em ambientes de saúde. Há fortes evidências de que a **educação e a conscientização não são suficientes**, mas mudanças simples no ambiente podem ser altamente eficazes. Por exemplo, chamar a atenção para desinfetantes para as mãos à base de álcool, colocando-os em caminhos comuns e usando sinais de cores vivas, **umenta drasticamente o seu uso**, muito mais do que **umentar o número** de dispensadores. O sinalizar que o seu uso é uma norma social esperada também pode trazer mais benefícios. Perguntas diretas, mas educadas, como por exemplo, fazer a pergunta “Usou o desinfetante para as mãos?” quando os doentes ou visitantes chegam, são uma maneira simples de comunicar estas normas. É importante construir estes hábitos agora e mantê-los depois, à medida que as restrições mais amplas vão sendo atenuadas.

Tocar na face

Contrastando com a pesquisa sobre higienização das mãos, não encontramos intervenções para reduzir o toque na face. É pouco provável que a consciencialização seja eficaz: tornar as pessoas autoconscientes sobre o toque na face pode até **umentar a frequência** com que o fazem. Na ausência de intervenções concretas, os profissionais podem confiar em modelos mais gerais de mudança de comportamento, como a Roda da Mudança de Comportamento (**Behaviour Change Wheel**), o Mapeamento de Intervenções (**Intervention Mapping**) ou a Abordagem EAST (**EAST Framework**). Nós e outros **investigadores** recomendamos a substituição do toque na face com as mãos por alternativas (por exemplo, usando a manga da camisola ou um lenço), em vez de simplesmente desencorajá-lo.

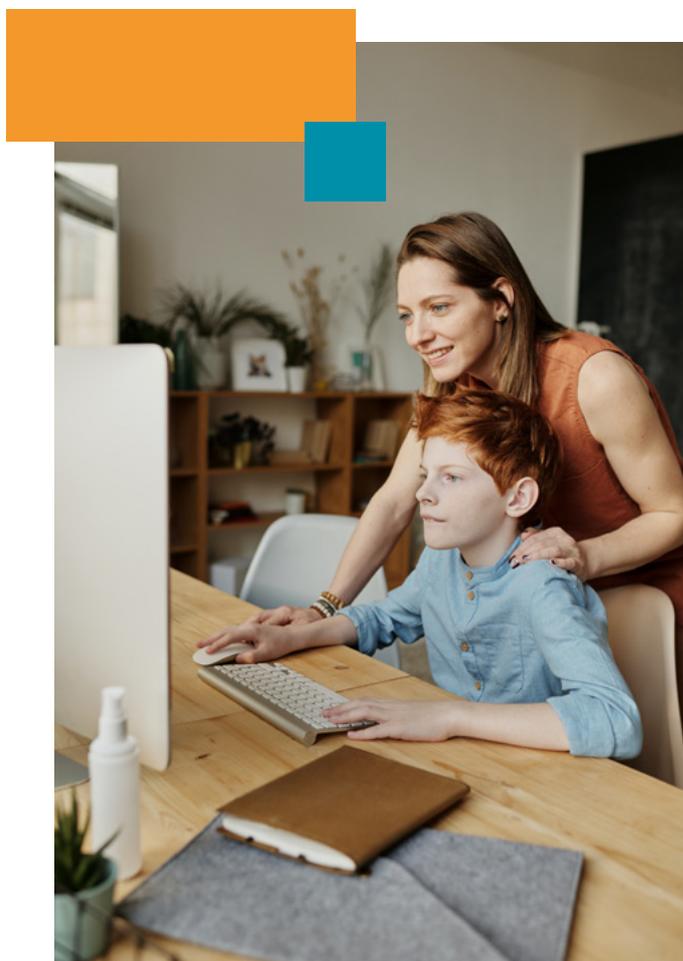
Isolamento

O auto-isolamento de indivíduos com sintomas ou que estiveram em contato próximo com pessoas infectadas **salvará vidas**, mas pode ter efeitos psicológicos negativos. O isolamento social e a solidão têm efeitos no bem-estar comparáveis a **fatores de risco bem conhecidos** como o tabagismo. **Uma revisão de 24 estudos** sobre pessoas que foram colocadas em quarentena durante surtos de doenças infecciosas anteriores evidenciou riscos para além do período de isolamento,

incluindo o aumento da incidência de depressão até três anos depois. Os profissionais de saúde podem estar particularmente em risco, pois os efeitos psicológicos negativos do isolamento podem ser agravados por preocupações sobre a falta de apoio aos colegas de trabalho ou aos seus pacientes durante o surto. As autoridades devem fornecer serviços adicionais de saúde mental que possam ser acedidos remotamente, principalmente para grupos vulneráveis. Ajudar as pessoas a planear o auto-isolamento pode ajudar. A Organização Mundial de Saúde e muitos serviços nacionais de saúde, como o **SNS em Portugal**, têm recomendações que ajudam a lidar com o isolamento, que incluem manter o contato com outras pessoas através do telefone ou online, fazer exercício se se sentir bem o suficiente e também **manter uma rotina** ao longo dos dias.

Motivando comportamentos úteis

As consequências da contrair o COVID-19 não são iguais entre os indivíduos. Os idosos e as pessoas em condições de saúde mais frágeis enfrentam riscos muito maiores do que os mais jovens e saudáveis. No entanto, o bem-estar das pessoas em risco depende não ape-



nas de seu próprio comportamento, mas também do **comportamento dos outros**. Há boas evidências de estratégias que promovem a cooperação quando as ações que beneficiam o indivíduo podem não necessariamente beneficiar o grupo mais amplo. A **Comunicação eficaz** é vital. Promover a **identidade de grupo** usando uma linguagem como “estamos juntos” tornará mais provável a ação de espírito público, assim como a **reprovação** educada de comportamentos inúteis (por exemplo, o açambarcamento). As experiências mostram que destacar **os sacrifícios de outras pessoas** incentiva a ajuda. E um crescente conjunto de evidências testando diretamente as comunicações do COVID-19 mostra que destacar os **riscos para outras pessoas** e **apelos pró-sociais** para evitar a propagação do vírus provavelmente será mais eficaz do que simplesmente fornecer conselhos ou mensagens sobre como evitar a transmissão do vírus.

Comunicação de informações sobre crises

A psicologia da comunicação de risco destaca **princípios adicionais** que provavelmente serão úteis para os profissionais que comunicam com pacientes e clientes

Recomendações práticas:

- Melhore a higienização das mãos combinando campanhas de conscientização com acesso a gel desinfetante que se destaquem e use sinalização assertiva de que o seu uso é uma norma esperada.
- É improvável que desencorajar o toque na face seja suficiente – altere os ambientes físicos e sociais para mudar o comportamento, por exemplo, criando novas normas para comportamentos de substituição, como o toque na face com uma manga ou ter lenços sempre disponíveis.
- Ajudar as pessoas a envolverem-se remotamente nas redes sociais e a manterem uma rotina ajudará a lidar com os efeitos psicológicos negativos do isolamento, mas são necessários apoios adicionais à saúde mental.

sobre a pandemia de COVID-19. Velocidade, honestidade e credibilidade são importantes. **De maneira mais geral**, os profissionais podem reconhecer a sua própria incerteza e empatia pelas dificuldades que as pessoas enfrentarão durante a crise, enfatizando a utilidade das ações individuais no sentido de **equilibrar a ansiedade com otimismo**.

Combater a disseminação do COVID-19 requer contribuições de várias ciências. Teoria e métodos da **ciência comportamental** podem desempenhar o seu papel. Uma rápida avaliação das recomendações da ciência comportamental por meio de investigações de alta qualidade será importante para maximizar seus benefícios.



- para promover um comportamento útil enfatize a natureza coletiva do problema que enfrentamos e realce os riscos para os mais vulneráveis para promover um comportamento útil – mas não deixe que o comportamento negativo passe incólume.
- Equilibre a ansiedade que as pessoas sentem com o otimismo sobre a eficácia das ações individuais no combate à propagação do COVID-19.



”

The importance of assessing clients' coping strategies

Por Nadia Garnefski e Vivian Kraaij, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Leiden, Países Baixos

"Rob acabou de saber que tem VIH (evento negativo). Ele pensa que a culpa é dele (auto-culpabilização) e evita ver os seus amigos (isolamento). A situação deixa-o triste. Quando está sentado em casa, não consegue parar de pensar nos seus sentimentos (ruminação) e acredita que o que lhe aconteceu é um desastre completo (catastrofização). Como se sente triste, tem pouca energia. Como resultado, isola-se ainda mais. Isso deixa-o ainda mais triste. Desta forma, Rob é arrastado para uma espiral descendente."

As pessoas experimentam um espectro de emoções fortes em resposta a eventos negativos na vida. Para lidar com essas emoções, podem usar várias estratégias cognitivas e comportamentais. Esse processo também é chamado de coping. **Lazarus define** coping como os esforços do indivíduo para gerir o stress psicológico associado a condições de dano, ameaça ou desafio. No exemplo de Rob, acima, o evento negativo foi receber a notícia de que estava infetado com o vírus VIH. Muitos outros exemplos de eventos stressantes podem ocorrer, variando de eventos únicos, como morte, divórcio ou perda de emprego, a circunstâncias de vida stressantes mais duradouras, como bullying, carga de trabalho elevada ou problemas de relacionamento. Assim, o coping relaciona-se com a gestão de todos os tipos de condições stressantes da vida.

As estratégias de coping podem ser divididas em cognições (o que se pensa) e comportamentos (o que se faz). Um exemplo de uma estratégia de coping cognitiva (pensamento) é a auto-culpabilização. As pessoas que usam esta estratégia culpam-se pelo que experienciaram (Rob culpou-se por ter sido infetado com o vírus HIV). Outros exemplos de estratégias cognitivas são a ruminação e a catastrofização. Ruminação significa que se continua a pensar repetidamente nas emoções, sentimentos e pensamentos associados à experiência negativa. Catastrofização refere-se a focar-se explicitamente nos aspetos desastrosos da experiência. Rob aplicou ambas as estratégias. Mais exemplos de estratégias cognitivas são: culpar os outros, aceitação, focar-se em outras questões mais agradáveis, planejar os passos a tomar, reavaliação positiva ou atribuir um significado positivo ao evento, e colocar o evento em perspetiva (comparando-o com outros eventos piores).

No total, são distinguidas nove estratégias de coping cognitivo na literatura. Um exemplo de uma estratégia de coping comportamental é o isolamento, isto é, um afastamento de situações e contactos sociais, como aconteceu com o Rob. Outras estratégias de coping comportamental são procurar distração, tomar medidas pró-ativamente para lidar com a experiência, procurar apoio social, e ignorar, ou seja, agir como se nada tivesse acontecido. No total, são distinguidas cinco estratégias comportamentais.

Foram desenvolvidos e validados dois instrumentos para a avaliação do coping cognitivo e comportamental, respetivamente o **Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ)** e o **Questionário de Regulação Emocional Comportamental (BERQ)**. O CERQ foi traduzido e validado em várias línguas. O BERQ está atualmente a ser traduzido também em várias línguas.

O estudo que investigou o papel das estratégias de coping cognitivas e comportamentais (usando o CERQ e o BERQ) identificou estratégias de coping mais e menos úteis. **No**

que diz respeito às estratégias cognitivas: ruminação, catastrofização e auto-culpabilização podem ser consideradas menos úteis e reavaliação positiva, colocar em perspetiva e refocalização positiva como mais úteis. No que diz respeito às estratégias comportamentais: isolamento e ignorar podem ser consideradas menos úteis, e abordagem pró-ativa, procura de distração e procura de apoio social como mais úteis. Estas são conclusões gerais, em situações específicas com stressores específicos, outras observações podem ser verdadeiras.

O conhecimento sobre as estratégias de coping cognitivas e comportamentais específicas dos clientes pode ajudar a compreender o círculo vicioso dos problemas psicológicos das pessoas e pode fornecer pistas para mudar padrões mal adaptativos para padrões mais adaptativos.

"Rob começou a terapia. O terapeuta avaliou as estratégias de coping cognitivo e comportamental de Rob e descobriu que ele tinha pontuações altas em auto-culpabilização, ruminação, catastrofização e isolamento. O terapeuta explica então a Rob que essas estratégias não são úteis e podem até agravar a sua depressão, levando-o a uma espiral descendente. Eles começam a trabalhar na redução do isolamento e na mudança dos padrões de pensamento negativo usando técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental. Após algumas sessões, Rob começou a ver os seus amigos novamente e agora sente-se muito melhor."

Recomendações práticas:

- Avaliar sempre as estratégias de coping dos clientes, além da sua psicopatologia. Isso pode fornecer informações importantes para o foco da terapia.
- Fornecer psicoeducação sobre o facto de que as estratégias de coping cognitivas e comportamentais das pessoas podem fazer parte de uma espiral descendente em direção à depressão.
- Técnicas gerais da Terapia Cognitivo-Comportamental podem ser usadas para mudar estratégias de coping cognitivas e comportamentais mal adaptativas, como a ativação comportamental e o desafio de pensamentos negativos.



Os seus clientes estão com uma atitude defensiva? Então, a auto-afirmação poderá ajudar.

Peter Harris e Ian Hadden, The Self-Affirmation Research Group, Faculdade de Psicologia, Universidade de Sussex, Reino Unido

Já alguma vez se sentiu relutante por encarar algo que prefere ignorar? Talvez a sua predileção por comida pouco saudável, ou a sua tendência para evitar fazer exames médicos? Você não está sozinho. A maioria de nós tende a pensar que somos, em regra, muito sensatos e competentes. Assim, quando alguém nos diz que algo que fazemos não é totalmente sensato ou competente, isso pode ser bastante desafiador. Face a isso, podemos tornar-nos bastante habilidosos a resistir a mensagens que preferiríamos não **ouvir**.

Infelizmente, resistir a mensagens sobre riscos para a nossa saúde – como os efeitos do excesso de peso ou do tabaco ou de não aderir a um regime terapêutico – pode ter consequências graves para a qualidade e **duração da nossa vida**. Então, enquanto profissionais de saúde, como poderemos ajudar os nossos clientes a aceitarem mensagens de saúde que eles prefeririam ignorar? Uma técnica que pode ajudar é a auto-afirmação.

A auto-afirmação é uma ação que ajuda o indivíduo a reforçar a ideia de que é mesmo uma **pessoa boa e competente**. Isto irá reduzir a sua necessidade de se proteger de uma mensagem de saúde que poderá implicar que não é competente em determinada circunstância. Esta abordagem poderá ajudar a pessoa a tratar a mensagem de forma mais objetiva e a concentrar-se na sua

relevância e nas suas implicações a nível pessoal. Isso, por sua vez, pode incentivá-la a considerar o conteúdo da mensagem. Poderá descobrir mais sobre a teoria subjacente à auto-afirmação **aqui**.

Existem muitas formas de auto-afirmação, incluindo lembrar a pessoa sobre as suas boas ações, talentos especiais, força de caráter ou relacionamentos sociais importantes. Atualmente, a técnica mais investigada para induzir a auto-afirmação é a de **afirmação de valores**, na qual as pessoas respondem a perguntas ou escrevem sobre seus valores mais importantes, como ser generoso ou honesto.

A evidência de que a auto-afirmação pode funcionar baseia-se em **estudos experimentais**. Os participantes a quem foi solicitada a auto-afirmação (geralmente em apenas uma ocasião) tendem a acreditar mais nas mensagens de saúde e a estarem mais predispostos a mudar. A auto-afirmação também demonstrou resultar em mudanças comportamentais vários meses depois. Foram encontrados benefícios da auto-afirmação para uma ampla variedade de comportamentos de saúde, incluindo o consumo de álcool, tabagismo, relações sexuais desprotegidas, consumo de mercúrio em peixes gordos, doping no desporto, consumo de frutas e vegetais, atividade física, uso do fio dentário e utilização

de proteção solar. Alguns estudos descobriram que os efeitos podem até ser mais fortes entre aqueles que são mais difíceis de se envolverem no processo de mudança, como pessoas que **bebem** ou **fumam** mais ou que gostam de se **bronzear**.

A investigação sobre auto-afirmação tem-se focado principalmente na área da prevenção, com amostras jovens e de não-pacientes, mas também já existem alguns estudos com grupos de pacientes. Por exemplo, pacientes de hemodiálise, aos quais foi solicitado que se lembrassem de atos de bondade passados, apresentaram melhor **controle do fósforo** e maior adesão às orientações sobre **ingestão de líquidos** nos 12 meses seguintes, em comparação com aqueles que não fizeram o exercício de auto-afirmação. Também como exemplo, pacientes hipertensos afro-americanos apresentaram melhor **adesão à medicação** após receber uma intervenção que incluiu uma componente de auto-afirmação.

Como é que a auto-afirmação pode ser usada na prática? Vamos considerar uma consulta em que se pretende veicular uma mensagem de saúde que pode desafiar o seu cliente, por exemplo, sobre os efeitos nocivos de fumar ou de não tomar a medicação conforme prescrito. Se tiver entre 5 a 15 minutos disponíveis, e a literacia não for um problema, poderá experimentar realizar um exercício simples de afirmação de valores no início da

consulta. Poderá pedir ao seu cliente para escrever ou conversar a sós sobre o seu valor mais importante e por que é que este é importante para ele, ou para completar algumas escalas desenvolvidas para o fazer lembrar dos seus valores. Depois disso, poderá abordar a mensagem de saúde sobre os riscos de fumar ou da não adesão.

Se o tempo ou a literacia constituírem barreiras, um breve **questionário sobre bondade** tem sido muito utilizado para induzir a auto-afirmação. Algumas outras técnicas breves têm também sido recentemente desenvolvidas. Estas incluem tentativas de reduzir a afirmação de valores para **algumas frases-chave**, usar **questionários sobre os valores, integrar a afirmação** com a mensagem, ou ajudar as pessoas a formar a intenção de auto-afirmação quando se sentem ameaçadas. No entanto, estas técnicas têm sido usadas em apenas alguns estudos, e sabemos ainda pouco sobre o quão bem elas realmente funcionam.

Poderá encontrar algumas destas formas de induzir a auto-afirmação na **página online de recursos** do Grupo de Investigação sobre Auto-afirmação (SARG) da Universidade de Sussex (estes recursos estão escritos em inglês). Estamos disponíveis para aconselhá-lo sobre essas e outras técnicas de auto-afirmação que possa estar a considerar utilizar.



Pontos para a prática



- **Quando devo considerar o uso da auto-afirmação?**

Considere usar a auto-afirmação quando precisar de transmitir informação importante sobre a saúde de um paciente, sobretudo quando considerar que ele possa estar inclinado a ignorar ou a rejeitá-la. Nesses casos, a auto-afirmação pode aumentar a probabilidade de aceitação da mensagem e que se tomem as medidas apropriadas.



- **Como posso usar melhor a auto-afirmação na prática?**

Poderá ser melhor usar a auto-afirmação ao trabalhar individualmente, ou em pequenos grupos, e também quando tem tempo à sua disposição. Nestes casos, poderá fazer preceder a transmissão de uma mensagem de saúde por um dos métodos de afirmação de valores que têm sido utilizados e testados. Consulte os recursos disponíveis na página online para exemplos de materiais (em Inglês) que poderá usar.

Discuta com seu cliente se ele prefere fazer a afirmação em privado ou na sua presença. Tente incentivá-lo a escolher fazer o exercício de auto-afirmação de forma proativa, em vez de exigir que ele o faça. Existe alguma evidência de que a liberdade de escolha pode ser importante para que a intervenção funcione.



- **A que devo tomar especial atenção?**

Certifique-se de que a sua mensagem de saúde é convincente. A auto-afirmação poderá incentivar o seu cliente a ter uma mente mais aberta, o que significa uma maior probabilidade de aceitação de uma mensagem com argumentos fortes, mas também uma maior probabilidade de rejeição de uma mensagem com argumentos fracos.

Use a auto-afirmação com os clientes que você antecipa maior probabilidade de resistência à mensagem. Há alguma evidência de que a auto-afirmação pode não funcionar ou até ser contraproducente se as pessoas não estiverem à priori com uma atitude defensiva.

**Em caso de
dúvida, procure
orientação –
estamos aqui
para ajudar.**



”

Tornar-se na melhor versão de si próprio como razão para mudar de estilo de vida

Por **Winifred Gebhardt**, Universidade de Leiden, Holanda

Há cerca de nove anos atrás tornei-me vegetariana da noite para o dia. Num romance que estava a ler, o personagem principal explicou como não podia comer mais nada onde "um coração já tivesse batido". Essas palavras entraram em mim como um raio. Percebi que era exatamente assim que me sentia. Parei de comer carne e peixe instantaneamente e, desde então, não tive mais nenhum problema em aderir a esta nova dieta. O novo comportamento encaixava-se perfeitamente na "pessoa que eu sou".

Por outro lado, eu antes costumava correr com regularidade e podia correr facilmente sete quilómetros. Mas nunca me considerei uma "pessoa desportiva" e sempre que ocorria uma barreira como estar doente, lá eu me tornava uma "batata de sofá". Agora já não tento ser "desportiva", mas tento caminhar sempre que posso durante o dia. Considero-me uma "pessoa ativa".

As nossas ações refletem o nosso "eu"

A minha opção de "não comer animais" corresponde à minha autopercepção. Ser vegetariano e comportar-me como tal dá-me uma visão positiva do meu "eu" como uma

pessoa atenciosa e cuidadosa que ama animais. Sempre que falo sobre esta escolha ou que recuso um prato de carne o meu "eu" **é reforçado**.

Saber que percebemos o que fazemos como parte integrante daquilo que somos, e que queremos nos sentir bem com o nosso "eu" são bons pontos de partida para intervenções em saúde. Por exemplo, procurando perceber como uma autoimagem positiva que deriva de um comportamento prejudicial (por exemplo, beber uma quantidade generosa de vinho ao jantar, por me considerar uma pessoa que disfruta dos prazeres da vida), pode ser suportada por outro comportamento menos prejudicial ou até saudável (por exemplo, beber uma bebida alternativa sem álcool que ainda reflete um estilo de vida descontraído). A chave para mudar é tornar relevante o que fazemos para o tipo de pessoa que consideramos ser. **Esta motivação para a mudança por integração do novo comportamento na nossa forma de ser é, de acordo com a teoria da Autodeterminação**, a energia motivacional mais próxima da motivação intrínseca pura, na qual executamos um comportamento pelo prazer que nos dá.

Parte do nosso “eu “ vive no futuro

Nós, humanos, somos excelentes viajantes do tempo e **passamos quase metade do nosso tempo a fantasiar sobre o futuro**. Geramos assim uma infinidade de possibilidades para nós mesmos neste futuro; realidades alternativas a que chamamos de “**Eus possíveis**”. **Estas projeções orientam a nossa imaginação** e aumentam a nossa abertura a novas oportunidades relacionadas com os nossos objetivos. Por exemplo, um fumador que se imagina a “deixar de fumar” ou que se imagina como um “não-fumador” aumenta muito as suas intenções e tentativas de cessação tabágica, como também o seu sucesso nesse processo. Assim, os fumadores precisam de conseguir imaginar-se como “futuros não-fumadores” antes que possam conseguir deixar de fumar. Eu e a minha colega Eline Meijer desenvolvemos atualmente estudos em que fumadores imaginam que tipo de pessoa serão no futuro se conseguirem deixar de fumar, ou pelo contrário, se continuarem a ser fumadores. Os participantes escrevem sobre estas projeções futuras e trazem fotos que eles associem a cada situação. A intervenção gera auto-imagens prospectivas como: “Se eu deixar de fumar vou tornar-me “uma mulher forte e inteligente com caráter” ou “um pai atencioso, mais equilibrado e ponderado”; ou por outro lado: “se continuar a fumar vou tornar-me numa idosa frágil, sem folego, e com ataques de tosse” ou “vou tornar-me num homem débil, com dores, antissocial e com um cheiro desagradável”. Uma primeira descoberta interessante é que a maioria das fotos fornecidas pelos participantes é de natureza simbólica e não contém pessoas ou produtos para fumadores. As associações escritas junto das figuras incluem: “tranquilo”, “completo” e “decidido” em oposição a “viciado”, “depressivo” e “sem esperança”. Temos que investigar ainda se a intervenção muda realmente o comportamento, mas suspeitamos que ter estas ‘auto-imagens’ prontamente acessíveis quando é necessário, por exemplo quando há maior vontade de fumar, ajuda a permanecer no caminho certo. Entretanto, já existe evidência científica da eficácia de intervenções deste género com projeções futuras para outros **comportamentos de saúde como o exercício**.

Nós somos bem-sucedidos nos grupos que nos sentimos relacionados

Na nossa vida quotidiana resistir a desejos ou a tentações pode ser particularmente difícil em situações sociais. Como ex-fumador, você pode rezear ser excluído por não estar alinhado com os comportamentos dos seus amigos e familiares. Pode também perder oportunidades para as

atividades do seu grupo de que gosta muito. Muitas das nossas auto-percepções são baseadas nos grupos sociais aos quais pertencemos. Por exemplo, **a maioria das pessoas que fuma ou usa drogas afilia-se a pessoas que também usam a mesma substância**. O uso de substâncias é um comportamento normativo chave que define “fazer parte do grupo”. Por sua vez, este comportamento está associado a todos os outros tipos de qualidades valorizadas. Por exemplo, **após a sua reabilitação, alguns jovens** podem sentir que os seus amigos que consomem cannabis ainda são as pessoas que “melhor se ajustam a eles”, mesmo que agora já não estejam a consumir. Os que já não consomem são facilmente vistos como mais aborrecidos ou como não tendo “inteligência própria, lealdade e nível de maturidade”. Isto demonstra como o desafio de permanecer um membro valorizado no próprio grupo social deve estar no topo de nossa agenda quando tentamos apoiar estilos de vida saudáveis.

Assim, para estabelecer uma mudança duradoura, precisamos que as pessoas desenvolvam auto-representações positivas, nas quais possam vislumbrar o seu futuro “eu” a realizar o novo comportamento saudável que está alinhado tanto com seus próprios valores como com o seu contexto social.

Recomendações práticas:

O comportamento tem uma importância direta na experiência e na imagem de si mesmo. Incentive as pessoas a pensarem criativamente sobre no que se podem tornar, por exemplo, criar tabelas de classificação de humor tanto para o seu futuro “eu” ideal, como para o seu “eu” indesejado.

Descubra formas pelas quais as auto-percepções vinculadas ao novo comportamento possam ser invocadas em momentos críticos, como em situação de desejos ou tentações. Por exemplo, grave as tabelas de humor no ecrã inicial do computador ou smartphone, para lembrar o porquê da mudança desejada.

Ajude as pessoas a incorporar o seu novo comportamento no contexto social que valorizam, por exemplo, antecipando e ensaiando formas cordiais de se desviar da norma do grupo. Por exemplo, aquando de uma oferta de uma bebida alcoólica, pode dizer-se de forma educada “eu realmente aprecio, mas não obrigado (já estou satisfeito por hoje)”; ou utilizar o vínculo partilhado: “Obrigado, estás sempre preocupado comigo, és um bom amigo. Como é que tens passado ultimamente?”.

”

Estudos N=1: O que podemos aprender com estudos de casos únicos?



Por **Marie Johnston e Derek Johnston**, Universidade de Aberdeen, Escócia

Os profissionais de saúde querem frequentemente a resposta para um problema que diz respeito a uma pessoa, uma equipa de saúde, um hospital, ou uma região etc. Por exemplo, pode ser importante saber com que frequência uma pessoa com obesidade come, quando e onde come, e se o stress agrava o problema. Ou pode ser relevante examinar com detalhe a frequência com que os membros

de uma equipa de saúde negligenciam a higienização das mãos, se diminui quando há falta de pessoal, se adicionar posters ou flyers de apelo à higienização das mãos ajuda a aumentar a frequência desse comportamento. Ou, a um nível político, investigar como é que novas regulamentações, como a proibição de fumar em locais públicos, afetou as taxas de consumo de tabaco.

Pode-se tentar responder a estas questões perguntando às próprias pessoas o que elas pensam ou do que se lembram, mas poderá ser mais eficaz observar ou perguntar nos momentos e locais críticos, para evitar enviesamento e esquecimento. Os recentes avanços tecnológicos, como a monitorização digital usando por exemplo smartphones, facilitam o rastreamento do que está a acontecer em tempo real, e um estudo N=1 (caso único) pode ajudar a responder a questões de investigação como as mencionadas neste texto.

Os estudos N=1 são possíveis quando o problema pode ser **medido repetidamente** para se observar as mudanças no indivíduo ao longo do tempo. Isto permite ter uma descrição detalhada do problema e examinar se melhora ou piora sob algumas condições, ou introduzir uma nova intervenção ou tratamento e avaliar se está a ter o efeito previsto.

A avaliação mais simples dos dados recolhidos é a observação de tendências através de um gráfico, como nas ilustrações abaixo. Este é um passo essencial em qualquer análise N=1 e em alguns casos será suficiente. Existem também **métodos de análises estatísticas** para este tipo de estudos, e métodos mais complexos continuam

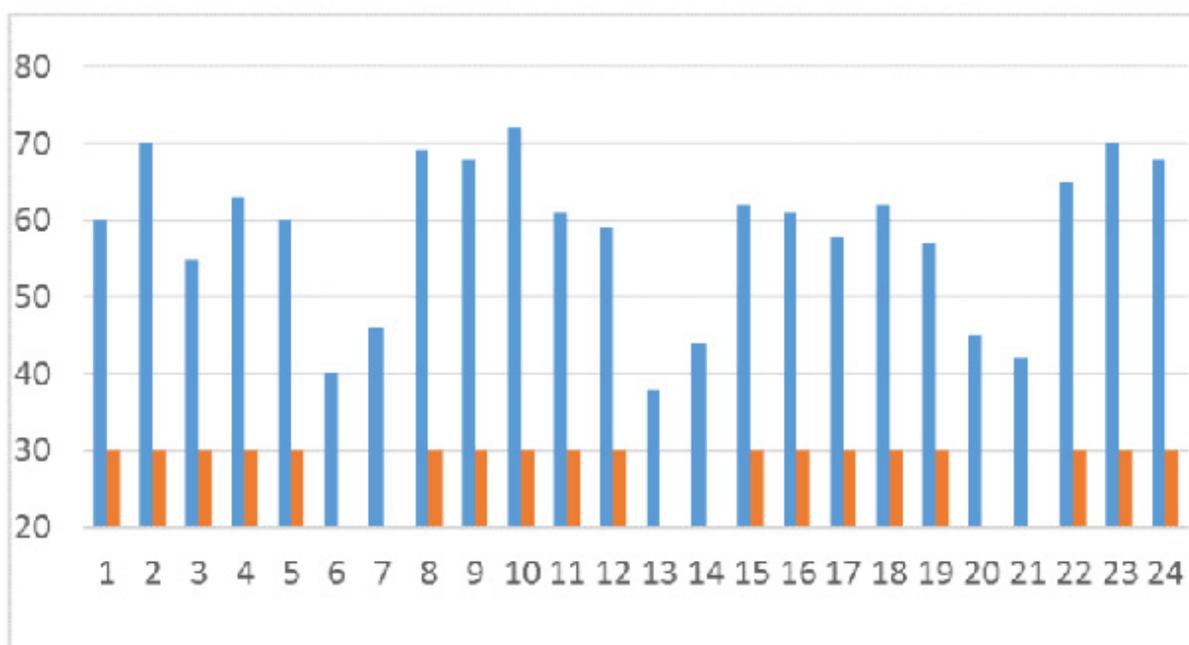
a ser desenvolvidos (por exemplo, **métodos para avaliar mudanças dinâmicas**).

Usar estudos N=1 para avaliar o problema

Um estudo pode ser realizado para avaliar a gravidade, a frequência, ou o padrão de um problema ao longo do tempo. Por exemplo na Figura 1, as classificações de ansiedade variam com o tempo, mas é possível detectar um padrão. O padrão observado mostra que há diferença nos níveis de ansiedade entre os dias de semana em que há um registo de presença no trabalho e os fins de semana. Este tipo de informação pode ser útil na escolha do método de tratamento ideal para **o paciente**.

As informações recolhidas nestes estudos de caso único podem ir para além da descrição do problema e ajudar a explicar o que é observado. Em alguns casos, o profissional pode ter uma teoria sobre o que influencia o problema observado e pode ser possível testar **o quão bem a teoria explica os fenómenos observados**.

Figura 1: Estudo N=1 para descrever um problema: a azul estão os registos de ansiedade e a vermelho os dias de trabalho, num período de 24 dias

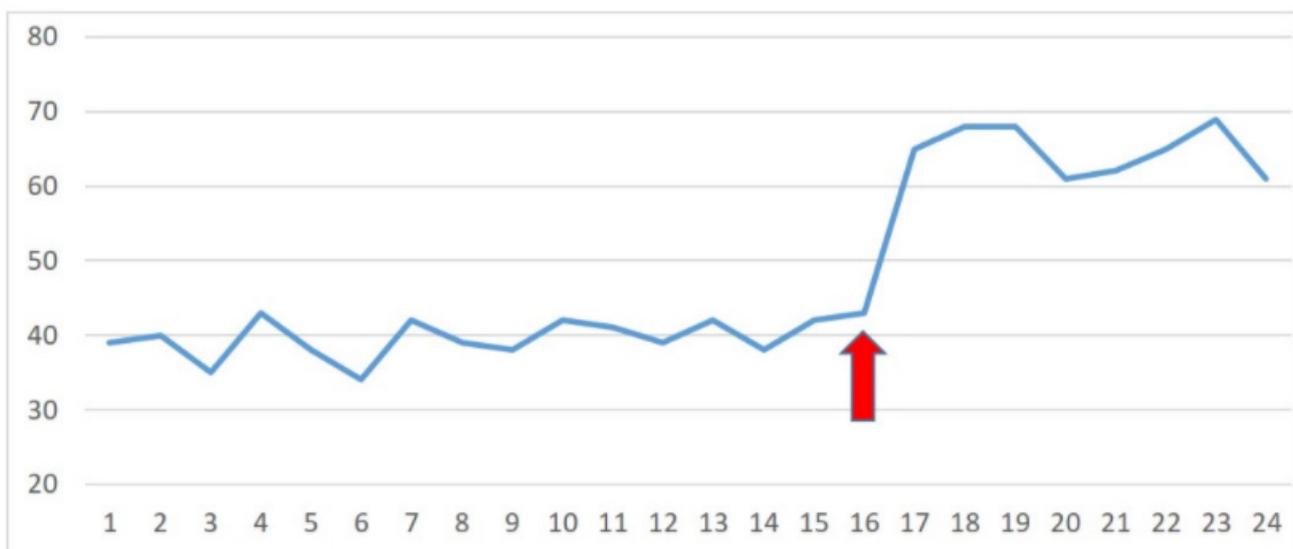


Usar estudos N=1 para avaliar se um evento/ ocorrência agravou ou atenuou o problema

Os problemas podem ser atenuados ou agravados pela ocorrência de eventos naturais ou planejados, como a morte de um familiar ou um casamento, a transmissão de informações sobre saúde pelos media, ou até pelo clima. Na ilustração hipotética da Figura 2, as consultas da gripe aumentaram substancialmente na semana seguinte a uma transmissão na TV sobre a gripe. Isto sugere que esse aumento não se deveu a uma epidemia iminente,

e também que, no futuro, os serviços de saúde podem antecipar aumentos semelhantes em consultas quando condições clínicas são notícia. Uma análise N=1 de ocorrências de hospitais ingleses, permitiu verificar um **aumento nas internamentos por episódios cardíacos associados a um importante jogo de futebol** durante o Campeonato do Mundo de 1998.

Figura 2: Usar estudos N=1 na avaliação do efeito de um evento: há aproximadamente 40 consultas relacionadas com a gripe. Depois de uma transmissão na TV sobre a gripe (indicada pela seta), o número de consultas aumentou



Usar estudos N=1 para avaliar se uma intervenção ou tratamento está a ter o efeito desejado

Os métodos dos estudos N=1 podem ser usados no **desenvolvimento de novas intervenções**, incluindo intervenções clínicas e de políticas de saúde. No exemplo hipotético da figura 3, um indivíduo com obesidade está a comer snacks fora dos momentos de refeição cerca de 7 vezes por dia; após a intervenção indicada pela linha vermelha (possivelmente a automonitorização desses pequenos lanches), a frequência desse comportamento alimentar reduz rapidamente para 2 vezes por dia.

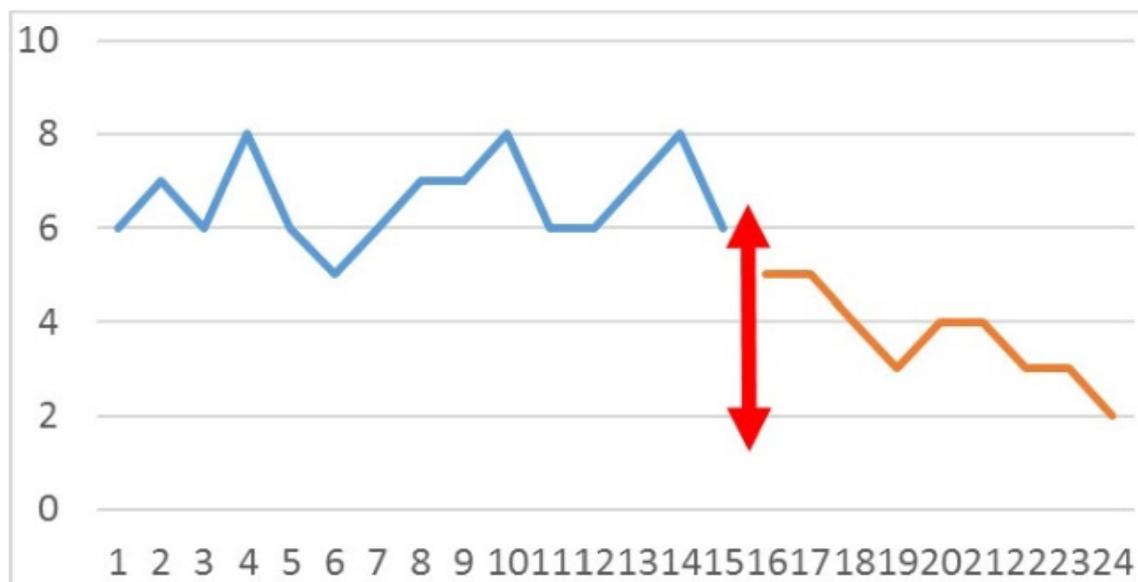
Métodos semelhantes podem ser usados para estudar os **hábitos tabágicos** de um país e avaliar o impacto de mudanças políticas nesse comportamento, **como políticas públicas afetam o consumo de tabaco**, por exemplo.

Um bom exemplo do uso prático dos métodos N=1 para avaliar o efeito de uma intervenção foi relatado por profissionais de um hospital de uma região. Estes profissionais avaliaram o problema do atraso na notificação de eventos

adversos no período de 2001 a 2006 e descobriram que, embora o atraso variasse, era problemático para o seu programa de segurança do paciente e não havia sinais de melhora ao longo do tempo. Em 2007 e 2008, foi introduzido um programa para reconhecer o bom desempenho, o que levou à redução dos atrasos nos anos subsequentes. Este estudo mostra **como o reconhecimento de performance (exemplo, notificação de eventos adversos) levou à melhoria na tempo de redação de relatórios**.



Figura 3: Usar estudos N=1 para avaliar o efeito de uma intervenção: os primeiros 15 dias mostram que a frequência de monitorização do consumo de snacks fora das refeições iniciadas ao 16º dia (linha vermelha) resultou num decréscimo deste comportamento alimentar.



Desafios

A recolha de dados em estudos N=1 (caso unico) pode ser difícil. Medições repetidas frequentes podem ser onerosas e resultar na falta de dados. O rápido desenvolvimento de tecnologias móveis e digitais acessíveis, incluindo smartphones, tornam a recolha de dados mais fácil e fiável.

Recomendações práticas

- Use um estudo N=1 em situações práticas
- para descrever e avaliar um problema,
- avaliar os efeitos de uma intervenção ou de um evento.
- Avalie um problema ou algo importante que possa ser avaliado repetidamente ao longo do tempo.
- Interprete os dados usando métodos descritivos, como gráficos ou métodos estatísticos.
- Estão disponíveis [aplicações para smartphone gratuitas](#) para recolher dados auto-reportados.





”

Atividade física nos mais velhos: quanto é suficiente?

Por **Anne Tiedmann**,
Universidade de Sidney,
Austrália

“A falta de atividade destrói a boa condição de qualquer ser humano enquanto que movimento e exercício físico metódico preserva-o” Platão, 400 A.C.

Já há muito que se sabe que fazer da atividade física um hábito regular é importante para a saúde e o bem estar mas, frequentemente, as mensagens de promoção da saúde são direcionadas para crianças e jovens adultos, com reduzido foco na importância da atividade física nas pessoas acima dos 65 anos. No entanto, a idade sénior é uma altura crucial para se integrar a atividade física nas rotinas do dia a dia.

As **recomendações globais da Organização Mundial de Saúde da atividade física para a saúde** indicam que as pessoas uma idade de 65+ devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada, ou pelo menos 75 minutos de atividade física vigorosa, ou uma combinação semanal equivalente de atividade moderada e vigorosa. Recomenda também que os adultos séniores façam atividade física 3 ou mais dias por semana para

melhorar o equilíbrio e prevenção de quedas, e realizem ainda atividades de fortalecimento muscular pelo menos 2 vezes por semana. Apesar das recomendações claras dos níveis de atividade física associados a benefícios de saúde, cerca de 1 terço da população mundial é inativa, sendo a maior prevalência de inatividade física na **população sénior**.

É importante notar que fazer alguma coisa é melhor que não fazer nada, mesmo que as pessoas não consigam gerir os níveis de atividade física recomendada pelas orientações da Organização Mundial de Saúde. A atividade física pode incluir vários tipos de atividade, desde aulas de exercício estruturado, à mobilidade ativa, à jardinagem ou trabalhos domésticos. Começar devagar e ir aumentando progressivamente os níveis de atividade, ao mesmo tempo que se escolhem atividades prazerosas é uma boa forma de começar. Para aqueles que já participam em atividades mais vigorosas como corrida, remo, ou ciclismo, a idade não deve razão para parar se a saúde permitir continuar.

As quedas são também um problema recorrente nas idades mais avançadas, sendo que a cada ano cerca de 1 em cada 3 pessoas com 65+ anos tem uma queda. Estas quedas têm frequentemente consequências graves e duradouras para a pessoa idosa e a sua família, e pode até mesmo resultar na necessidade de transferência do idoso para um lar ou centro de dia. As quedas são evitáveis, e podem ser prevenidas com **exercícios regulares que desafiam o equilíbrio**, como caminhada sincronizada ou repetição de exercícios sentar e levantar (sit-to-stand).

As pessoas mais velhas enfrentam barreiras específicas ao aumento dos níveis de atividade física – estas podem ser de natureza financeira, física, social ou prática. **Alguns idosos** consideram que os aparelhos eletrónicos que registam a atividade física diária são muito úteis por lhes lembrarem e motivarem a serem mais ativos.

Algumas pessoas requerem uma abordagem de maior suporte para se manterem no bom caminho e conseguirem assim atingir os seus objetivos de atividade física. O aconselhamento para a saúde é uma abordagem centrada na pessoa que inclui normalmente técnicas de entrevista motivacional e definição de objetivos focados na solução como estratégias para a promoção da mudança comportamental. Uma revisão sistemática recente demonstrou que esta abordagem de aconselhamento promove melhorias significativas nos níveis de atividade em pessoas com 60+ anos.

O **estabelecimento de objetivos** é outra estratégia que suporta a mudança comportamental para o incremento dos níveis de atividade física. Os objetivos encorajam as pessoas a criar um sentido de urgência e uma motivação para investir tempo e energia para realizar a mudança desejada. Para maximizar a sua eficácia, os objetivos devem ser **auto-propostos** e estar de acordo com o **critério S.M.A.R.T.**: Específico, Mensurável, Atingível, Relevante, Temporizado.

Os benefícios sociais da atividade física são particularmente importantes na pessoa idosa. Existem imensas opções para as pessoas que preferem fazer exercício em grupos organizados. Muitas associações locais organizam grupos de caminhada – esta é uma boa forma de promover um estilo de vida ativo de uma forma divertida e sociável. Ou um pouco mais desafiante, **Parkrun** é um evento gratuito, com 5 kms de corrida semanal organizados em mais de 1700 locais em todo o mundo.

A mensagem sobre atividade física é simples para qualquer idade – tente ser o mais ativo que consiga ser, o mais frequentemente que consiga, de todas as maneiras possíveis. Fazer alguma coisa é melhor que não fazer nada, e qualquer momento de atividade ajudará a melhor a sua saúde.

Recomendações práticas

- Torne a atividade física parte de todos os planos de prevenção/tratamento de forma a maximizar benefícios de saúde e bem-estar.
- Ajude os pacientes a perceberem o movimento como uma oportunidade para melhorar a saúde em vez de uma inconveniência necessária, por exemplo, sugerir o uso das escadas em vez do elevador ou, sempre que possível, caminhar quando vais às compras em vez de levar o carro.
- Os idosos que são iniciantes na prática de atividade física devem ser encorajados a escolher uma atividade que eles gostem e desfrutem, começando devagar com períodos mais curtos e aumentar depois progressivamente a duração e intensidade ao longo do tempo.
- **Exercícios** realizados de pé que especificamente desafiem o equilíbrio são dos mais eficazes para reduzir o risco de quedas em idades mais avançadas.
- Recomende a **especificação de objetivos**, o uso de relógios de monitorização de atividade e/ou a procura de apoio especializado na promoção de atividade física na população idosa.

”

Falando sobre o peso numa consulta



Por **Jane Ogden**, Universidade de Surrey, Reino Unido

É difícil falar sobre peso durante uma consulta. Alguns utentes 'ficam doentes' só de ouvirem as palavras 'Você podia perder algum peso' numa consulta. Alguns utentes podem sentir-se estigmatizados pela classe médica e pensarem que **para os outros tudo se resume ao seu tamanho corporal**. Enquanto isto pode ser verdade para alguns indivíduos, outros podem até nunca ter considerado o seu peso como um problema e podem se sentir insultados ou ficarem surpresos por se levantar esse tema. Algumas pessoas podem simplesmente não querer ouvir a mensagem e bloquear o que lhes é dito, pensando por exemplo 'o que é que tu sabes – tu és magro /a gordo /a muito jovem / muito velho/a' ou 'a

ciência está sempre errada'. Levantar esta problemática do peso requer portanto algum cuidado na gestão de "quando", "como" e "o que" é dito a uma pessoa com excesso de peso.

Quando...

As pessoas passam a maior parte das suas vidas com as mãos a taparem os ouvidos e têm uma capacidade fabulosa para não ouvirem o que lhes é dito. O primeiro truque para que uma mensagem seja ouvida é o momento, e em relação ao peso, é muitas vezes melhor ligá-lo a um **momento** de aprendizagem'. Estes podem ser novos

sintomas, como falta de ar ou dores nas articulações; o diagnóstico de uma condição clínica como diabetes ou tensão alta; o mencionar de um evento de vida significativo como a aposentação, ou alguma dimensão da vida que se tornou difícil, como subir escadas, pegar uma criança ao colo ou atar os sapatos. Estes **momentos** podem fazer com que as pessoas 'destapem os seus ouvidos', por isso quando um utente proporcionar este momento, aproveite-o e aborde o assunto do peso.

Como...

Mas a próxima parte não é fácil! Será que se deve dizer 'gordura', 'peso', 'excesso de peso', ou até mesmo 'obesidade'? Será que se deve abordar de forma muito cuidadosa "podemos usar uns momentos da consulta para falar sobre o seu peso?" Ou ser mais direto e dizer algo como 'Precisa de perder peso'. É difícil decidir, mas a minha leitura da evidência científica, e que está descrita no livro '**A Psicologia da Dieta**', é a seguinte: os profissionais de saúde têm normalmente mais receio de falar sobre este tema do que os próprios utentes. Os profissionais devem levantar o assunto mesmo se estiverem desconfortáveis em mencioná-lo. Todos os pacientes são diferentes; todos os profissionais de saúde são diferentes; e todas as consultas representam uma dinâmica única entre duas pessoas diferentes. Assim acaba por se resumir a um momento de avaliação no momento certo e de usar a abordagem que acredita ser a que melhor se ajusta àquele utente em particular naquele exato momento. Desde que seja dito de forma empática e calorosa, não haverá problema. Por exemplo,

'Sabia que o seu excesso de peso pode aumentar a sua pressão arterial'? pode ser uma abordagem útil já que liga o peso com um problema de saúde específico. Ou "Perder peso pode ajudá-lo/a com o seu problema nas costas" é uma boa forma de iniciar, pois apresenta a perda de peso como uma solução. Depois, uma vez a conversa iniciada, preste especial atenção ao que se segue e **ajuste o que você diz a essas novas informações. Isto vai ajudar** a construir uma relação com potencial futuro, de forma que os/as utentes voltem à consulta e novas dinâmicas de conversação possam acontecer. Um bom sítio onde pode descobrir mais sobre **este tema** é na **investigação** sobre '**conversas saudáveis**' e '**Fazer com que cada contacto conte**'.

O quê...

E como posso ajudar o/a utente? Os próximos passos devem ajudar o/a utente a **perceber que o seu peso é um problema**; a acreditar que **o peso está relacionado com o que fazem** (isto é, os **comportamentos**); **encoraje a mudar comportamentos**, a que tenham confiança em si e queiram voltar.

Perder peso é um desafio a longo prazo. A forma 'como' é feito 'quando', e 'o quê', deve assegurar que o/a utente inicie este desafio, e que não termine ainda antes de começar.

Recomendações práticas



- Quando, como, e o que dizer são critérios chave
- Escolha o momento certo – aborde o tema do peso num momento de aprendizagem
- Ajuste as suas palavras à linguagem do/da utente, e não tenha receio de levantar a problemática do peso
- Encoraje os/as seus/suas utentes a verem o papel que os seus próprios comportamentos têm na problemática do peso – mas com compaixão e sem uma conotação de culpa.



”

Auto-eficácia: Acreditar que “consegue” pode mudar estilos de vida

Por **Ralf Schwarzer**,
Freie Universität Berlin,
Alemanha e SWPS
Universidade de
Humanidade e Ciências
Sociais, Polónia

Mudar comportamentos é frequentemente desejável, mas também difícil. Por exemplo, deixar de fumar, comer de forma saudável ou manter uma rotina de exercício requer motivação, esforço e persistência. Muitos fatores psicológicos têm influência no processo de mudança comportamental, e a **auto-eficácia** é um dos mais importantes.



O que é, e o que faz a auto-eficácia?

Alguma vez sentiu dificuldade em controlar o consumo de álcool quando vai jantar fora? Apesar de saber que não devia beber, pode ter dificuldade em controlar o consumo. Este sentimento de dificuldade indica uma baixa auto-eficácia para a abstinência de álcool. A Auto-eficácia é a quantidade de controlo pessoal que esperamos ter sobre um determinado comportamento, principalmente em situações difíceis. É uma crença otimista na nossa capacidade para enfrentar desafios. Se tivermos uma crença forte que somos capazes de desempenhar com sucesso uma determinada tarefa (i.e. ter uma elevada auto-eficácia) há maior probabilidade de trabalharmos nesse sentido. Por outro lado, se duvidarmos da capacidade de desempenhar essa tarefa (i.e., baixa auto-eficácia), podemos hesitar na nossa ação. Assim, a auto-eficácia orienta a mudança comportamental e suporta o funcionamento ótimo.

O que nos diz a investigação sobre a mudança comportamental em saúde?

Revisões indicam que uma elevada auto-eficácia é um preditor de adoção de comportamentos de saúde importantes, incluindo cessação tabágica, gestão de peso, contraceção, consumo de álcool, **ingestão de frutas e vegetais**, **higiene dentária**, e exercício. Adicionalmente, estudos com intervenções indicam que o aumento da auto-eficácia leva a melhorias no comportamento (e.g., **comportamento alimentar** e

atividade física). Estas investigações demonstram que os indivíduos precisam de ter uma certa quantidade de auto-eficácia para iniciarem comportamentos de saúde importantes e atingir os resultados desejados (por exemplo, a **perda de peso**).

Sabendo que a auto-eficácia é claramente importante para orientar a mudança comportamental, duas questões fundamentais permanecem: como podemos dizer se alguém tem uma auto-eficácia elevada ou baixa? E o que se pode fazer para aumentar os níveis de auto-eficácia?

Como se pode medir o nível de auto-eficácia?

A forma mais comum é pedir às pessoas para avaliarem certas afirmações. Uma regra sugerida para se avaliar a auto-eficácia para um comportamento específico é: "estou confiante que consigo ... (executar uma ação), mesmo se ... (uma barreira)." Um exemplo de uma afirmação de auto-eficácia é: "Estou confiante que consigo não comer uma sobremesa mesmo se a minha família estiver a comer". Têm sido desenvolvidas escalas de auto-eficácia para todos os tipos de comportamentos de saúde. Algumas escalas mais breves para medir a auto-eficácia para a alimentação, exercício, uso de protetor solar, higiene dental, higienização das mãos, e consumo de álcool, podem ser encontradas **aqui** e **aqui**. Quando se avalia a auto-eficácia é importante saber que ter uma auto-eficácia baixa para um comportamento não significa que a auto-eficácia será também baixa para outro comportamento diferente. A auto-eficácia

deve por isso ser medida em relação a um comportamento específico.

Como é que se pode aumentar os níveis de auto-eficácia?

Para aumentar os níveis de auto-eficácia a maioria das intervenções baseiam-se em quatro fontes de informação organizadas de forma hierárquica. Primeiro, no topo desta hierarquia, as crenças de auto-eficácia podem ser reforçadas através do sucesso individual. Para suportar estas experiências de mestria, poderá orientar os seus clientes ou utentes a desempenharem pequenos objetivos que tenham boa probabilidade de serem atingidos com sucesso. Poderá depois providenciar feedback positivo para reforçar a crença de auto-eficácia e, encorajar a pessoa a ultrapassar novos objetivos mais desafiantes. Estas tarefas de dificuldade gradual podem ser úteis num contexto clínico, por exemplo em fisioterapia (por exemplo, progressão gradual de exercícios de equilíbrio ou força), ou em terapia cognitivo-comportamental para lidar com fobias.

Um segundo fator de promoção de auto-eficácia é a experiência vicariante, ou a observação dos outros. Quando se observa outras pessoas (similares) a ultrapassarem com sucesso uma situação difícil, os fenómenos de comparação social e imitação do comportamento podem reforçar as crenças de auto-eficácia. Imagine

que está a deixar de fumar mas o seu parceiro/a não consegue fazê-lo devido a uma baixa auto-eficácia. Neste caso poderá tentar aumentar os níveis de auto-eficácia do seu parceiro/a ao progredir passo a passo, informando sobre as suas próprias dificuldades e a forma como lidou com elas, demonstrar como ultrapassou situações de ressaca, e expressar as suas crenças otimistas, etc. Um modelo auto-eficaz e disponível para ajudar a lidar com obstáculos pode fazer a diferença.

Em terceiro lugar e, com menor impacto, as crenças de auto-eficácia podem ser também alteradas através de persuasão verbal, por exemplo, dizer a alguém que tem capacidade para ser bem sucedido/a numa determinada tarefa em que haja persistência. Estes tipos de persuasão podem fortalecer a auto-eficácia para a gestão da tarefa em questão.

A quarta fonte, menos relevante nas intervenções de mudança comportamental em saúde, é a percepção e interpretação da ativação fisiológica. No entanto, o técnico poderá intervir nesta fonte de auto-eficácia ao preparar os seus clientes para um provável desconforto fisiológico aquando a iniciação de novos comportamentos de saúde, diminuindo a probabilidade de desistência em fases iniciais do processo de mudança (por exemplo, ter dores musculares depois do exercício).

Em conclusão, a auto-eficácia é uma crença significativa e alterável, importante para a iniciação e manutenção dos comportamentos de saúde.

Recomendações práticas

- **Avaliar a auto-eficácia.** Avalia a auto-eficácia do/a utente ou cliente para a mudança comportamental desejada. Isto pode ser feito usando um questionário ou perguntando à pessoa a confiança que tem para executar com sucesso um determinado comportamento, em situações difíceis.
- **Intervir para aumentar a auto-eficácia.** Se um individuo tem uma baixa auto-eficácia, tente focar-se numa das seguintes fontes de auto-eficácia durante a intervenção de mudança comportamental:
 - ▶ **Encorajar experiências de sucesso/mestria:** Apoie na estruturação dos esforços de mudança, de forma a que o/a utente ou cliente atinja pequenos sucessos relacionados com o novo comportamento, numa fase inicial do processo.
 - ▶ **Identifique experiências vicariantes:** Use testemunhos próximos da realidade do/a seu/sua cliente e ajude-o a identificar modelos a seguir (semelhantes a ele/a próprio/a) que tenham tido sucesso com o novo comportamento.
 - ▶ **Seja persuasivo/a:** Deixe que o/a cliente saiba que você acredita nas suas capacidades e que ele/a tem tudo o que precisa para ser bem sucedido na mudança comportamental.

”

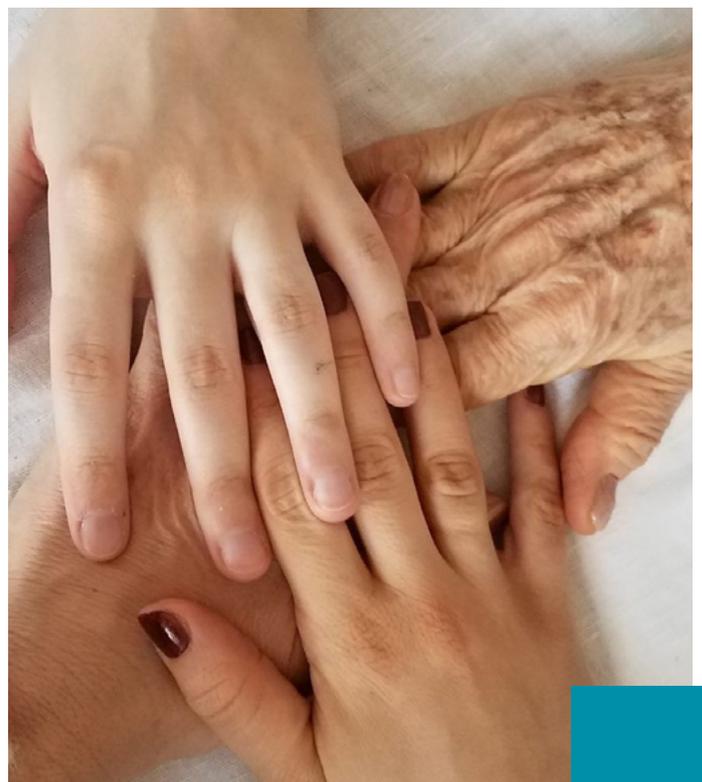
Contando histórias sobre cuidar dos outros

Por Irina Todorova, Health Psychology Research Center, Sofia, Bulgaria

Cuidar dos nossos entes queridos, em situações de saúde frágeis, pode ser uma experiência difícil e confusa, que pode, ao mesmo tempo, ser sentida como gratificante e frustrante. O avanço nas ciências médicas traz maior longevidade, vidas mais saudáveis e até um abrandamento do declínio cognitivo. A forma como as famílias cuidam dos mais velhos, bem como a concepção de envelhecimento, de demência e de prestação de cuidados varia entre **contextos culturais**. Muitas pessoas envelhecem em casa, o que traz benefícios psicossociais tanto para essas pessoas como para os seus familiares e comunidade. Ao mesmo tempo, cuidar das pessoas com uma saúde debilitada traz um grande esforço físico, desgaste psicológico, um processo de luto associado a um contínuo sentimento de perda e, em muitos casos, dificuldades financeiras para o/a cuidador/a informal.

A **psicologia da saúde narrativa** tem como objetivo entender experiências vividas e significados associados nos contextos cotidianos através de storytelling, especialmente para fazer sentido da saúde e da doença, e as suas relações com as mudanças de identidade. Através de narrativas, as pessoas podem criar sentido de inesperadas **“disrupções bibliográficas”**, bem como criar relações entre o passado, o presente, e future, o que permite compreender a continuidade na identidade e relacionamentos. Ao ligar eventos separados numa história dinâmica, as pessoas dão explicações ao que aconteceu, sobre o que que significa, e ao que aquela pessoa agora se tornou. Como nós também observamos na nossa investigação sobre prestação de cuidados, as narrativas ajudam os/as cuidadores a fazerem sentido de

como a sua relação com o seu ente querido vai sendo redefinida. A psicologia da saúde narrativa enfatiza que as histórias têm múltiplos níveis, como o nível pessoal, social, e cultural, o que permite identificar disparidades em saúde. As narrativas dos pacientes, os seus cuidadores formais e informais estão a ser cada vez mais utilizadas e valorizadas quer na **medicina** aplicada quer na educação médica.



Cuidando do/a Cuidador/a: Investigadores/as e profissionais de saúde têm se interessado sobre o apoio aos/às cuidadores/as. Estudos de avaliação demonstraram que diferentes abordagens podem ser úteis: Sumariamente podemos definir 4 grupos:

- **Educação e formação** – aumentar o conhecimento sobre o envelhecimento e a demência, as suas fases e sintomas.
- Suporte social – providenciado pelos pares em grupos de suporte ou em formato online; e pela família e amigos.
- Descanso – a comunidade social ou algumas organizações podem providenciar momentos de descanso da prestação de cuidados para aliviar a fadiga do cuidador.
- Comportamentos promotores de saúde para os cuidadores, como atividade física ou práticas que reduzam os níveis de stress,

Devemos também enfatizar a importância de se criar e defender políticas de apoio aos/às cuidadores/as informais, aos/às pacientes e às suas famílias. Por exemplo, nos EUA, a **Legislatura de Massachusetts passou a Lei Geral** sobre Alzheimer e Demência em resposta aos pedidos das famílias e dos profissionais de saúde e defendidos pela delegação local da Alzheimer's Association. Esta legislação vai apoiar a formação prestadores de cuidados de saúde para diagnosticar e providenciar cuidados para doentes com demência e para as suas famílias; garantir informação adequada sobre os diagnósticos; garantir cuidados de saúde avançados e adequada proteção contra abusos.

Prática de Saúde Narrativa: As práticas narrativas são centradas na pessoa, dialógicas e incorporadas nos contextos culturais e institucionais onde a prestação de cuidados ocorre. Para os cuidadores, a prática da narrativa ajuda-os na elaboração de um sentido, e também aumenta a sua "competência narrativa" – ouvir e estar envolvido nas histórias e experiências da pessoa que eles cuidam.

Uma **meta-análise de intervenções** para promover o bem estar do cuidador concluiu que estas são mais eficazes quando os/as cuidadores/as e os/as pacientes estão ambos envolvidos no processo. Estes são alguns exemplos dos programas de storytelling introduzidos nos cuidados domiciliários e nos lares (e.g., '**atividade sobre a história de vida**' e 'atividade de reminiscência'). Apesar da maioria destas atividades se focarem nas pessoas mais velhas, algumas delas são organizadas como práticas colaborativas de storytelling, que inclui família cuidadores informais.

A prestação de cuidados pode ser uma situação custosa para os cuidadores informais. Expressar estas situações através de histórias que envolvem fadiga e luto, pode

ajudar a aprofundar as relações entre entes queridos. Ajudar os/as cuidadores/as a aceitarem as suas próprias histórias pode contribuir para um renovado sentimento de significado e propósito.

De uma perspectiva de prática narrativa, deixa-se aqui as seguintes sugestões que poderão ser implementadas pelos/as profissionais de saúde, e que os/as cuidadores/as informais podem também ter em consideração.

Recomendações práticas

- Encoraje os/as cuidadores/as informais a partilhar as suas histórias de prestação de cuidados e da relação com o seu ente querido. Faça perguntas de resposta aberta ("conte-me sobre o tempo em que...") e ouça com empatia. Encoraje os/as cuidadores/as a falarem com amigos ou a integrarem grupos de apoio de pares onde há espaço para partilhar histórias.
- Encoraje os/as cuidadores/as a escreverem um diário, a lerem e refletirem. Refletir sobre estas histórias é uma boa forma dos cuidadores fazerem sentido do que está a acontecer nas suas vidas, e isto pode ser benéfico para a saúde de **várias formas**.
- Tenha em consideração que as histórias dos/as cuidadores/as são relacionais, proponha que os/as cuidadores/as e as pessoas de quem cuidam dediquem tempo a falar sobre o seu passado partilhado e o seu presente. Dê aos cuidadores ideias sobre como evocar e ligar memórias com a pessoa cuidada (por exemplo, ao ver fotografias antigas, objetos que evocam memórias partilhadas, fazer caixas de memória ou colagens).
- Estas práticas de storytelling levam tempo a implementar e podem não ser bem aceite por todos os/as cuidadores/as. Elas devem por isso ser discutidas de forma sensível e gradual. Como as histórias podem evocar múltiplas emoções, a prática de storytelling podem ser também realizadas em breves sessões.



Motivação para a atividade física: os primeiros passos



Por **Keegan Knittle**, Investigador em Psicologia da Saúde, Universidade de Helsínquia, Finlândia

Esta é uma história familiar nos cuidados de saúde primários: um/a utente que beneficiaria claramente com a prática regular de atividade física entra no consultório. Conversamos sobre a sua atividade física e sedentarismo e, no final, a pessoa diz que não está motivada para fazer mudanças. O que deve um profissional de saúde fazer? Como podemos motivar esta pessoa a pelo menos considerar uma mudança de comportamentos pela sua saúde? Ou melhor ainda, como ajudar a pessoa a adquirir a intenção de se tornar ativo/a?

Em consultas com utentes "desmotivados", os profissionais de saúde normalmente começam por providenciar informação sobre os benefícios da atividade física. É provável que também aconselhem a pessoa a ser mais ativa, mas ao fazerem-no, pode acontecer que se esqueçam de considerar as próprias preferências de atividade física do/a utente. Embora estes esforços de dar informação e aconselhamento sejam bem-intencionados, é pouco

provável que por si só produzam uma mudança efetiva no/a utente. De facto, se **26 pessoas inativas receberem aconselhamentos de atividade física**, a probabilidade é que apenas uma delas atinja posteriormente os níveis recomendados de atividade física.

Em alguns casos os profissionais de saúde para além de aconselharem a fazer atividade física, tentam persuadir as pessoas a mudarem através de expressões como "Tem de mudar, pela sua saúde" ou "Tem ser mais ativo JÁ". Estas abordagens mais impositivas podem ser contraproducentes, levando a um aumento da resistência à mudança por parte do/a utente. Em circunstâncias extremas, um profissional de saúde pode até tentar **assustar a pessoa** listando as consequências adversas para a saúde se não ocorrer imediatamente uma mudança de comportamentos, neste caso aumentar a prática de atividade física. Estas tentativas de intimidar as pessoas para que mudem **são geralmente ineficazes**, a não ser que a pessoa se sinta

com capacidade para pôr em prática essa mudança. Assim, a questão mantém-se: Qual é a melhor forma de motivar as pessoas para aumentarem os seus níveis de atividade física?

Em 2018, o **nosso grupo** de investigação publicou uma **meta-análise** que pretendeu responder a esta questão. Neste estudo, identificámos as técnicas de mudança comportamental (por ex. suporte social, automonitorização) implementadas em mais de 100 intervenções de promoção de atividade física. Depois, examinámos quais as técnicas de mudança comportamental que aumentavam a motivação para a atividade física. Os resultados revelaram dois grandes grupos de técnicas que parecem aumentar a motivação para a prática de atividade física. O primeiro grupo consiste em técnicas de autorregulação. Na nossa análise, todas as **técnicas de autorregulação** (i.e., automonitorização dos níveis de atividade física, ter feedback sobre o desempenho, formular objetivos de atividade física, estabelecer **planos de ação** e mobilizar estratégias de resolução de problemas para ultrapassar barreiras à prática de atividade física) tiveram efeitos significativos no aumento da motivação. As intervenções que usaram a automonitorização coadjuvada com pelo menos uma outra técnica de autorregulação tiveram efeitos de maior magnitude. Estudos anteriores observaram que as técnicas de autorregulação são muito importantes na mudança comportamental (e.g., **atividade física, comportamento alimentar, tabagismo**) e o nosso estudo demonstrou que são também muito importantes no de-

envolvimento da motivação. Desta forma, fazer com as pessoas experimentem algumas técnicas de autorregulação pode ajudá-las não só a tornarem-se mais ativas, como também a sentirem-se mais motivadas.

O segundo grupo de técnicas de mudança comportamental identificadas nesta meta-análise estão relacionadas com a participação em aulas de exercício, incluindo instruções sobre o desempenho, demonstrações, e oportunidades para experimentar novas formas de atividade física. As intervenções que usaram este conjunto de técnicas, e que foram implementadas individualmente ou em grupo, levaram a um aumento na motivação para a prática de atividade física. Isto pode dever-se ao suporte social recebido por parte dos instrutores, ou pela oportunidade de comparação social (e divertimento) possibilitado pelos outros praticantes. Apesar de poder parecer intimidante para um indivíduo inativo juntar-se imediatamente a um grupo de exercício, há uma boa probabilidade que esse primeiro passo aumente a motivação para se tornar mais ativo.

Concluindo, não existem fórmulas com sucesso 100% garantido para motivar um/a utente a tornar-se fisicamente ativo, mas a nossa investigação sugere que promover a autorregulação e a participação em aulas de exercício em grupo pode ser uma boa forma de começar. Assim, a próxima vez que estiver com um/a utente que poderia ser mais ativo, experimente algumas das recomendações práticas aqui descritas. Boas motivações!

Recomendações Práticas

- **Monitorizar.** Peça ao/à utente que registe os seus níveis de atividade física através de uma **aplicação** de telemóvel, **um relógio de atividade**, ou diário em papel. Providencie um formulário com uma listagem de algumas opções de automonitorização que você recomende.
- **Rever.** Oriente o/a utente na revisão da sua automonitorização para que possa identificar o seu padrão de atividade, e identificar os melhores horários para sessões de atividade física.
- **Formule um objetivo e estabeleça um plano.** Peça ao/à utente para estabelecer um objetivo de atividade que seja realista face ao seu nível de atividade atual (informação dada pelos pontos 1 e 2 acima descritos), e que planeie quando, onde, e como vai atingir esse objetivo.
- **"Just do it".** Providencie uma lista das várias aulas de atividade física, campeonatos desportivos amadores, ou parques na zona, e ajude o/a seu/sua utente a escolher atividades que correspondam as suas preferências. Também antecipe que começar pode ser difícil, mas a experiência ajuda a aumentar a motivação.

Focar na motivação. Informe o/a seu/sua utente que é normal poder sentir-se desmotivado ou menos motivado em determinados momentos, e que a evidência científica sugere que estas estratégias podem ajudar a tornar-se mais ativo/a e ao mesmo tempo fortalecer a sua motivação.



”

Intervenções de Psicologia Positiva no trabalho

Por **Alexandra Michel**, Instituto Federal para a Segurança e Saúde Ocupacional e **Annekatrin Hoop**, Universidade de Humboldt, Alemanha

A população ativa passa a maior parte do seu dia no trabalho. Não é por isso uma surpresa que a redução das exigências e o aumento dos recursos no trabalho (e.g., autonomia, suporte social, auto-eficácia) promovam o bem-estar, equilíbrio trabalho-lazer e saúde em geral dos trabalhadores. Nos últimos anos, a investigação tem estudado não só as estratégias para reparar as consequências negativas do stress ocupacional, mas também formas de

implementação de recursos que aumentem o bem-estar dos trabalhadores. Uma nova linha de atuação na área da saúde ocupacional é a introdução de intervenções de psicologia positiva nos locais de trabalho. As intervenções de psicologia positiva focam-se no desenvolvimento de recursos, e incluem atividades orientadas para fomentar sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos. Neste texto, iremos identificar três abordagens que podem

ajudar os trabalhadores a desenvolver os seus recursos e a promover o bem-estar no trabalho.

Como posso ver, experienciar e valorizar mais aspectos positivos do meu trabalho?

Estratégias cognitivas como praticar o pensamento otimista e apreciar as experiências positivas no trabalho podem ajudar os trabalhadores a criarem emoções positivas e a sentirem-se melhor. Numa intervenção realizada com prestadores de cuidados de saúde pedimos-lhes que pensassem num evento positivo e significativo que tivessem experienciado no seu contexto de trabalho. Poderia ser uma interação positiva com utentes, uma boa conversa com um colega ou um tratamento de sucesso. Pedimos também que refletissem sobre esse evento positivo. Este exercício de 5 minutos, com recurso a áudio foi repetido durante 10 dias de trabalho consecutivos. Depois da intervenção, os cuidadores no grupo de intervenção apresentaram menores níveis de fadiga e exaustão emocional em comparação com os sujeitos do grupo de controlo. Em particular, beneficiaram desta intervenção os cuidadores com baixos níveis de energia e elevada necessidade de recuperação.

Como posso repor energias durante o trabalho? O benefício das pausas.

As exigências do trabalho podem esgotar a energia dos trabalhadores, levar a um menor envolvimento no tra-



balho, e também a sentimentos de exaustão e fadiga. Fazer pausas curtas no trabalho permite aos trabalhadores alternar temporariamente a sua atenção de forma a manter e a renovar a sua energia. Nós **desenvolvemos** duas pequenas atividades de descanso: uma atividade simulada de apreciação da natureza (e.g., ouvir sons da natureza como o canto de aves ou as ondas do mar); e uma atividade de relaxamento muscular progressivo. Classificamos estas pausas como “micro-intervenções” que podem ser realizadas nos locais de trabalho em que há um desvio da atenção das tarefas laborais. No **nosso estudo**, os trabalhadores foram colocados aleatoriamente em duas condições: apreciar a natureza ou relaxamento muscular progressivo. Os resultados mostram que ambos os exercícios diários de pausa momentânea, que facilmente podem ser introduzidos na rotina ocupacional, aumentam o vigor e diminuem a fadiga dos empregados ao longo de 10 dias de trabalho.

Como posso desligar do trabalho e conseguir um equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal?

Os trabalhadores que se ligam emocionalmente e que pensam em coisas relacionadas com o seu trabalho durante os seus tempos de lazer, reportam dificuldade em “desligar”. Isto pode levar a um desequilíbrio entre a vida pessoal e o trabalho. Com base na **Teoria dos Limites**, desenhamos uma intervenção online para ajudar trabalhadores a identificarem a sua forma separar estes dois domínios – profissional e pessoal. Esta intervenção ensina uma estratégia cognitivo-emocional de separação – mindfulness. O mindfulness descreve um estado de consciência, livre de julgamento, das experiências do momento. Nesta intervenção, os trabalhadores refletem sobre as suas estratégias de separação (i.e. estratégias para separar o trabalho e a vida privada) e aprendem exercícios mindful de respiração que os ajudam a focar no momento presente e assim se libertarem dos pensamentos e sentimentos indesejados relacionados com o trabalho. Este exercício permite focar num domínio específico de vida (e.g., brincar com os filhos em casa) e esquecer problemas ou as preocupações relacionadas com o trabalho. Os **resultados do nosso estudo** mostram que, quando comparados com um grupo de controlo, os trabalhadores no grupo de intervenção experienciaram uma redução da exaustão emocional, das emoções negativas, e dos conflitos interpessoais derivados do desequilíbrio trabalho-família. Também reportaram maior capacidade de distanciamento e maior satisfação com o equilíbrio trabalho e vida pessoal.



Conclusão

Intervenções ocupacionais de psicologia positiva, focadas numa reflexão positiva sobre o trabalho, na gestão de pausas e intervalos, e na separação dos vários dimensões da vida do trabalhador, pode ajudar na recuperação de recursos e melhorar o bem estar. Para as organizações e para os trabalhadores, perspectivamos os seguintes benefícios: estas atividades podem ser facilmente integradas na rotina laboral durante curtas pausas, ou desenvolvidas ao final do dia, durante os tempos de lazer. Podem ainda ser aplicadas em vários contextos e estarem acessíveis através de plataformas online, aplicações de telemóveis ou até mesmo em papel. Tanto as organizações como os trabalhadores devem estar conscientes que em primeira instância os funcionários com maiores necessidades (e.g., com elevada carga de trabalho, ou com tarefas emocionalmente exigentes) podem beneficiar deste tipo de intervenções, e que os efeitos de longo prazo ainda não são conhecidos. Finalmente, estas intervenções não são um substituto de outros esforços mais alargado de promoção da saúde nos locais de trabalho (e.g., reduzir carga de trabalho, atividade de team-building, treino de liderança) que apontam para uma melhoria global das condições de trabalho.

Recomendações práticas

- Pense durante a sua pausa de almoço ou no final do turno sobre algo que correu bem no seu trabalho. Por exemplo: uma boa conversa com um colega, uma apresentação de sucesso, uma tarefa que desfrutou.
- Planeie curtas pausas durante o seu dia de trabalho para se desligar ou recarregar energias. Use estas pausas para relaxar, meditar ou fazer uma caminhada.
- Tente desligar-se do trabalho. Pequenas sessões de respiração podem ajudar a focar em experiências do momento presente e assim libertar-se de pensamentos e emoções indesejadas.

”

Conversando com o/a utente: O que o/a médico/a diz, mas que o/a utente não entende

Por **Anne Marie Plass**,
Centro Médico da
Universidade de Göttingen,
Alemanha

Há algum tempo atrás uma dermatologista especialista em psoríase (doença crônica de pele) de um hospital universitário, lamentou-se do facto dos/das seus/suas utentes não aderirem ao tratamento, mesmo quando o objetivo de tratamento é estabelecido num processo de decisão partilhada.



A tomada de decisão partilhada tem sido definida como “uma abordagem onde os profissionais e utentes partilham a melhor evidência quando têm de tomar **decisões**”, normalmente quando estão disponíveis um ou mais tratamentos, ou estão envolvidas mais do que uma pessoa. Tanto utentes como técnicos contribuem para o **processo da tomada de decisão** médica, sendo que os utentes são apoiados na consideração das opções, não só de acordo com as suas preferências, mas também para atingir os resultados desejados. A decisão partilhada tem-se tornado proeminente nas **políticas de saúde**, com muitos profissionais de saúde a tentarem o seu melhor para desenvolver uma prática profissional **centrada no paciente**. Sobretudo porque esta forma de comunicação pode melhorar a adesão ao tratamento e confiança do/a utente.

A decisão partilhada baseia-se em respeito e entendimento mútuo. O médico e o/a utente são parceiros neste processo, contribuindo ambos para a decisão ao trazerem

para o diálogo os seus conhecimentos e experiências. Assim, o profissional de saúde contribui com os seus conhecimentos médicos especializados e o/a utente partilha a sua experiência pessoal. Parece simples, mas no entanto, não é nada fácil de implementar. Se, por um lado, os profissionais de saúde alegam que ‘já o estão a fazer’, já por outro, **os/as utentes referem nos inquéritos que essa não é propriamente a norma**.

A dermatologista que referi anteriormente poderia beneficiar de um maior envolvimento dos/as seus/suas utentes no processo de tomada de decisão. Quando descrevia a forma como integrava a decisão partilhada na sua consulta, ela referiu que quando o/a utente entra na consulta, ela informa-o/a que serão os dois em conjunto a discutir e decidir o tratamento. Portanto, ela não entende porque é que alguns dos seus utentes não estão motivados/a para tomar a medicação prescrita, mesmo depois de ter sido ajustada às suas preferências pessoais.

Por vezes, o/a utente pode precisar de tempo para estudar as novas informações e considerar as suas preferências pessoais antes de se comprometerem com novas decisões. Isto é particularmente verdade quando o futuro da sua condição é desconhecido e é pedido ao/a utente para refletir sobre potenciais consequências que nunca experienciou. Alguns/algumas utentes podem ser surpreendidos, quando lhes é dado um papel ativo no processo de tomada de decisão, ou sentirem-se agitados por terem de apresentar opções, ou até mesmo inseguros sobre o que poderá ser o melhor procedimento. Informar **antecipadamente** os/as utentes das várias opções de tratamento e que é esperado que participem na decisão partilhada pode aumentar a **eficácia** da tomada de decisão partilhada.

De forma a ajudar os/as seus/suas utentes em relação ao tratamento que melhor se ajusta às suas preferências pessoais, esta dermatologista sugere percentagens como possíveis objectivos, por exemplo, uma melhoria na ordem dos 10% ou 20%. Depois do/da utente escolher a percentagem que melhor se ajusta à sua situação e contexto, a dermatologista explica que tratamento (e.g. medicação) é necessária para atingir esse objetivo de melhoria, envolvendo assim o/a utente no processo de tomada de decisão. Apesar disto, os/as utentes não aderem ao tratamento como esperado. Eu perguntei-lhe se ela achava que os/as utentes percebiam o significado dos 20%, 30% etc. e se eles se expressam dessa forma quando falam da sua vontade de alívio dos sintomas.

Parte da **dificuldade** está na tendência inerente aos profissionais (de saúde) de **utilizarem linguagem** que é clara para os seus colegas de profissão, mas não para a população leiga. Linguagem médica pode ser complicada, e a evidência indica que quase metade dos/das utentes sentem dificuldades em **entender**. Jargão científico e termos abstractos tendem a formar uma ampla variedade de interpretações que podem se distanciar de forma significativa daquilo que o profissional pretende comunicar. Além disso, uma sólida evidência demonstra que alguns instrumentos de avaliação podem estar sujeitos a falhas de interpretação, ou por outro lado, falhas na medição daquilo que é realmente se pretende medir. As pessoas podem indicar num questionário que não são capazes de andar 500 metros, mas quando conversam um pouco sobre isso acabam por revelar que frequentemente andam no centro comercial por mais de uma hora.

Eu respondi a esta especialista que se eu fosse o/a utente, me iria ajudar ter um compromisso com o/a médico/a, ter um badge ou outro objecto que simbolizasse o meu objetivo. Ela fitou-me com o olhar e começou a rir-se dizendo que estava certo, mas que ela nunca se lembraria de fazer isso. Além disso, não tinha ideia de que informar antecipadamente o/a utente sobre o processo de tomada de decisão poderia ser mais eficaz.

É por isso de vital importância que os profissionais de saúde sejam sensíveis às perceções que os utentes têm sobre o processo de tratamento. E isto não é restrito a utentes com limitada literacia (de saúde), já que todos/as poderão beneficiar de informação clara, concisa e sem jargão médico. É também crucial que os/as médicos/as comunique numa linguagem que seja familiar para os/as utentes.

Implicações práticas:

- Aumentar o envolvimento dos/das utentes no processo de tomada de decisão pode aumentar a adesão a programas terapêuticos e melhorar os resultados dos tratamentos.
- Tentar sempre expressar-se com palavras que os/as utentes utilizam (isto é, evitar jargão médico)
- Ter em mente que, apesar de ser perfeitamente claro para si aquilo que está a comunicar, esta informação pode ser mal-entendida por outros. Assim, verifique sempre se o/a utente entendeu bem o que lhe foi comunicado.
- Dê mais tempo aos/às utentes para gerir a informação que vai ser dada; garanta que está bem preparado/a para consultas mais exigentes.
- Informe atempadamente os/as utentes sobre o que é esperado que façam num processo de decisão partilhada.

”

O que acontece aos medicamentos quando os levamos para nossa casa?

Por Kerry Chamberlain, Universidade de Massey, Auckland, Nova Zelândia

O que fazem as pessoas aos seus medicamentos quando chegam a casa? Surpreendentemente poucos estudos tentaram até agora responder a esta questão, mas ela é importante – a maioria dos medicamentos são tomados em casa sob controle do consumidor. Os que são prescritos são regulados, mas uma vez adquiridos presume-se que sejam tomados de acordo com as instruções. As pessoas podem também aceder e tomar uma ampla variedade de medicamentos fornecidos sem a devida receita médica (e.g., para as dores), medicação alternativa (e.g., homeopáticos) e outros tipos de produtos que são medicamentos menos óbvios (e.g., suplementos alimentares, bebidas pro-bióticas). No entanto, devemos ter em conta que o acesso a cada tipo de medicação pode **variar consideravelmente** entre **países**.

Todos os tipos de medicamentos são **objetos sociais** complexos e será um erro considerá-los como sim-

ples tecnologia médica, eficaz na cura ou gestão de condições clínicas quando usada de acordo com as instruções dadas. Os medicamentos têm uma eficácia dose-resposta muito variável. Alguns (e.g., paracetamol) tem um largo índice terapêutico (i. e., são tolerados num grande intervalo de dosagem), enquanto outros (e.g., levothyroxine) têm um estreito índice terapêutico (i.e., pequenas diferenças na dosagem pode levar a falhas terapêuticas graves e/ou reações adversas graves). Além disso, todos os medicamentos têm algum tipo de efeitos secundários, alguns são tão fracos que não são sentidos pela maioria das pessoas, outros mais fortes e potencialmente perigosos. Se por um lado os medicamentos podem ter diferentes efeitos, as próprias pessoas podem também diferir consideravelmente na sua tolerância à medicação. Essas tolerâncias podem **mudar ao longo do tempo** com o consumo repetido do princípio ativo.



Temos evidência substancial que apenas metade das prescrições medicamentosas **são tomadas** de acordo com as indicações. Isto acontece por **várias razões**, incluindo as experiências de efeitos secundários, preocupações sobre dependência e crenças sobre **doenças**, medicamentos e tratamentos.

É assim importante perceber como pessoas leigas percebem a medicação no seu quotidiano. Desenvolvemos por isso uma investigação com pessoas de 55 agregados escolhidas especificamente de 4 cidades neozelandesas. Não estávamos interessados na sua adesão à medicação, mas antes na discussão das suas práticas quanto à toma de medicação, ao local de armazenamento, e ao tipo de medicamentos que usam em suas casas.

Alguns resultados importantes desta investigação são:

- Uma grande variedade de medicamentos – prescritos, sem receita, e alternativos – estão presentes em todos os domicílios e a sua distribuição é generalizada por toda a casa. A sua arrumação é organizada, sendo que os medicamentos partilhados estão arrumados em espaços comuns (cozinhas e salas de estar), medicação pessoal está arrumada em lugares mais privados (quartos, casas de banho), e medicamentos mais antigos estão arrumados em sítios menos acessíveis (armários, sótãos). Esta localização dos medicamentos reflecte a **relação familiar e práticas de cuidados de saúde** nos domicílios.
- As pessoas entenderam e usaram os medicamentos de forma muito diferente, apresentando comportamentos que vão desde a resistência até várias formas de consentimento, alterações, ou extensões do seu uso, dependendo do tipo de medicação e doença em questão.
 - ▶ *Por exemplo, algumas pessoas foram escrupulosas no uso de antibióticos: “Eu não gosto de tomar antibióticos... os antibióticos deviam ser usados só em casos de emergência”.*
 - ▶ *Outras pessoas a tomar medicação psicotrópica reduziram o seu uso devido aos efeitos secundários e dependência: “Eu queria estar como um pessoa normal em.. para estar bem eu tinha mesmo de deixar de tomar a medicação”.*
 - ▶ *As pessoas com medicação alternativa frequentemente resistem completamente a medicação alopática: “Eu preferia tentar ou esperar por outra alternativa do que tomar medicação alopática”.*
 - ▶ *Outros alteram as doses de acordo com os sintomas: “Foi-me prescrito uma dose mais elevada e por isso decidi que devia tentar reduzir o mais possível”.*

Estas práticas diárias são decididas com base no entendimento que as pessoas têm do valor e do lugar que a medicação tem hoje na sociedade. Os medicamentos podem produzir desordem, quando o medo e a ansiedade aumentam devido ao marketing farmacêutico e a histórias nos media que invocam a sua natureza artificial; ou podem contribuir para a ordem, quando são percebidas como promotoras de "equilíbrio" e restauradoras da ordem e do controlo. Os medicamentos também invocam moralidade quando vistos como "um mal necessário", requerendo vigilância pessoal no seu consumo. Ou quando o seu consumo implicou uma **"falha moral"** na pessoa doente ou uma estigmatização do corpo doente, criando identidades que precisam de ser geridas.

Em vez de considerarmos as práticas leigas como desinformadas ou irracionais, argumentamos aqui que estas têm uma lógica própria, informadas por **"farmacologia leiga"** onde as perspectivas do paciente sobre a medicação estão baseadas tanto nas suas condições pessoais, como nas suas narrativas de saúde. Esta capacidade de farmacologia leiga influencia e altera as práticas da toma medicamentosa das formas precedentemente descritas, e providencia uma perspectiva desconhecida em **muitas abordagens** para o entendimento do **consumo de medicamentos**.



A medicação em casa tem uma vida social por si própria

Recomendações

- Os profissionais de saúde, nomeadamente os psicólogos, devem entender que a toma de medicamentos é uma prática social e por isso devem abordá-la enquanto tal, em vez de ter uma perspetiva somente biomédica da adesão à medicação;
- O uso de medicação pode ser melhor compreendida se contextualizada em práticas situacionais, e especialmente dentro de práticas domésticas espaciais e temporais que estão integradas na vida doméstica quotidiana. Os profissionais de saúde e psicólogos que desejam intervir na adesão à medicação precisam de discutir e identificar estas práticas e dar aconselhamento que seja relacionado com a dinâmica social e contextual que influencia o uso diário de medicamentos pelos pacientes.
- Os profissionais de saúde e os psicólogos devem discutir abertamente com os pacientes o consumo de medicamentos e ajustar as recomendações de uso ao entendimento dos pacientes da sua doença, na forma como eles vêm e valorizam a medicação, e como o uso dos medicamentos pode ser incorporado no seu quotidiano.



”

Como formular objetivos que funcionam?

Por **Tracy Epton**,
Universidade de
Manchester, Reino Unido

A formulação de objetivos é uma técnica amplamente utilizada

Existem muitas técnicas diferentes que podem ser usadas na mudança comportamental (**93 de acordo com uma lista recente!**). A formulação de objetivos é uma técnica bem conhecida que a maioria das pessoas já usou em algum momento da sua vida. É usada por instituições de caridade, em **programas comerciais de perda de peso**, ou até em **aplicações de exercício físico**. Uma **revisão recente** analisou 384 testes à eficácia da formulação de objetivos, abrangendo diferentes áreas de aplicação, para perceber se esta técnica realmente funcionava. Neste estudo, os autores tentaram perceber que tipos de objetivos funcionam melhor e se realmente funciona com toda a gente.

O estabelecimento de objetivos ajuda na mudança comportamental?

Na mudança comportamental, formular objetivos funciona para uma grande variedade de comportamentos diferentes (**incluindo reciclagem, desempenho desportivo, objetivos educativos ou de saúde**), mesmo quando é usado como técnica isolada, sem outras técnicas de mudança comportamental.

O que é surpreendente é que o estabelecimento de objetivos não funciona propriamente melhor quando é combinada com outras técnicas de mudança comportamental. Por exemplo, adicionar feedback (i.e., referir o estado atual em que as pessoas se encontram e/o seu progresso em relação ao objetivo) numa intervenção baseada em objetivos não aumenta a sua eficácia. Mais importante ainda, levar as pessoas a comprometerem-se explicitamente com o objetivo, ou mesmo perguntar-lhes o quão comprometidas estão, reduz na prática a eficácia do objetivo.

Por outro lado, outras técnicas de mudança comportamental podem tornar-se mais eficazes com a inclusão de objetivos. Intervenções que utilizam a monitorização do desempenho sem feedback (e.g., registar quantas porções de frutas e vegetais foram ingeridas numa refeição) são mais eficazes quando conjugadas com a formulação de objetivos.

Existem muitos fatores diferentes a ter em conta quando se estabelecem e se avaliam objetivos. Alguns são já bastante conhecidos (e.g. **objetivos SMART**), mas outros podem não estar a ser tão considerados.

O que pode aumentar a eficácia da formulação de objetivos na mudança comportamental?

Há um **mito** que estabelecer um objetivo facilmente alcançável é mais eficaz para certas coisas, como por exemplo perder peso. No entanto, a mudança comportamental é mais efetiva se forem definidos objetivos difíceis. Objetivos difíceis são aqueles que se esperam que sejam alcançados apenas por algumas pessoas. Estes objetivos são mais eficazes na mudança de comportamentos que os objetivos moderados (aqueles que se esperam que 15-50% das pessoas consigam atingir), ou até mesmo que os objetivos fáceis (aqueles que se esperam ser alcançáveis por mais de metade da população).

Falar com outras pessoas sobre os objetivos é também uma boa forma de aumentar o sucesso da mudança comportamental. É mais provável que os objetivos definidos sejam alcançados, ou que sejam feitos mais esforços para os atingir, quando há essa comunicação (i.e., estabelecer um objetivo numa conversa, ou dar a conhecer a alguém o que pretende concretizar, como por exemplo, referir aos colegas de trabalho que está a planear deixar de fumar). Na verdade, **registar os objetivos e afixá-los num local público** é uma recomendação usada também na psicologia do desporto.

Trabalhar em grupo num objetivo também aumenta o sucesso da mudança de comportamentos. Estabelecer um objetivo mais amplo enquanto família, um grupo de trabalho ou uma equipa desportiva, ou até mesmo num grupo de amigos, é mais eficaz do que cada pessoa desse grupo estabelecer objetivos individuais.

Alguns fatores não interessam quando se estabelece um objetivo.

Objetivos que se focam no comportamento (e.g., programas de perda de peso frequentemente determinam a ingestão de apenas 1200 calorias por dia) são tão eficazes como objetivos focados nos resultados (e.g., **perder determinado peso por semana**).

Objetivos que se focam na melhoria do desempenho atual (e.g., caminhar mais 5000 passos por dia) são tão eficazes quanto aqueles baseados em orientações padronizadas (e.g., caminhar 10000 passos por dia).

Os objetivos estabelecidos pela própria pessoa, por outros ou em colaboração são igualmente eficazes. Podemos também formular mais do que um objetivo ou estabelecer repetidamente o mesmo ao longo do tempo – não há diferença na eficácia.

Recomendações práticas

Os profissionais que queiram estabelecer objetivos para os seus pacientes, ou que queiram encorajá-los a fazê-lo, devem considerar estas recomendações:

Solicite que:

- Estabeleçam um objetivo razoavelmente difícil – assim irá ajudá-los a conseguirem maiores progressos.
- Comunicuem os seus objetivos – os objetivos divulgados têm maior probabilidade de sucesso do que os são mantidos em privado.
- Estabeleçam objetivos coletivos – um objetivo global coletivo é mais eficaz que vários objetivos individuais

Situações que deve tentar evitar:

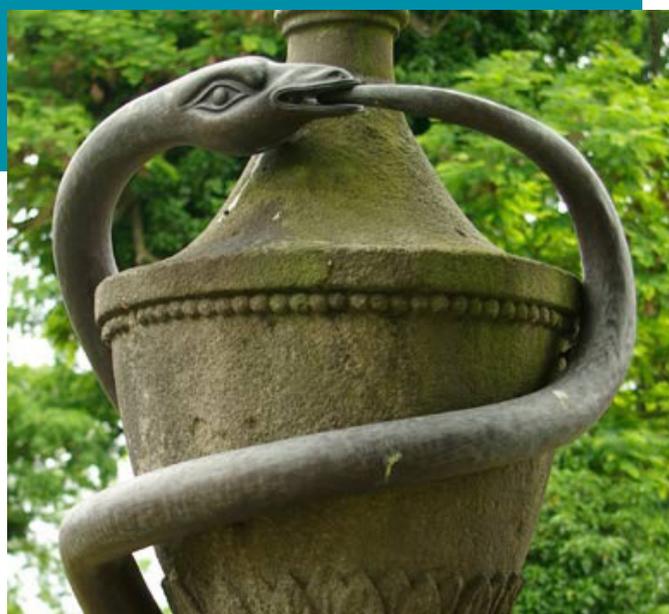
- Não pergunte o quanto alguém está comprometido com um objetivo: se essa pessoa não estiver muito comprometida, isto pode ter um efeito contraproducente ao focar a atenção neste problema



”

Auto-regulação: da teoria à prática. Como apoiar os objetivos de mudança dos utentes

Por **Stan Maes & Véronique De Gucht**,
Universidade de Leiden,
Holanda



Durante as últimas décadas, o papel do indivíduo nos sistemas de saúde tem evoluído de um 'conformismo com o modelo médico', implicando obediência; para uma 'auto-gestão', reiterando a responsabilidade pessoal pelo controlo da própria saúde ou doença. Esta abordagem progrediu recentemente para a ideia de 'auto-regulação', um processo sistemático que envolve o estabelecimento de objetivos de saúde pessoais e uma orientação do comportamento no sentido de atingir esses mesmos objetivos. Para ilustrar este processo de auto-regulação contínuo, escolhemos a imagem ancestral de uma 'ouroboros' (i.e., uma serpente mordendo a sua própria cauda) neste blog.

A auto-regulação ocorre por fases: (1) consciencialização e estabelecimento do objetivo; (2) procura ativa desse objetivo e (3) alcance, manutenção ou reformulação do objetivo estabelecido. Iremos demonstrar cada uma destas fases usando como exemplo o caso do João, que sofreu um ataque cardíaco.

Fase 1

Os objetivos de mudança relacionados com a saúde, por exemplo, fazer a atividade física recomendada na reabilitação cardíaca ou tomar a medicação recomendada, devem ser realistas e significativos para a própria pessoa. Por exemplo, se perguntar ao João, 'Para si o que seria uma boa recuperação?', a resposta poderia ser que seria importante poder dar longos passeios na natureza com o seu neto. Como primeiro passo, o João poderia definir como objetivo 'começar a fazer pequenas caminhadas no meu bairro'. É importante que estes objetivos sejam definidos pelo próprio utente e que sejam realistas considerando a capacidade funcional da pessoa, no momento, dando também assim um sentido mais pessoal ao objetivo. Os objetivos estabelecidos desta forma são mais facilmente atingidos do

que objetivos impostos por outros. Algumas técnicas de **entrevista motivacional** podem ajudar na definição de objetivos pessoais por pessoas menos motivadas ou mais resistentes à mudança.

Fase 2

A segunda fase passa pela mobilização de esforços no sentido de se atingirem os objetivos. Nesta fase, as pessoas têm de ultrapassar uma importante **barreira** entre as cognições (e.g., intenções) e a ação/comportamento. Para tal, é necessário elaborar um 'plano de ação' que permitirá definir precisamente quando, onde e como se vai pôr em prática o objetivo. No nosso exemplo, poderá ser: 'A partir da próxima semana, irei caminhar com a minha esposa até uma mercearia próxima para comprar comida, às segundas, quartas e sextas-feiras às 15 horas'. Tem sido demonstrado que planos de ação como este, que especificam os detalhes da ação, aumentam a probabilidade de concretização dos objetivos relacionados com **exercício físico**, alimentação saudável, e **outros** comportamentos de saúde.

Além disso, outros três mecanismos regulatórios contribuem de forma importante na concretização dos objetivos. O primeiro destes meca-

nismos é o feedback, que envolve a monitorização e avaliação dos progressos. No nosso exemplo, poderíamos solicitar ao João que registasse a sua atividade física para que pudesse verificar o seu progresso em relação ao objetivo. Os resultados poderiam depois ser revistos com o João para se identificar os seus sucessos e potenciais dificuldades que tenham de ser ultrapassadas. O segundo mecanismo envolve processos antecipatórios, que incluem as expectativas de resultados

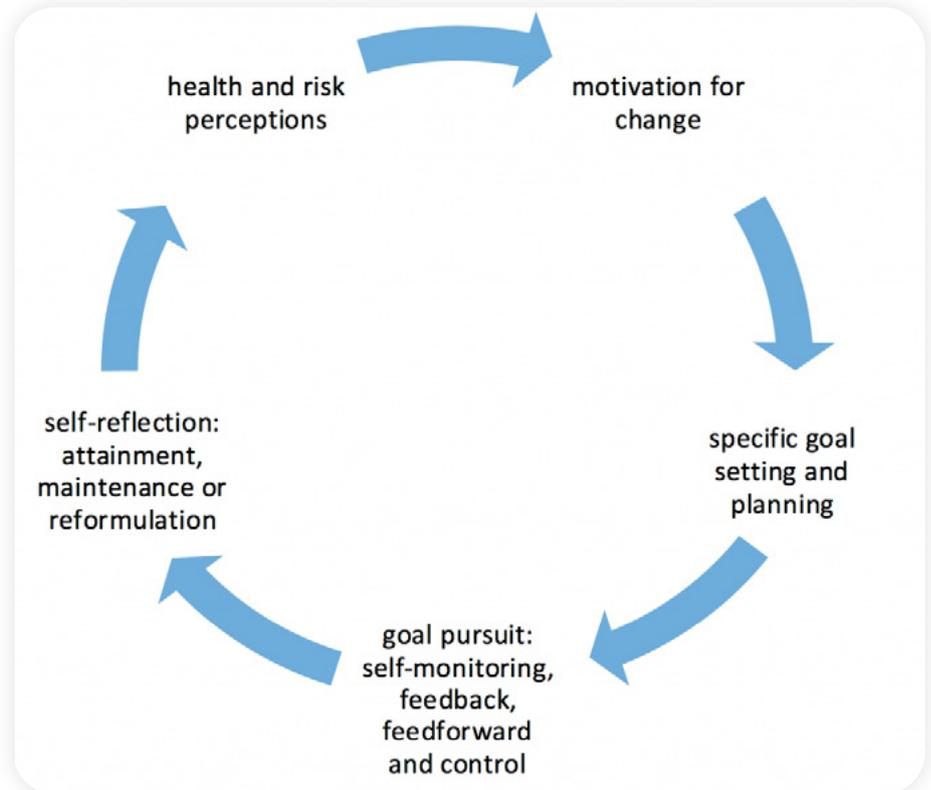


Figura: O Ciclo de Auto-Regulação.

Outcome expectancies and self-efficacy are both enhanced by observation of successful others, goal progress and encouragement.



(i.e., o que pensamos que irá acontecer se realizarmos determinada ação) e crenças de auto-eficácia (i.e., se sentimos que somos capazes de realizar a ação com sucesso). As expectativas de resultado e a auto-eficácia são ambas incrementadas pela observação de exemplos de sucesso, pela progresso no objetivo, e também através do encorajamento. Os profissionais de saúde devem assim providenciar aos seus utentes contacto com outras pessoas que atingiram objetivos comparáveis, aumentando as probabilidades de concretização e providenciando também a estas pessoas a oportunidade de receberem apoio para os seus objetivos. O último mecanismo envolve processos de controlo da ação que assegurem a continuidade dos esforços mesmo face a obstáculos ou a objetivos concorrentes. Um desvio ao objetivo estabelecido, por exemplo um problema de vida, pode dificultar a concretização do objetivo. A falta de progresso em relação ao objetivo (i.e., fracasso) também é frequentemente relacionado com humor negativo. Nesta situação, poderemos disponibilizar apoio ao João na gestão destas emoções e ajudá-lo também a lidar com o fracasso, vendo estas circunstâncias como oportunidades de aprendizagem.

Fase 3

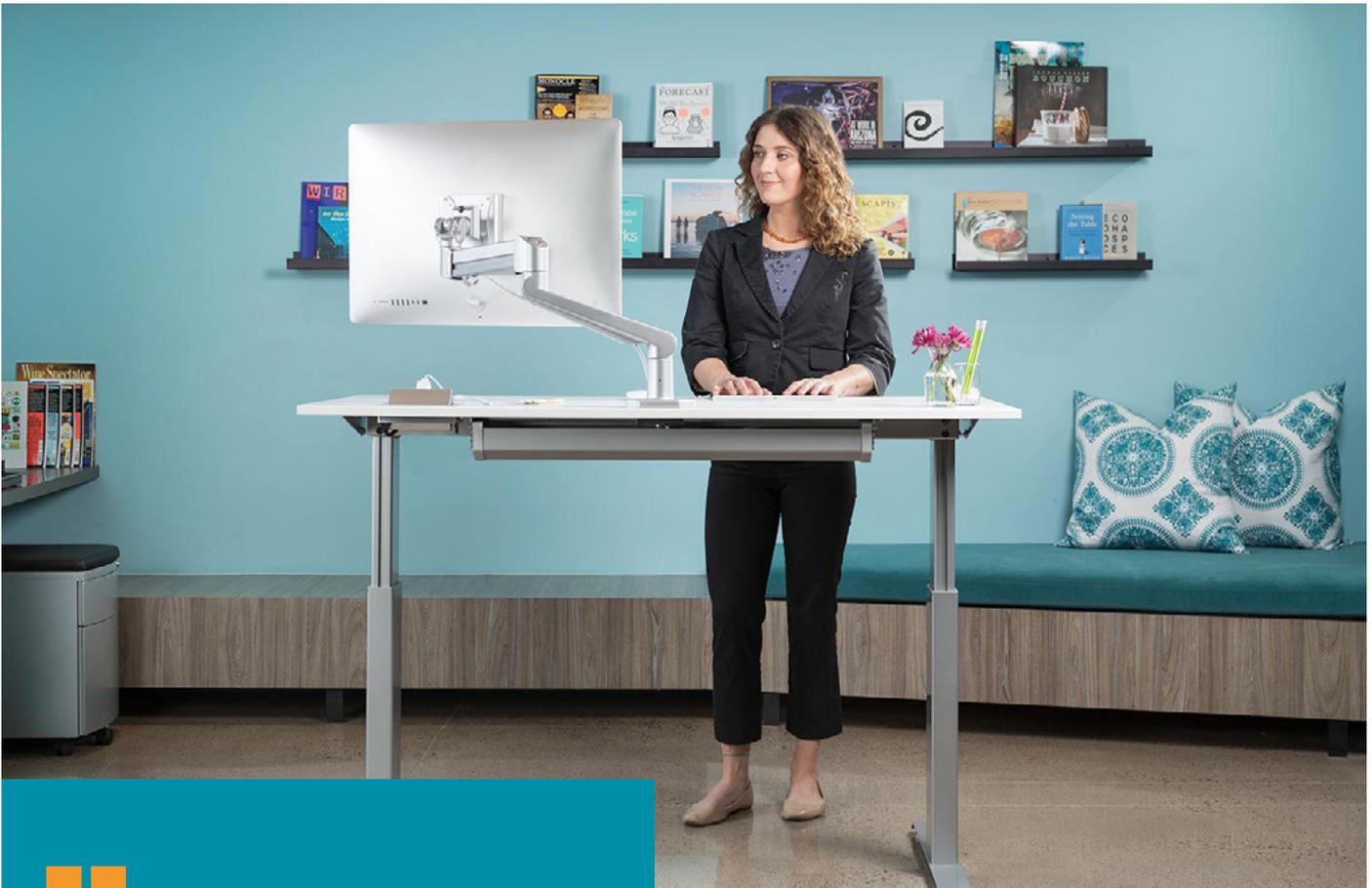
Está relacionada com a concretização do objetivo, a sua manutenção ou reformulação. A concretização do objetivo não é o final do processo, mas sim um novo começo. O/a utente pode ser encorajado/a a estabelecer novos objetivos para manter um progresso a longo prazo. No entanto, se um objetivo de saúde se torna inatingível, é mais sensato reformular e definir um novo objetivo mais realista. No nosso exemplo, o João pode continuar a tentar atingir o seu objetivo de atividade física atual, ou em alternativa definir um novo objetivo, por exemplo, fazer uma pequena caminhada diária com o seu cão. Uma vez mais, o reforço da auto-eficácia e do suporte social são importante preditores da manutenção.

Muitos estudos suportam a eficácia das intervenções baseadas na auto-regulação para a mudança de comportamentos de saúde tanto em populações saudáveis, como em pacientes com doenças crónicas, e.g., **para perda de peso na diabetes tipo II, para atividade física em pacientes com artrite, para mudança de estilo de vida na reabilitação cardíaca, e para ajustar a atividade e o repouso em pacientes com síndrome de fadiga crónica.**



Recomendações Práticas

1. Apoiar o/a utente na formulação de um objetivo pessoal de mudança relacionado com uma circunstância de saúde relevante (e.g., 'O que representa para si uma boa recuperação'). Estes objetivos devem ser específicos, importantes para o indivíduo, não demasiado fáceis nem demasiado difíceis e estabelecidos para um intervalo de tempo definido.
2. Apoiar o/a utente na formulação de **um plano de ação**, definindo quando, onde, como e durante quanto tempo irá implementar objetivo traçado.
3. Solicite ao utente que defina um 'percurso gradual para o objetivo', especificando cada passo necessário à concretização do objetivo estabelecido.
4. Incremente a auto-eficácia do/a utente dando exemplos de sucesso de outras pessoas que atingiram objetivos semelhantes. Encoraje-o/a e elogie-o/a pelo seu progresso em relação ao objetivo. Oriente-o/a como poderá lidar com obstáculos e recaídas.
5. Suporte a manutenção do objetivo, e assista os utentes na reformulação dos seus objetivos se sentirem que os que estão formulados são inatingíveis.



”

Deixe a sua
cadeira
emexa-se
mais: não
nos sentemos
para falar
sobre isto

Por **Stuart Biddle**,
Universidade de Southern
Queensland, Austrália

Estou a escrever este blog no Dia dos Namorados! A Bluearth, entidade de promoção da saúde da Austrália, produziu alguns vídeos para promover o tempo ativo (e menos tempo sentado) no local do trabalho – “Romper a sua relação com a cadeira” (como separar-se do/a seu/sua parceiro/a, veja os vídeos [aqui](#)). O objetivo é alterar a forma como muitos de nós trabalhamos, passando demasiado tempo sentados, com custos elevados para a nossa saúde. Por exemplo, muitas pessoas conduzem até ao emprego, sentam-se à secretária a maior parte do dia, conduzem de regresso a casa, e sentam-se em frente à TV ou ao computador uma boa parte do seu tempo de descanso. O local de trabalho tem assim grande potencial para a promoção de comportamentos de saúde. Mas como é que podemos reduzir o tempo sentado, quando é um hábito comum e aceite na nossa sociedade e, com um contexto físico que reforça o mínimo movimento (por ex., cadeiras cada vez mais confortáveis)?

Primeiro, estar menos tempo sentado não é a única resposta para tornar as pessoas mais ativas. Temos de nos desafiar a ajudar as pessoas a movimentarem mais, através da prática de atividade física, de preferência de intensidade moderada a vigorosa. E para isto, é importante haver uma transição entre longos períodos de tempo sedentário e períodos de maior volume de atividade física. Isto pode envolver atividades de baixa intensidade, como levantar-se da cadeira para falar com um/uma colega em vez de enviar um email, usar as escadas, fazer reuniões com períodos sentados e em pé e fazer "reuniões ativas", a caminhar por exemplo.

Então o que pode funcionar? Fizemos uma **revisão sistemática** de **técnicas de mudança comportamental**. Das 38 intervenções que revimos, 20 foram implementadas em contexto laboral. Cotámos 15 intervenções (39%) como "muito promissoras" para a mudança comportamental. Intervenções baseadas na alteração do ambiente físico (por ex., ter uma secretária ajustável "sit-to-stand desk"), persuasão, ou educação (por ex., um seminário sobre os efeitos para a saúde de estar sentado/a e de

se movimentar no trabalho), foram as mais promissoras. As técnicas de mudança comportamental mais eficazes foram: a automonitorização (por ex., ter um registo diário de tempo sentado e ativo), resolução de problemas e, ainda, a reestruturação do ambiente social ou físico.

Para ajudar as pessoas a estarem menos tempo sentadas e se mexerem mais no trabalho, mas mantendo a sua produtividade, uma solução cada vez mais popular são as secretárias ajustáveis. Estas secretárias permitem trabalhar de pé, assim pode intercalar períodos de trabalho sentado/a e em pé. Baseado nos resultados da nossa revisão, é esperado que estas secretárias possam ser um importante facilitador da mudança comportamental, pois são uma alteração no ambiente físico do local de trabalho. Para além de introduzir estas secretárias, é também importante providenciar informação sobre os seus benefícios e como usar, bem como promover a automonitorização do tempo sentado e em pé.



Recomendações práticas:

- Encorajar as chefias a apoiar as iniciativas de maior movimento e menor tempo sentado no trabalho, por exemplo, promovendo "reuniões ativas/a caminhar".
- Providenciar programas educativos nos locais de trabalho, de preferência com automonitorização do tempo sentado (por ex., ter um registo diário).
- Criar normas formais, ou pelo menos sociais, que "permitam" que os colaboradores estejam menos tempo sentados e se levistem e se mexam mais nas reuniões. As reuniões a caminhar podem também ser encorajadas.
- Se possível, disponibilizar secretárias ajustáveis no local de trabalho que permitam trabalhar de pé e sentado/a; hoje em dia, existem já muitas opções no mercado a preços acessíveis.
- Se ter secretárias ajustáveis não for possível, pode-se improvisar! (por exemplo, usar o tablet enquanto está em pé, ou usar o computador numa base mais alta).

”

Força de vontade versus Tentações pouco saudáveis – Spoiler Alert – A força de vontade normalmente perde...

Por **Amanda Rebar**,
Universidade de
Queensland Central,
Austrália



Não será para si uma surpresa saber que a evidência científica demonstra que nem sempre as pessoas tomam as melhores decisões para a sua saúde a longo-prazo. Por exemplo, a maioria das pessoas tem consciência que fazer atividade física é benéfico para a sua **saúde física e mental**, no entanto, **poucas** são as pessoas que exercitam regularmente. E, quando uma pessoa tem a intenção de começar a fazer atividade física, há apenas uma **probabilidade de 50%** de concretização dessa intenção. Exatamente a mesma hipótese que atirar uma moeda ao ar! Já alguma vez pensou porque é que, apesar de ser ter as melhores intenções, muitas vezes se opta por comportamentos menos saudáveis? Na ciência da psicologia da saúde há uma abordagem que considera que o nosso comportamento é influenciado por dois sistemas, são

os chamados modelos de processamento duais. Estes modelos apresentam uma perspectiva inovadora sobre os estilos de vida saudáveis.

Há muitas **versões** de modelos de processamento duais, mas todos consideram que o comportamento é influenciado por dois sistemas – um composto por processos reflexivos e outro por **processos automáticos**. O sistema reflexivo influencia o comportamento através de processos deliberados e planeados, que são geralmente mais lentos e requerem força de vontade. O sistema automático, por sua vez, influencia o comportamento através de impulsos não intencionais e espontâneos.

Apesar destes processos serem diferentes, podem produzir os mesmos resultados. Por exemplo, uma mulher

que melhora a sua dieta alimentar. Esta mudança pode ter-se devido ao facto da pessoa ter sido informada que tem um risco acrescido de desenvolver uma doença cardíaca e, por esse motivo, decidiu que seria melhor para mudar a sua alimentação – esta situação corresponde a um processo/sistema reflexivo. Por outro lado, a mudança alimentar também pode ter acontecido porque simplesmente não lhe apetecia comer determinado alimento (não estava com “disposição” para), ou não se sentiu tentada a comer a sua comida habitual – um processo automático.

O processo automático tem uma “má reputação”. É considerado “o mau da fita”, que está na origem de tentações pouco saudáveis, e que deve ser superado pela **força de vontade**. É por isso que habitualmente se procura informar as pessoas acerca dos motivos pelos quais devem alterar o(s) seu(s) comportamento(s). É a partir desta informação que nos baseamos para as persuadir a: definir objetivos, fazer planos de mudança, monitorizar de forma diligente o seu novo comportamento, entre outras estratégias.

O **problema** é que estas estratégias de mudança nem sempre funcionam e, quando funcionam, podem ser pouco duradouras.

Não há dúvida que manter um estilo de vida saudável requer a capacidade de resistir a algumas tentações, mas há também formas de ajudar as pessoas a **utilizarem o seu sistema automático a seu favor**. A evidência científica tem demonstrado que existem maneiras de aumentar a resistência aos processos automáticos associados a tentações pouco saudáveis, ou até mesmo formas de alinhar estes processos automáticos com objetivos de saúde a longo prazo. Da mesma maneira que providenciamos conselhos sobre estilos de vida saudáveis, através de mudanças simples, podemos reforçar a nossa força de vontade na luta contra as “tentações”, ou até mesmo acabar com essa batalha de uma vez por todas, fazendo com que as “tentações” lutem do lado da saúde.

Recomendações Práticas

- Sugira mudanças simples nas rotinas diárias que possam ajudar a evitar tentações menos saudáveis. Normalmente, há determinados locais, estados de humor, experiências, ou momentos do dia em que as pessoas estão mais propensas a realizar comportamentos não saudáveis. Ter consciência do que desencadeia estas tentações é um primeiro passo, que permitirá arranjar alternativas que diminuam o poder dessas tentações.
 - ▶ **Exemplo:** alguém que deixou de fumar recentemente pode optar por fazer um caminho diferente/alternativo quando regressa a casa, uma vez que no caminho habitual existe uma estação de serviço onde normalmente comprava tabaco.
- Encontrar formas simples e fáceis de tornar os comportamentos saudáveis mais prazerosos do que as alternativas pouco saudáveis.
 - ▶ **Exemplo:** não tenha “comida de plástico” em casa. Será menos provável comer comida pouco saudável se isso significar ter de sair de casa e deslocar-se a uma loja.
- Torne as opções saudáveis mais visíveis. A publicidade funciona por repetição e por uma grande visibilidade das marcas. As mesmas técnicas podem ser aplicadas aos comportamentos saudáveis.
 - ▶ **Exemplo:** se uma pessoa tiver dificuldade em lembrar-se de tomar a medicação, pode sugerir-se que a guarde num lugar de destaque e visível (numa prateleira ou janela, em vez de num armário fechado) para que a medicação seja visto frequentemente ao longo do dia.
- Tenha comportamentos saudáveis que sejam recompensadores. Quando o comportamento saudável é agradável, não só é necessário menos força de vontade para pô-lo em prática, como também é mais provável que consiga mantê-lo a longo prazo. Pelo contrário, se o comportamento saudável for considerado desagradável, muito provavelmente não irá manter-se durante muito tempo.
 - ▶ **Exemplo:** se a sua criança não gosta de comer vegetais, não a force a comê-los, nem a tente “comprar/subornar” com doces após a refeição. Em alternativa experimente cozinhar os vegetais de diferentes formas que possam ser mais do agrado da criança, de forma a que ela aprenda a gostar destes alimentos em vez de desenvolver um evitamento em relação aos mesmos.



”

Planejar intervenções para a mudança comportamental baseadas na teoria e na evidência: Mapeamento da Intervenção

Por **Gerjo Kok**,
Universidade de Maastricht,
Holanda; Universidade do
Texas, Houston, EUA

Existem actualmente inúmeras campanhas e intervenções destinadas à promoção da saúde pública e da mudança de comportamentos de saúde. No entanto, é frequente estas iniciativas não serem baseadas na teoria e na evidência. Este texto descreve, de forma breve, o processo utilizado pelos psicólogos da saúde no desenvolvimento de intervenções, salientando o modo como difere e procura melhorar os processos tipicamente utilizados noutros contextos.

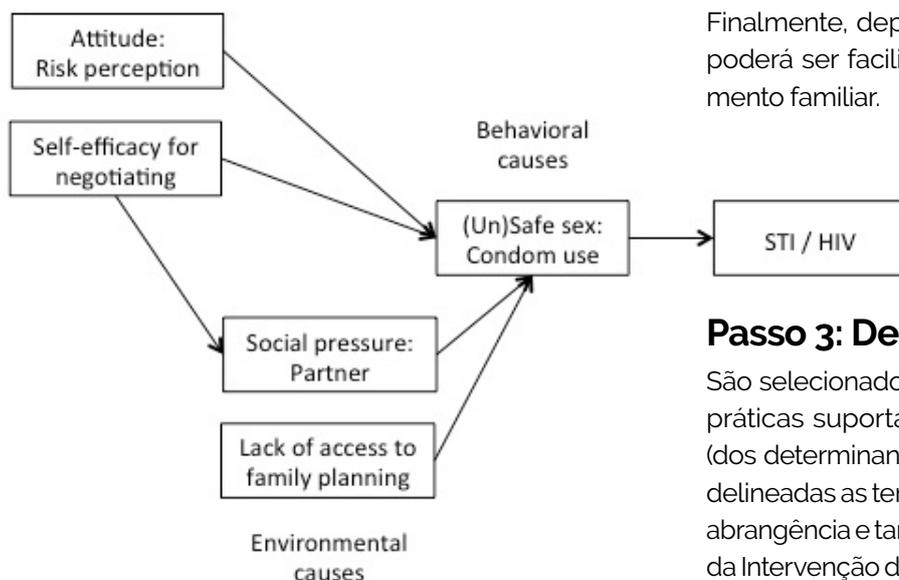
Passos

Planejar intervenções de mudança comportamental é um processo que consiste em vários passos ou etapas e, muitas vezes, envolve dar dois passos em frente e um atrás. Este aspeto é particularmente importante, já que cada passo consolida o passo precedente e, saltar ou estar desatento num passo pode levar a erros e má

decisões. O protocolo de **Mapeamento da Intervenção** (Intervention Mapping Protocol) identifica seis passos no desenvolvimento de intervenções de mudança comportamental em saúde que procuram ajudar os profissionais ou investigadores a criarem intervenções baseadas teoria e na evidência:

Passo 1: avaliação das necessidades

Um grupo responsável pelo planeamento, constituído por todas as entidades envolvidas- incluindo a população alvo da intervenção, representantes da comunidade, especialistas, investigadores e futuros implementadores -, avalia o problema. Este passo incide, por um lado na identificação das causas contextuais e comportamentais do problema e, por outro, na identificação dos seus determinantes. Estas 'peças' podem ser integradas num 'modelo lógico' do problema – como é o caso do exemplo (simplificado) apresentado no diagrama em baixo. Este exemplo sobre a problemática da prevenção de DST/VIH, ilustra como é que as várias peças se encaixam.



Passo 2: Identificação de objetivos

Assim que o problema e as suas causas estejam claramente identificados, deve-se proceder à definição dos resultados esperados e objetivos da intervenção. Isto inclui especificar como é que os determinantes dos comportamentos individuais e dos agentes sociais (decisores políticos) terão de ser alterados para lidar com o problema/ alterar comportamentos. Por exemplo, tendo por base o modelo lógico acima descrito para promover o uso de preservativos pelos adolescentes, uma intervenção dirigida a este comportamento deverá aumentar a percepção de risco, bem como aumentar a percepção de eficácia dos



preservativos para reduzir o risco. A intervenção deverá também influenciar diretamente o/a parceiro/a, em combinação com o aumento da percepção de eficácia dos/as adolescentes para negociar o uso do preservativo. Finalmente, dependendo das normas sociais vigentes, poderá ser facilitado o acesso aos serviços de planeamento familiar.

Passo 3: Desenhar a intervenção

São selecionados métodos de intervenção e aplicações práticas suportadas pela teoria com vista à mudança (dos determinantes) dos comportamentos. São também delineadas as temáticas do programa, os componentes, a abrangência e também os procedimentos. O Mapeamento da Intervenção distingue os chamados métodos (ou técnicas) de mudança comportamental que se mostraram eficazes na modificação dos determinantes do comportamento e/ou das causas contextuais. Por exemplo, a percepção de risco pode ser aumentada através de informação sobre os riscos em determinados cenários prováveis. A auto-eficácia pode ser melhorada por modelagem ou feedback. A um nível de políticas públicas os 'lobbys' e ações de sensibilização podem influenciar as tomadas de decisão. Todos estes métodos de mudança requerem a transposição para uma ação prática, tendo em consideração a teoria e os parâmetros baseadas na evidência. Por exemplo, no que respeita à modelagem, é esperado que a pessoa se identifique com o modelo, observe que este é capaz de desempenhar o comportamento-alvo (mestria) e é refor-

çado. Esta observação potencia o aumento da confiança da pessoa de que é capaz de desempenhar esse mesmo comportamento com sucesso (auto-eficácia).

Passo 4: Produção da intervenção

A estrutura do programa é refinada, os materiais e as mensagens são elaboradas, testadas e produzidas. Por exemplo, o programa Holandês '**Longa Vida ao Amor**', que se baseia no modelo lógico apresentado, foi concebido, produzido e implementado e tem demonstrado a sua eficácia na promoção de relações sexuais seguras entre os adolescentes.

Passo 5: Plano de implementação

Os potenciais utilizadores do programa são identificados e são especificados os objetivos de desempenho e de mudança. São também delineados os planos de intervenção usando os passos do Mapeamento de Intervenção. No exemplo do uso do preservativo, a intervenção foi delineada para abranger adolescentes de 14-15 anos em contexto escolar. As ações de implementação tinham como objetivo a disseminação nas escolas. Para isso, era esperado que o programa fosse aceite pelos diretores das escolas e pelos professores, que houvesse uma implementação adequada da intervenção por parte dos professores e, finalmente, uma integração/inclusão deste modelo de intervenção por parte da Direção da instituição escolar.

Passo 6: Plano de avaliação da eficácia

Desenvolver e implementar uma intervenção não é o fim do caminho. É também importante avaliar se a intervenção atingiu os seus objetivos (i.e., avaliação da eficácia) e se foi implementada como pretendido (i. e., avaliação do processo – procedimentos). As tarefas previstas nos passos 5 e 6 devem iniciar-se tão cedo quanto possível no processo de planeamento. Os resultados destas avaliações podem ser usados para refinar e melhorar as próprias intervenções.

Uma perspetiva abrangente

O planeamento de intervenções de mudança comportamental deverá sempre:

- Basear-se na evidência e no uso de teorias comportamentais
- Ter uma abordagem ecológica dos processos de avaliação e de intervenção nos problemas (de saúde)
- Garantir a participação de agentes e decisores relevantes nas comunidades alvo.

Um indivíduo com um problema de saúde é não só, parte de um sistema, mas também faz parte da potencial solução para o problema. Assim, a participação abrangente nos vários níveis de um sistema pode trazer uma maior amplitude de competências e conhecimentos especializados a uma intervenção, aumentando o seu grau de aplicabilidade prática no mundo real. Além disso, pode contribuir também para perceber como melhor se pode avaliar uma intervenção

Processos-chave

O Mapeamento da Intervenção também sugere 'processos-chave', i.e. ações necessárias para aplicar a teoria e evidência: colocar questões, explorar respostas através de 'brainstorming', rever resultados empíricos, aceder e utilizar a teoria, identificar a necessidade de novas investigações, e por fim, formular a lista final de respostas. Aceder e aplicar a teoria é o desafio para o qual os psicólogos da saúde são especialmente treinados.

Recomendações práticas

- Todos os grupos de planeamento de uma intervenção de mudança comportamental devem incluir um especialista da área da mudança comportamental, e.g., um psicólogo da saúde acreditado.
- No desenvolvimento de intervenções de mudança comportamental, deve-se usar a teoria e evidência, ter uma abordagem sistémica e promover a participação ativa na intervenção.
- Planear uma intervenção de mudança comportamental é um processo passo-a-passo, em que cada passo se constrói com base nos que o precedem. O protocolo de Mapeamento de Intervenção procura guiar os profissionais neste percurso.
- Os "processos-chave" podem ajudar os psicólogos da saúde a descobrir respostas para as questões formuladas no planeamento, baseadas na teoria.
- É particularmente relevante para o planeamento da intervenção: identificar os determinantes-chave do comportamento alvo, tendo em conta os parâmetros teóricos que tornam eficazes os métodos de mudança comportamental e, garantindo que a intervenção é implementada como foi planeada.

”

Suporte social e comportamentos saudáveis: Como passar das boas intenções a um apoio eficaz

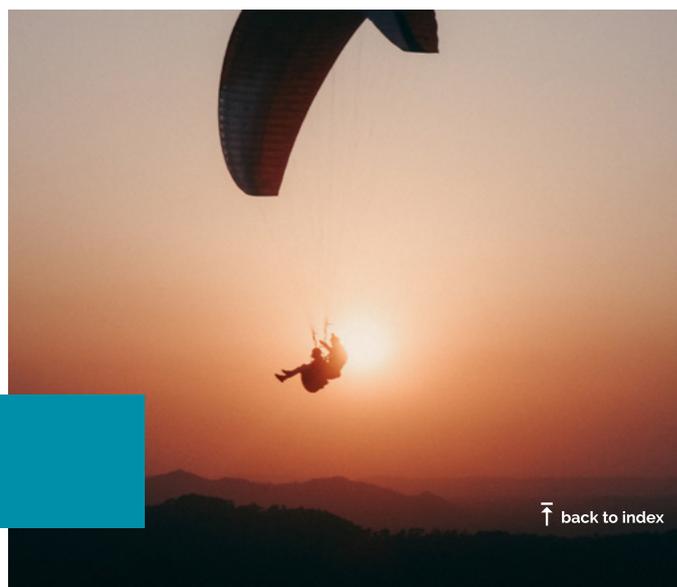
Urte Scholz, Universidade de Zurique e Gertraud (Turu) Stadler, Universidade de Aberdeen

Quando ouvimos a expressão “suporte social” pensamos que é algo necessariamente positivo. O que pode haver de mal numa “pequena ajuda”? Ter alguém que cozinhe refeições saudáveis quando se está a tentar comer melhor; ou ser reconfortado quando se sente em baixo porque a última tentativa para deixar de fumar não correu tão bem... Estes exemplos já nos dão uma ideia que as boas intenções podem não ser suficientes quando ajudamos alguém. O/A companheiro/a que cozinha receitas saudáveis ou a sua irmã que lhe impinge dicas de dietas também o podem levar a sentir que só as outras pessoas é que sabem o que é melhor para si. A questão é... pediu-lhes que o/a ajudassem? Será que não acreditam que você consegue comer de forma saudável sozinho/a? Será que o apoio para a mudança de um comportamento é sempre positivo? Neste texto procuramos ajudar os profissionais de saúde a melhor aconselhar os seus utentes a procurar suporte social útil e significativo. Vamos começar por definir o que é, e o que não é suporte social.

O que é o suporte social?

Suporte social é a ajuda que uma pessoa providencia a outra quando existe um problema ou um desafio, como por exemplo, tentar seguir uma dieta saudável. Este suporte foca-se na resolução do problema ou, pelo menos, no alívio do stress associado ao problema. Há três formas

comuns de suporte que frequentemente se conjugam. A primeira é o suporte emocional – reconfortar uma pessoa e fazê-la sentir-se desejada, compreendida e acarinhada quando não está a conseguir lidar com uma determinada dificuldade. Uma segunda forma é o suporte logístico ou prático, isto é, ter uma ação concreta para ajudar o outro, como por exemplo, comprar alimentos saudáveis. Um terceiro formato é o suporte informativo, que se caracteriza por providenciar estratégias sobre como mudar o comportamento, por exemplo, comer mais vegetais. A investigação tem demonstrado que a maior parte do suporte social provém de pessoas próximas, como o companheiro/a, a família ou os/as amigos/as. Já para pessoas com problemas de saúde, os profissionais de saúde e outras pessoas com problemas de saúde semelhantes são também importantes fontes de suporte social.



Há dois tipos diferentes de suporte: aquele que se espera obter no futuro ou aquele que efetivamente obtivemos no passado. Ao primeiro tipo de apoio chamamos suporte social percebido e está mais relacionado com uma expectativa otimista do suporte que se poderá receber do que do suporte real efetivamente recebido. Por exemplo, um fumador que tem intenção de deixar de fumar pode antecipar que apoio irá obter quando o fizer. Este tipo de suporte nem sempre corresponde à realidade. Para analisar o suporte social real, tem de se questionar sobre o suporte que se obteve numa determinada situação para ultrapassar um determinado problema, i.e. pedir o feedback retrospectivo das interações de suporte verdadeiramente ocorridas. Por exemplo, que ajuda teve durante a última semana em que tentou comer melhor.

A influência do suporte social para a mudança para comportamentos saudáveis

Quando consideramos a investigação sobre suporte social e os comportamentos de saúde, muitos estudos reportam efeitos positivos do suporte na adoção de comportamentos de saúde. Mas uma grande parte desta investigação foca-se no primeiro tipo de suporte, o suporte percebido. A expectativa positiva de suporte social parece estar associada, de forma consistente, a comportamentos mais saudáveis.

O suporte social real, tem merecido menos atenção por parte da investigação. Para este tipo de suporte, o sucesso das ações de apoio parece depender:

- de quem está a providenciar o suporte (por vezes a ajuda de um amigo é melhor que do parceiro/a),
- do género de quem apoia (as mulheres parecem ser melhores no apoio tanto a homens como a mulheres),
- do ajustamento entre o suporte requerido e o que é realmente providenciado, e ainda...
- em que circunstâncias este ocorre (se há um equilíbrio entre o dar e o receber).

De facto, alguns estudos reportaram que receber suporte social pode até mesmo ser contraproducente. O suporte pode levar a sentimentos negativos ou simplesmente levar a que não se sinta capaz de lidar com o desafio que enfrentamos naquele momento. O **Suporte** de pessoas em quem confiamos e que satisfazem as nossas necessidades, fazendo-nos sentir compreendidos/as,

valorizados/as, e acarinhados/as quando estamos a tentar mudar comportamentos de saúde, parece ser a opção mais eficaz. O suporte significativo depende de uma comunicação bidirecional, em que ambos os lados comunicam entre si: A pessoa que tenta fazer uma mudança deve perceber as suas necessidades pessoais e comunicá-las de forma clara, procurando activamente o apoio de pessoas responsivas ao pedido de apoio. Quem dá apoio, deve procurar satisfazer as necessidades do outro de uma forma respeitosa e adequada.

Recomendações práticas:

Então como é que pode apoiar de forma eficaz alguém que pretende mudar um comportamento de saúde? Considere as seguintes recomendações:

- Encoraje os/as utentes a procurarem o apoio das pessoas de confiança, no sentido de comunicarem o que é que precisam em termos de suporte. Poderá ser mais emocional ou logístico, ou até mesmo o desejo de alterar um determinado comportamento sozinho/a, sem apoio de outros.
- Pratique com o/a utente formas de comunicação das suas necessidades em situações específicas e também sugestões sobre as formas mais úteis de receberem suporte de outros. Por exemplo, fazer exercícios de role play em diferentes cenários de procura de apoio. O utente pode praticar a forma como poderá orientar e como providenciar feedback construtivo a quem irá apoiá-lo.
- Exercitar a capacidade de reconhecimento de suporte especializado. Como a mudança comportamental é um processo dinâmico e as necessidades podem alterar-se de um dia para outro, este processo poderá requerer mudanças frequentes.

”

Intervenções muito breves para a mudança comportamental nos cuidados de Saúde

Por **Stephen Sutton**,
Universidade de Cambridge,
Reino Unido



Desafios de larga escala, requerem soluções de larga escala. Para se mudar os '4 grandes' comportamentos (inatividade física, tabagismo, consumo alimentar e de álcool excessivos) é necessário desenvolver intervenções que possam influenciar um grande número de pessoas e, assim, conseguir um impacto significativo em saúde pública. Uma abordagem promissora são as intervenções breves providenciadas pelos médicos nos contextos de saúde. Por exemplo, em Portugal o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física promovido pela Direção Geral de Saúde está a criar condições para que os profissionais dos cuidados de saúde primários possam realizar aconselhamento personalizado breve a adultos inativos, fazendo o respetivo acompanhamento nas consultas subsequentes.

Temos hoje **evidência sobre a eficácia** das intervenções breves. No entanto, um problema subjacente à interpretação da literatura é a existência de **definições diferentes** de "aconselhamento breve" ou de "intervenções breves". Por exemplo, **uma revisão** definiu aconselhamento breve como "menos de 30 minutos de duração, ou providenciado numa só sessão (permitindo apenas o acompanhamento de 'Follow-Up' enquanto contacto suplementar)". Muitas destas intervenções "breves" são demasiado longas para serem

incluídas nos procedimentos das consultas no contexto dos cuidados de saúde primários. Na nossa investigação, temos procurado desenvolver, implementar e avaliar intervenções "muito breves", definidas como "uma sessão única com uma duração não superior a 5 minutos", dirigidas à inatividade física. Estas intervenções muito breves podem ser implementadas em diversos contextos de saúde (e.g. **Programa Nacional de Promoção da Atividade Física da Direção Geral de Saúde**). O programa de prevenção **National Health Check** (NHS, UK) (convida adultos dos 40 aos 74 anos que não estejam sinalizados com diagnóstico de uma determinada condição médica, a fazerem um rastreio das cardiovasculares a cada cinco anos. A maioria destes rastreios têm lugar nos cuidados de saúde primários e são conduzidos por enfermeiro/as. São uma excelente oportunidade para a implementação de intervenções muito breves de mudança comportamental que podem alcançar um elevado número de pessoas.

O que fizemos foi desenvolver intervenções muito breves para serem integradas nos programas de rastreio. No desenvolvimento destas **intervenções** usámos uma abordagem iterativa que combinou evidência e conhecimentos especializados de múltiplas fontes, incluindo revisões sistemáticas, consulta de parceiros da comunidade, estudos qualitativos, estimação de

custos operacionais, e discussões entre membros da equipa. Especificámos também o conteúdo das intervenções muito breves em termos das técnicas de mudança comportamental eficazes. Por exemplo, a nossa intervenção de curta duração com base no uso do pedómetro incluiu um conjunto de nove **técnicas diferentes de mudança comportamental**, incluindo Formulação de Objetivos (comportamento), Planos de Ação, e Automonitorização do Comportamento. Para implementar estas técnicas foi fornecido um pedómetro, um diário de registo de passos e instruções verbais, como por exemplo "Em cada semana pode escolher um objetivo de passos para si, por exemplo 6,000 passos por dia. Tome nota de quantos passos deu no seu diário, para perceber se atingiu o seu objetivo". Para treinar os profissionais de saúde neste nestas intervenções muito breves, desenvolvemos uma sessão de treino de três horas e um manual de apoio.

Estas intervenções muito breves utilizando técnicas de mudança comportamental vão para além de uma sessão de aconselhamento. Habitualmente, o aconselhamento consiste em informar sobre os perigos da inatividade física ou os benefícios de se ser mais ativo e um incentivo para mudar. Apesar de importante, o impacto deste aconselhamento pode ser maior se as intervenções incluírem também técnicas como a implementação de objetivos e a automonitorização, que foram desenvolvidas com o propósito de ajudar as pessoas a mudar os seus comportamentos e têm-se revelado eficazes.

Demonstrámos que é possível integrar as intervenções muito breves nos programas de rastreio e que estas são bem aceites pelos profissionais de saúde e pacientes. Os nossos resultados iniciais sobre a sua eficácia utilizando medidas objetivas de avaliação de atividade física objetivas (acelerómetro), **revelaram-se bastante promissores**. Contudo, quando testámos esta intervenção nos níveis de atividade física aos 3 meses, num estudo maior (N = 1007), o efeito foi baixo e não significativo. De qualquer forma, a avaliação económica sugeriu uma probabilidade de 60% da intervenção ter uma relação custo-benefício positiva a longo prazo,

em comparação individualmente com o programa National Health Check. Assim providenciar intervenções muito breves parece ser melhor do que não fazer nada!

Adicionar outras componentes as intervenções muito breves pode aumentar a sua eficácia. Contudo, o desafio e fazê-lo sem aumentar os custos. Uma abordagem é combinar a intervenção muito breve cara-a-cara providenciada pelo profissional de saúde com uma intervenção 'digital' que permite manter um apoio regular ao utente na sua mudança comportamental. A conjugação da intervenção presencial com a componente digital poderá ser mais eficaz que cada uma das componentes isoladamente. A nossa equipa testou uma versão deste modelo de intervenção para **melhorar os índices de sucesso na cessação tabágica**. A componente digital consistiu num programa de 90 dias em que se enviaram mensagens escritas personalizadas para o telemóvel dos utentes do programa de cessação tabágica.

Recomendações

- Há evidência para a eficácia das intervenções breves para a mudança comportamental, por exemplo a cessação tabágica e a promoção de atividade física. Contudo muitas destas intervenções são demasiado longas para incluir nas consultas médicas de rotina.
- Uma alternativa é utilizar intervenções muito breves, que não demoram mais do que 5 minutos. Embora a evidência seja ainda limitada, qualquer pequena mudança é melhor do que intervenção nenhuma!
- Em vez de ser apenas 'aconselhar', as intervenções muito breves incluem uma ou mais técnicas de mudança comportamental. Por exemplo, poderá ser útil pedir ao utente para monitorizar o seu comportamento (atividade física, consumo alimentar) ou para especificar um plano de ação, registrando quando, onde e como irá aumentar os seus níveis de atividade física, ou evitar petiscar durante o dia.
- Orientar os utentes para ferramentas úteis de apoio à mudança comportamental (e.g., uma aplicação de telemóvel ou um grupo de caminhada) é rápido e pode aumentar o impacto da sua intervenção. A marcação de consultas de acompanhamento poderão ajudar a identificar dificuldades na mudança comportamental e ajudar a encontrar outras ferramentas ou a ajudar a escolher novos objetivos.





Potenciando a sua imaginação: Como usar o poder da imagética para promover comportamentos saudáveis

Martin S. Hagger, Curtin University, Australia and
University of Jyväskylä, Finland
Dominic Conroy, Birbeck University of London, UK

O que é a imagética?

De uma forma geral, os seres humanos são bons a imaginar coisas, por exemplo, ações futuras ou cenários hipotéticos. Estas situações imaginadas não costumam ser estruturadas e são automáticas. Os psicólogos têm investigado se é possível aproveitar esta **capacidade de**

imaginação para aumentar a competência para atingir **resultados ou objetivos desejados**.

A imagética é o termo usado pelos psicólogos para descrever as estratégias, relacionadas com a capacidade de imaginação, que são usadas para aumentar a motivação para pôr em prática ações dirigidas a objeti-

vos. Existem vários métodos de imagética. Geralmente, envolvem exercícios auto-dirigidos ou orientados por um especialista, em que se imagina ou visualiza o sucesso no desempenho de um comportamento desejado ou os sentimentos e emoções experienciadas ao desempenhar o comportamento, bem como o seu resultado final. Por exemplo, um/a fumador/a que quer deixar de fumar, pode imaginar os passos necessários para lidar com situações em que existe um forte desejo de fumar. As intervenções com recurso a imagética operam pelo aumento da motivação para o comportamento no futuro. É uma forma de aumentar a preparação e a disponibilidade para executar o comportamento alvo com sucesso e atingir o objetivo.

A imagética pode aumentar a confiança de um indivíduo na sua capacidade para desempenhar um determinado **comportamento numa** dada situação, isto é, a sua auto-eficácia. Quanto mais elevado for o nível de auto-eficácia maior será a motivação ou intenção futura de iniciar um determinado comportamento, bem como a capacidade para ultrapassar barreiras que possam surgir. Por exemplo, imaginar que se consegue evitar com sucesso bebidas com elevado teor de açúcar em determinadas situações, através por exemplo de encontrar alternativas com baixo teor de açúcar, pode promover a confiança da pessoa para o fazer. Em última análise, quando uma pessoa se imagina a fazer um determinado comportamento com sucesso, está a criar o melhor modelo a seguir – ela própria!

Como é então usada a imagética?

Apesar de existirem muitas técnicas de visualização (e.g., imagética orientada, simulação mental), há alguns elementos chave comuns. A imagética é frequentemente realizada num “exercício” em que uma pessoa cria uma imagem mental dinâmica dela própria a executar o comportamento desejado. Neste exercício, a pessoa visualiza as suas ações em “tempo real”, o mais realista possível, prestando atenção aos detalhes importantes e tentando imaginar o que está a sentir nesse momento. Em alguns casos, pode ser solicitado que imagine o momento em que se consegue atingir o objetivo ou o resultado desejado, bem como as emoções positivas associadas a essa experiência. A imagética pode ser realizada de pela própria pessoa ou guiada por um facilitador. Ter formação em Psicologia não é um requisito para ser um facilitador, mas é importante ter experiência nesta atividade. Poderá

também ser realizado em grupos em que os membros de um grupo imaginam os seus próprios cenários, normalmente orientados por um único facilitador.

Funciona mesmo?

A imagética tem sido usada para promover a motivação e a confiança na promoção de comportamentos de saúde. De acordo com a investigação, a imagética parece ser eficaz na redução de consumo de álcool, aumento da atividade física, promoção de alimentação saudável, e cessação tabágica. Adicionalmente, a sua eficácia também é sugerida quando usada concomitantemente a outros métodos de mudança comportamental, como os planos de ação ou (i.e., planear quando, onde e como agir), veja o artigo do Gollwitzer neste blog. Recentemente, o nosso grupo de investigação elaborou uma revisão de estudos que usaram a imagética para promover comportamentos de saúde, de onde se concluiu que as estratégias de imagética são eficazes, especialmente quando usadas repetidamente e quando são dadas instruções claras às pessoas sobre como fazerem os exercícios de imagética.



Recomendações Práticas:

A imagética é um método relativamente simples e de baixo custo, que visa promover a motivação e a auto-eficácia para mudar comportamentos. Aqui ficam algumas sugestões e considerações sobre a imagética para profissionais de saúde:



- **Público alvo.** As intervenções de imagética são mais apropriadas para pessoas que estão interessadas em mudar o seu comportamento e não para pessoas que não pensam em mudar o seu comportamento. É também importante que haja um objetivo de saúde definido (e.g., 20 minutos de jogging sem parar).



- **Exercícios de imagética.** A imagética deve ser introduzida como um “exercício” que requer algum tempo de prática. Os exercícios devem ser executados num lugar tranquilo, confortável, e livre de distrações.



- **Orientação na imagética.** Para principiantes é aconselhado um facilitador, ou no mínimo, instruções claras sobre como executar os exercícios de imagética. Pessoas com mais experiência podem usar a imagética de forma auto-dirigida. Escrever o exercício de imagética e criar lembretes (e.g., através de sms) pode ser uma forma eficaz de ajudar a relembrar o exercício.



- **Tempo.** Os exercícios de imagética podem ser realizados num curto de espaço de tempo (menos de 5 minutos), sendo que quanto mais longo for o exercício, mais vivida e memorável será a imagem.

Os profissionais que estejam interessados em aprender mais sobre este tema poderão ler um guia **publicado recentemente com orientações práticas para o uso da imagética na mudança comportamental.**



”

O poder do planeamento

Peter M. Gollwitzer, New York University

Todos nós temos maus hábitos. Petiscamos quando estamos mais stressados ou bebemos demasiado álcool quando estamos num momento descontraído entre amigos. Criamos stress desnecessário ao deixarmos que os media nos distraiam de concluirmos os nossos projetos profissionais, ou ao entrarmos em querelas desnecessárias com colegas, amigos ou família. Como podemos mudar estes maus hábitos?

Muitas pessoas poderão dizer-lhe que basta comprometer-se com um objetivo de acabar com estes maus hábitos que são comuns no nosso quotidiano e, que dessa forma irá livrar-se deles se se esforçar o suficiente. No entanto, a **extensa investigação** em motivação demonstra que existe uma grande disparidade entre ter um objetivo – por exemplo, controlar maus hábitos e, conseguir efetivamente fazê-lo. Isto aplica-se aos hábitos em todos os domínios da vida, incluindo a saúde, o trabalho e, a vida familiar. Então o que pode ser feito para reduzir esta lacuna?

Na **investigação** que tenho desenvolvido nos EUA e na Alemanha sobre o processo de autorregulação para atingir objetivos, descobri que uma das formas de lidar com essa lacuna é através do estabelecimentos de planos para implementar os objetivos. Os planos mais eficazes são os que especificam “quando”, “onde”, e “como”, se vai agir para pôr o objetivo em prática, usando uma formulação do tipo “SE-ENTÃO”. Tenha como exemplo alguém que bebe demasiado quando está na companhia de amigos. Primeiro, na parte “SE” do plano, identifica-se a situação crítica que normalmente leva a executar o hábito indesejado. Talvez o ponto de partida seja um amigo oferecer uma bebida. Depois, na parte “ENTÃO” do plano, especifica-se uma ação que possa ajudar a recusar aquela bebida, como responder que se prefere um copo de água naquele dia. Finalmente junta-se o “SE” com a parte “ENTÃO” fazendo um plano com uma formulação “SE-ENTÃO”: “SE na sexta-feira depois do trabalho os meus colegas me convidarem para beber um copo, ENTÃO vou responder: hoje prefiro ir para casa e passar tempo com a minha família”.

Parece demasiado simples? Bom... um **grande número de estudos** realizados com crianças, adultos e idosos por todo o mundo e, publicados em revistas com revisão de pares, demonstraram que os planos SE-ENTÃO aumentam significativamente a probabilidade de concretização do objetivo. Isto aplica-se a objetivos no domínio da saúde e de concretização pessoal e interpessoal, para pessoas de diferentes origens culturais e sociais. Estes planos são também eficazes para pessoas que têm dificuldades de autorregulação dos comportamentos de uma forma geral (e.g., **crianças com** défice de atenção e hiperatividade, **pacientes com distúrbios no lobo frontal**).

Como pode então uma simples formulação SE-ENTÃO ser tão eficaz na mudança de comportamento? Em investigações **realizadas em contexto controlado laboratorial**, verificou-se que estes planos fazem com que o comportamento especificado na parte "ENTÃO" da formulação seja mais fácil de pôr em prática quando a pessoa se confronta com a situação crítica identificada no "SE", porque despoleta uma resposta pré-planeada de forma rápida e sem esforço. A resposta, ao passar da pessoa para a situação crítica, não exige um esforço e controlo constante, facilitando assim o surgimento de uma resposta pré-programada, quase que automática.



Recomendações para a prática

Não é difícil aprender a fazer bons planos com a formulação "SE-ENTÃO". Comece por identificar as situações críticas que poderão despoletar maus hábitos, e de seguida defina os comportamentos que pode (e quer) desempenhar em vez dos comportamentos habituais indesejados. Gabriele Oettingen, uma colega da Universidade de Nova Iorque, desenvolveu uma estratégia de autorregulação do comportamento chamada "DROP" (que significa Desejo-Resultado-Obstáculo-Plano, em inglês WOOP: Wish-Outcome-Obstacle-Plan) que compreende 4 passos que podem ajudá-lo/a especificar a parte "SE" e depois a parte "ENTÃO" de um plano com esta formulação "SE-ENTÃO". Mais especificamente, o primeiro passo será definir o que Deseja ultrapassar, por exemplo um determinado mau hábito. Numa segunda fase imagine como seria sentir o Resultado da concretização do seu desejo. Depois, no terceiro passo, pergunte-se o que poderá prejudicar o seu progresso na realização do seu desejo: Qual é o principal Obstáculo pessoal que está

bloquear o seu caminho? Assim que encontrar o obstáculo e o explorar mentalmente (por exemplo, através de visualização mental), pode avançar para o quarto passo. Irá finalmente elaborar um Plano "SE-ENTÃO", colocando o obstáculo identificado na formulação "SE" e uma ação instrumental na parte "ENTÃO". Conseguirá completar o quarto passo da "DROP" ao colocar o seu plano "SE-ENTÃO" em mente. Feito!

Então, se não quiser ser uma vítima dos seus maus hábitos ou se quiser ensinar outros como se poderão proteger dos seus maus hábitos, faça o seguinte plano SE-ENTÃO: "Se eu encontrar um momento sossegado hoje, ENTÃO irei visitar o site www.woopmylife.org e aprender como usar o WOOP". Poderá até descarregar a aplicação WOOP. Esta aplicação é gratuita e pode ser uma boa ferramenta de apoio para ajudá-lo/a a mudar maus hábitos ou ajudar outros a fazê-lo.



O Medo é um mau conselheiro

Dr. Gjalt-Jorn Peters, Open University, Países Baixos

A utilização de mensagens que visam aumentar o receio/medo são uma estratégia comum para promover a mudança de comportamentos de saúde. Um bom exemplo, são as mensagens utilizadas nos **maços de tabaco** acompanhadas com imagens chocantes. Um outro exemplo, são as campanhas de promoção do **uso do cinto de segurança** e o **desencorajamento do uso de substâncias ilícitas**. Apesar da popularidade e do uso generalizado destes métodos de intensificação do medo, a investigação sugere que esta pode não ser a melhor forma de mudar comportamentos.

Como é possível o medo não ser uma estratégia eficaz? Não deveriam as pessoas ficar assustadas com as coisas que lhes podem fazer mal à saúde? Afinal, qualquer pessoa que saiba os riscos envolvidos seguramente que não irá fumar, conduzir sem o cinto de segurança, ou usar metanfetaminas, certo? Bom... não propriamente...

O recurso ao medo

Uma razão pela qual as táticas de medo parecem ser uma escolha óbvia para as campanhas de saúde pública, prende-se com o facto de as pessoas frequentemente acharem que sabem como os outros se comportam. De uma forma geral, as pessoas acham que aquilo que as detém de fazer algo perigoso é o mesmo que irá prevenir outros de as fazerem também. "Se as pessoas ao menos soubessem os riscos...". Os perigos dos comportamentos

de riscos já são frequentemente comunicados nos meios de comunicação social, nos meios escolares e, nas redes sociais. Será que estas campanhas não alcançam as pessoas que estão em risco? Ou será que estas mensagens não são suficientemente persuasivas (e confrontantes).

Esta abordagem sustenta-se na ideia que uma mensagem mais confrontacional ou mais assustadora poderá resultar melhor, quebrando as defesas dessa pessoa ao confrontá-la com os perigos associados ao comportamento de risco, fazendo com que dessa forma pensem duas vezes antes de fumarem um cigarro ou usarem metanfetaminas. De facto, esta é **uma resposta muito comum** quando **perguntamos às pessoas o que acham que resulta** melhor para as desencorajar de se envolverem em comportamentos prejudiciais à saúde. Contudo, sabemos há já algum tempo que este exercício **introspectivo** não é o ideal: as pessoas nem sempre têm presente as razões pelas quais agem de determinada maneira. Perguntar à população-alvo as suas razões para fazerem (ou não fazerem) um comportamento pode ser muito útil e, envolvê-las ao longo do processo de desenvolvimento da intervenção é crucial. No entanto, o cidadão comum não é um especialista em mudança comportamental, e não lhe deve ser atribuída essa responsabilidade.

Apesar da atração intuitiva por uma comunicação ameaçadora, outra razão para a sua popularidade é a percepção de falta de alternativas. Nem todos os agentes envolvidos no desenvolvimento de programas de saúde e em estratégias

de comunicação em saúde estão familiarizados com os modelos de apoio ao desenvolvimento de programas como o **Mapeamento de Intervenções**, ou com as classificações de **métodos de mudança comportamental**, atualmente disponíveis. A utilização do medo e da ameaça em promoção da saúde são de fácil acesso e baseados no “senso comum”. Mas então porque é que isto é um problema?

Nada a temer, exceto o medo em si mesmo

O problema é que os humanos nem sempre agem de forma racional, e a evolução não nos equipou para a maioria das coisas que fazemos hoje em dia. Uma das coisas em que as pessoas são geralmente muito boas a fazer é a manterem uma autoimagem positiva. E uma das estratégias que pode ser utilizada, é distorcer as próprias perceções.

Apesar de haver um interesse na informação sobre riscos, se as circunstâncias não forem as mais favoráveis, as pessoas tendem a desconsiderar este tipo de informação. Para comportamentos mais fáceis, isto não é problema: Se avisar alguém que não deve comer frango cru, por exemplo, muito provavelmente essa pessoa não irá fazê-lo. É com comportamentos mais difíceis que o problema da autoperceção entra em jogo.

Por exemplo, deixar de fumar é bastante difícil: de facto, a maioria dos fumadores de tabaco quer deixar de fumar, porque percebe o tabaco como uma ameaça. Mas, quando há uma perceção de que não se consegue evitar uma ameaça, a autoimagem pode ficar ameaçada. Não é nada divertido envolver-se em coisas destrutivas, estando consciente dos seus perigos. Por isso, as pessoas tendem a desenvolver formas de se tornarem menos conscientes. Quando alguém não está confiante de que pode evitar um perigo, irá reagir defensivamente para preservar a sua autoimagem: seja por desconsiderar os riscos ou por se focar nos outros aspetos positivos da sua autoimagem. Por exemplo, um fumador pode lembrar-se da sua avó que fuma dois maços de cigarros por dia há quarenta anos e que ainda está bem de saúde (“Fumar não é assim tão perigoso”); ou esse alguém pode justificar-se que se exercita cinco vezes por semana ou que come meio quilo de brócolos todos os dias (“Eu sou uma pessoa saudável”). Estas reações defensivas ajudam as pessoas a manterem uma autoimagem positiva, o que por sua vez, permite continuar a executar o comportamento prejudicial. Estas dinâmicas têm sido **estudadas há mais de sessenta anos**. No entanto, este assunto continua a ser de alguma forma controverso. Para tentar esclarecer esta controvérsia, a

nossa equipa de investigação **avaliou criticamente toda a investigação publicada nesta área**. Investigámos porque é que alguns estudos reportam que uma comunicação ameaçadora funciona e outros estudos, congruentes com as teorias psicológicas, reportam que afinal este tipo de comunicação não funciona assim tão bem.

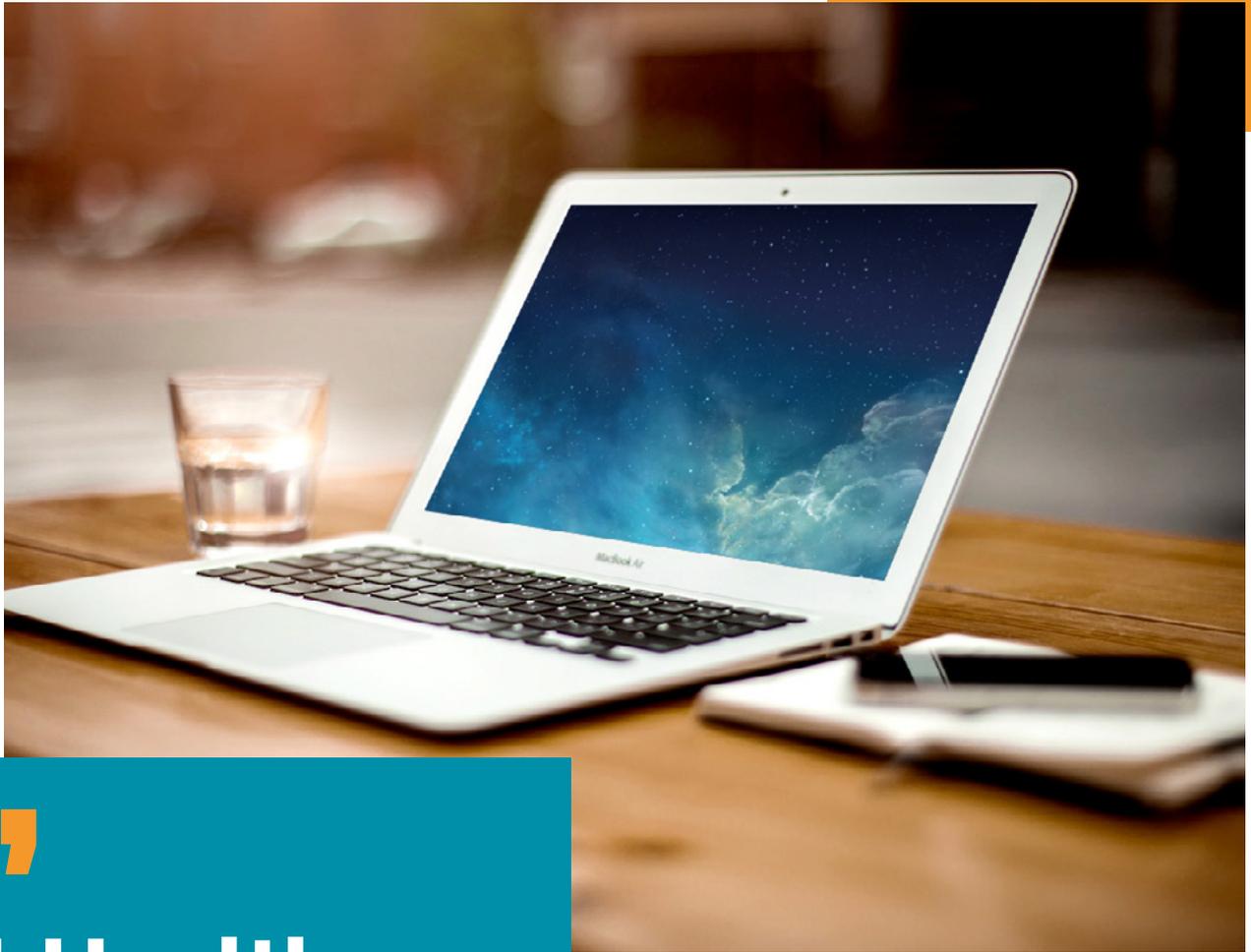
Nesta revisão sistemática da literatura descobrimos que o recurso ao medo apenas alterava o comportamento quando estas mensagens eram complementadas com intervenções que, de uma forma eficaz, aumentavam a confiança dos indivíduos na sua capacidade de eliminar a fonte de ameaça. Assim, apenas quando as pessoas estavam confiantes de que conseguiam evitar o perigo é que fazia sentido utilizar uma estratégia de medo. Por outro lado, quando as pessoas não estavam confiantes de que iriam conseguir mudar o seu comportamento para evitar o perigo, não só as mensagens ameaçadoras se demonstraram ineficazes, como as próprias pessoas reagiram de forma negativa. Se o confronto e o medo não são as melhores formas de mudar o comportamento das pessoas de forma eficaz, então quais as melhores estratégias?

Recomendações

- Quando estiver a promover a mudança de comportamentos de saúde, identifique primeiro os antecedentes (determinantes) desses mesmos comportamentos. O determinante mais importante pode ser a perceção de risco, as normas sociais, a falta de motivação, ou capacidades insuficientes, entre muitos outros.
- Depois identifique que métodos podem alterar esses determinantes (pesquise nesta **listagem** e nestas orientações práticas)
- Se acabar por decidir fazer uma comunicação focada no medo, tenha, verifique primeiro estas duas condições:
 - Que a população alvo está confiante de que conseguirá desempenhar o comportamento desejado (isto é, tem um bom nível de autoeficácia);

OU

- Que a sua intervenção contém uma ou mais estratégias eficazes para aumentar os níveis de autoeficácia.



”

E-Health: tendências e esperanças

Rik Crutzen, Maastricht
University, The
Netherlands

Hoje em dia, as pessoas utilizam a internet a toda a hora para uma grande diversidade de atividades: desde fazer compras a partilhar com um amigo que está do outro lado do mundo, uma fotografia engraçada de um gato. Tudo é possível na internet. A internet é também cada vez mais utilizada na área da saúde – referida como e-saúde (“e-health”).

O que é a e-saúde?

E-saúde refere-se aos serviços de saúde e informação providenciados através da internet e de outras tecnologias. No âmbito da psicologia da saúde, a e-saúde promove uma grande variedade de comportamentos relacionados com um estilo de vida saudável, como por exemplo, ser mais fisicamente ativo/a ou deixar de fumar. As intervenções de mudança comportamental baseadas na internet parecem ser **eficazes**. Mas, para tal, é importante que o processo de desenvolvimento destas intervenções seja sustentado pela teoria e evidência disponíveis.

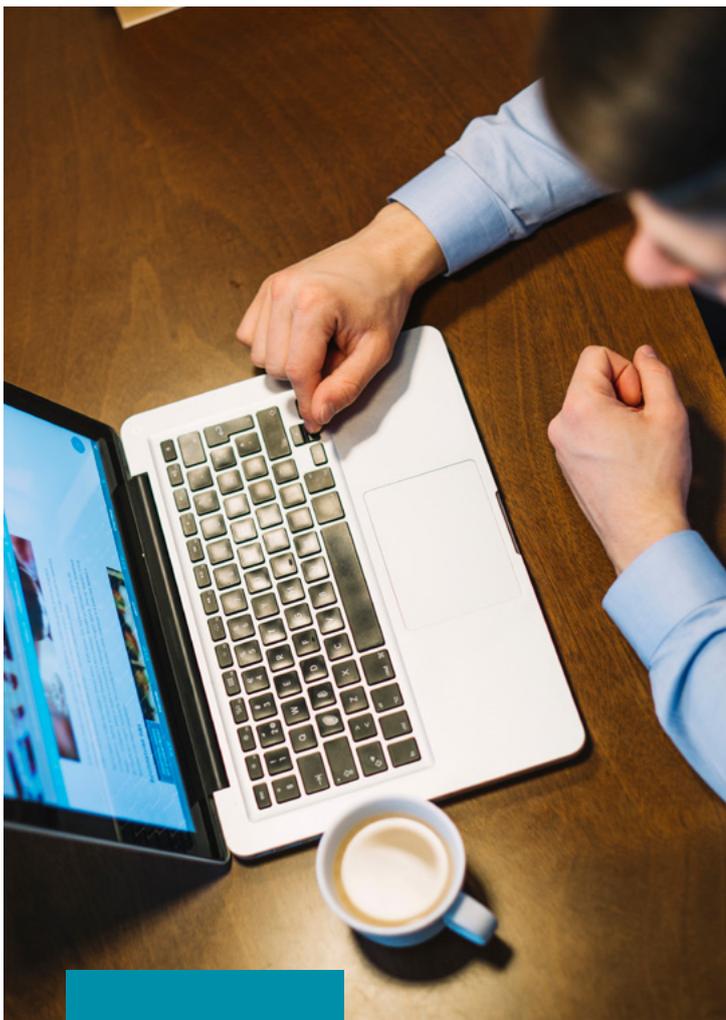
Vantagens das intervenções baseadas na internet

Uma das vantagens de utilizar a internet em saúde é o anonimato. As pessoas podem sentir-se mais anônimas em comparação com intervenções que são implementadas face a face. Este anonimato pode ser favorável principalmente em intervenções dirigidas a comportamentos que podem envolver alguma vergonha (ex., uso de preservativo, ou moderação no consumo de álcool). Uma outra vantagem é que estas intervenções podem fazer uso do sistema de navegação GPS para providenciarem informação sobre as opções nutricionais mais saudáveis disponíveis num determinado local. É, no entanto, importante realçar que estes são apenas alguns exemplos das suas potencialidades, as oportunidades que as intervenções digitais oferecem devem ser vistas como ferramentas com potencialidade para

promover mudança, não como um “botão mágico” que resolve tudo.

Investigar a adesão à intervenção

Uma vantagem das intervenções digitais, é que permitem investigar com maior precisão a adesão ao que é proposto: por exemplo, permitem obter informação detalhada sobre quantas vezes os utilizadores visitam uma determinada página ou atividade proposta, quanto tempo permanecem, quais os seus principais interesses (ex., tópicos) e, se estão a experienciar dificuldades em avançar. Este tipo de informação pode ser usado para adaptar a intervenção às necessidades do utilizador e, assim, aumentar os efeitos benéficos que a intervenção pode ter.



Recomendações para a prática:

- As intervenções e-saúde oferecem uma oportunidade única para promover mudanças comportamentais duradouras. Contudo, a mudança comportamental é um processo complexo. E por isso importante que as intervenções com recursos a novas tecnologias sejam desenvolvidas de forma sistematizada, com recurso a guidelines/manuais de boas práticas disponíveis, tal como em qualquer outra intervenção de mudança comportamental.
- Não usar a e-saúde apenas em si ou por si, deverá ser usada com um propósito; pense sempre sobre o porquê de querer usar um determinado meio de intervenção e a possibilidade que esta oferece.
- Se utilizar e-saúde, investigue a adesão à intervenção, porque pode ajudá-lo a ter mais informação sobre como a sua intervenção está a ser usada, e assim pode melhorá-la.

”

Será que o dinheiro muda mesmo tudo? A utilização de incentivos e desincentivos monetários na promoção de comportamentos saudáveis

**Jean Adams, Centre for Diet & Activity Research,
University of Cambridge**

Em Portugal, é cobrado desde fevereiro de 2015 cerca de 10 cêntimos por cada saco de plástico descartável. O dinheiro cobrado desta forma reverte para o estado, e logo no primeiro ano desta medida, o uso de sacos de plástico em Portugal caiu **98%**. Não é difícil concluir que um pequeno desincentivo monetário pode ter um grande impacto no nosso comportamento.

Será que os incentivos monetários para a mudança de comportamentos de saúde funcionam?

O que sabemos sobre o uso de incentivos ou desincentivos monetários na mudança dos comportamentos de saúde? A ideia tem vindo a crescer. Alguns países na América Central e do Sul têm tentado implementar um **amplo programa de incentivos financeiros** para encorajar as mães a seguirem os cuidados pré-natais recomendados, a imunizarem as suas crianças e, a inscrevê-las na escola. Por cada vez que uma mãe abrangida pelo programa cumpre um dos comportamentos requeridos, recebe do governo uma determinada quantia monetária. Há **evidência encorajadora**

para o impacto positivo destes programas na saúde infantil, em países com baixo e médio rendimento.

Os países com rendimentos elevados têm sido mais lentos em aderir à ideia de utilizar incentivos monetários para promover a mudança de comportamentos de saúde. No entanto, a evidência científica tem crescido. **Dois revisões sistemáticas** da literatura recentes concluíram que estes programas podem ser eficazes e, que os seus efeitos duram por algum tempo após a cessação do incentivo. Há também **pouca evidência** que os incentivos financeiros prejudiquem a "motivação interna" para iniciar comportamentos saudáveis e, existe alguma evidência para o sucesso dos incentivos em alterar comportamentos "complexos", difíceis de alterar, como é o caso da **cessação tabágica**.

Porque é que os incentivos monetários para a mudança comportamental em saúde não são mais utilizados na prática?

Se os incentivos monetários para mudar comportamentos podem “funcionar” na teoria, já na prática eles são problemáticos. Para se atingir o potencial máximo de uma qualquer intervenção, **todos têm de estar de acordo com a mesma ideia básica** – desde os decisores políticos que desenham os serviços, aos trabalhadores no terreno que implementam o programa, ao público até aos que, no final, beneficiam do próprio programa.

Quando falamos com as pessoas sobre a possibilidade de usar incentivos monetários para deixar de fumar, iniciar a prática de atividade física regular, **proceder a imunização**, ou a exames de rotina para rastreio do cancro, deparamo-nos com reações negativas. De uma forma geral, há um reconhecimento de que os incentivos podem encorajar algumas pessoas a iniciarem comportamentos mais saudáveis. Contudo, este fenómeno parece contrariado por um forte sentimento de que os incentivos são injustos para as pessoas que “fazem a coisa certa” sem nenhum incentivo. Há também um receio de que as pessoas poderão fazer batota e contornar o sistema mentindo sobre o seu comportamento para ganhar uma recompensa que, de outra forma, não teriam direito. O clima financeiro atual parece também estar alicerçado num sentimento de que distribuir dinheiro não é provavelmente a medida com a melhor relação custo-benefício, nem mesmo a medida mais económica, ou ainda, que a haver um incentivo, este deve ser de pequeno valor. Há sempre o receio que os beneficiários destes incentivos possam desperdiçar em produtos pouco saudáveis. Os **decisores políticos** estão também preocupados que os incentivos não abranjam os **determinantes sociais mais amplos** que influenciam os comportamentos não saudáveis e, que este tipo de intervenções sejam difíceis de defender perante a classe política e a comunicação social.

Em todos os estudos qualitativos que temos desenvolvido, os participantes tendem a sugerir abordagens alternativas para a promoção de comportamentos saudáveis, que passam pela educação e informação. Estas sugestões dos participantes são espontâneas e não em resposta a uma pergunta dos investigadores. Este é um exemplo de que oferecer um incentivo monetário, não é uma solução “óbvia” para a maioria das pessoas e, que outras vias deveriam ser exploradas primeiro.

É, no entanto, interessante notar que se encontram resultados bastante diferentes quando fazemos inquéritos online.

Por duas vezes demonstrámos que as pessoas acham os programas para a mudança comportamental que incluem incentivos monetários, são **tanto ou mais apelativos** do que os que não usam esses incentivos. É possível que o anonimato da internet deixe as pessoas mais à vontade para expressarem o que realmente acham, enquanto que num grupo focal ou numa entrevista, as questões de “desabilitabilidade social” podem influenciar aquilo que as pessoas consideram aceitável dizer sobre os incentivos financeiros.

A cultura e o contexto também parecem ser importantes. Há alguma evidência de que os incentivos fiscais para os comportamentos de saúde são mais aceitáveis nos EUA do que no Reino Unido. Uma razão para esta diferença, pode ser porque nos EUA é normal a ligação entre dinheiro e cuidados de saúde nos EUA (sistema de seguros de saúde), enquanto que o Reino Unido tem um serviço nacional de saúde público.

Recomendações para a prática

Os incentivos financeiros podem certamente ser uma forma eficaz de ajudar as pessoas a mudarem comportamentos. Não são, porém, universalmente aceites. Qualquer programa de incentivo deve ser implementado com o cuidado de abordar as preocupações que as pessoas têm sobre estas estratégias. Estas podem incluir:

- Distribuir incentivos de baixo valor, reduzindo as preocupações de que o dinheiro esteja a ser “desperdiçado”.
- Distribuir vales de desconto em vez de dinheiro, para reduzir a probabilidade de que as recompensas sejam gastas em produtos menos saudáveis.
- Assegurar que as intervenções são bem monitorizadas, para que as pessoas não contornem o sistema.
- Incluir incentivos em programas de intervenção mais vastos que incluam estratégias de educação e informação sobre comportamentos saudáveis.

Pode ser também útil iniciar diálogos abertos e honestos nas comunidades, explorando quando, onde e como é que as intervenções com incentivos monetários são sentidas como mais apropriadas.



”

“Ganhar o hábito”: Aplicar a ciência da formação de hábitos ao mundo real

Por **Benjamin Gardner**, King's College London

O que é um hábito?

Porque é que comemos pipocas quando vemos um filme? A maioria das pessoas responderia que comer pipocas é uma resposta habitual a ver um filme. A Psicologia define **comportamentos “habituais”** como ações que surgem automaticamente, como resultado da aprendizagem de associações formuladas entre uma determinada situação (por ex. o cinema) e a resposta a essa mesma situação (por ex. comer pipocas).

Uma associação de hábitos desenvolve-se quando, em resposta a uma situação específica (por ex. chegar ao cinema), fazemos alguma coisa de forma consistente (por ex. comer pipocas) com vista a um resultado desejável

(por ex. sabor agradável). Ao longo do tempo, com a sua repetição, esta associação fortalece-se de tal forma que, basta deparar-se com essa situação, para desencadear automaticamente a ação, sem ser necessário pensar sobre o que se está a fazer. Ao contornar o processo de tomada de decisão, agir de forma habitual permite poupar recursos mentais para tarefas que exijam mais do nosso pensamento consciente.

O que sabemos sobre os hábitos?

Os **investigadores** já estudam os hábitos há mais de 150 anos, mas sobretudo em animais. Recentemente, os



Quanto tempo demora a formar-se um hábito?

Quanto a isto, a evidência não é conclusiva. **Um estudo** sugeriu que em média um hábito estabelece-se em 66 dias, enquanto que **outro estudo** verificou que novos praticantes de ginásio tinham de fazer exercício pelo menos 4 vezes por semana durante 6 semanas para se formar um hábito de exercício. De qualquer forma, é muito provável que não sejam os 21 dias propostos por um mito urbano iniciado pelo cirurgião plástico Dr. Maxwell Maltz, mas que entretanto já **desmistificámos**.

Contudo, a questão sobre a formação de hábitos não é tão simples quanto pode parecer. **Não existe um critério objetivo que indique a presença de um hábito**, sendo por isso impossível dizer com certeza que uma pessoa "tem um hábito" e outra não. É mais realista conceber os comportamentos como mais ou menos habituais, em vez de se considerar ou "habituais" versus "não-habituais". Isto faz com que seja difícil estimar, com elevada fiabilidade, a duração da formação do hábito.

As boas notícias é que participantes em **estudos de intervenção**, ao desempenharem novas ações diariamente, tendem a reportar que essas ações se tornam "parte da sua rotina" ou "algo habitual" em apenas duas semanas.

Como podemos usar o hábito para mudar o comportamento?

A formação de hábitos tem implicações importantes para a mudança comportamental, pela sua persistência no tempo. Os poucos estudos que usaram a formação de hábitos como estratégia para a promoção de comportamentos saudáveis, conseguiram **resultados promissores**.

Por exemplo, **país** que receberam aconselhamento sobre como criarem hábitos de alimentação saudável para as suas crianças (frutas e vegetais, snacks saudáveis, água) reportaram, oito semanas mais tarde, terem criado hábitos de alimentação mais saudável e ainda, um aumento na qualidade da alimentação das suas crianças (Gardner et al, 2014).

Noutra intervenção, onde se procurou integrar hábitos de atividade física ligeira, numa comunidade de idosos cujas rotinas diárias passam por permanecer muito tempo sentados, observou-se uma redução do tempo sentado e, um aumento da atividade física moderada, como por exemplo, a realização de caminhadas.

psicólogos da saúde começaram a investigar a formação de hábitos no mundo real e o modo como influenciam a aquisição de comportamentos de saúde. **Um estudo** demonstrou que logo nas primeiras repetições de novas ações há um aumento rápido no nível de automaticidade auto-reportada (i.e. a força do hábito), que depois se torna mais lenta até chegar a um nível de estabilização. A investigação realizada com **estudos observacionais** tem demonstrado também que muitas ações relacionadas com a saúde, como a alimentação, o exercício físico e o consumo compulsivo de álcool (binge-drinking), são realizadas de forma habitual (automaticamente) e não de forma reflectida.

Há no entanto um senão.

O que significa dizer que uma ação é "habitual"?

Se alguém reporta que faz '**30 minutos de atividade física, sem pensar no que está a fazer**', o que quer isto dizer realmente? É raro conseguirmos fazer 30 minutos de atividade, sem termos consciência do que estamos a fazer.

Recentemente, sugerimos que existem duas formas de uma ação poder ser habitual: podemos 'decidir' habitualmente fazer algo (isto é 'decisão habitual'), ou 'fazer' habitualmente algo ('execução habitual'). A "**decisão habitual**" para fazer exercício físico (isto é, a situação automaticamente desencadeia um impulso para começar a fazer exercício), é um preditor da frequência com que as pessoas praticam exercício. No entanto, ter o hábito de 'fazer' exercício numa rotina de treino, em que uma parte do treino (e.g. terminar o treino na passadeira), desencadeia de forma automática a passagem para a fase seguinte do treino (e.g. usar halteres), não é um preditor significativo da frequência da prática de exercício.



Recomendações práticas:

Os profissionais de saúde devem considerar os benefícios de incorporar os princípios da formação de hábito, no aconselhamento que realizam para a mudança comportamental. Seguem-se algumas recomendações práticas.

- **Repetir o comportamento de forma consistente.** Recomendar que as pessoas repitam a ação de forma consistente sempre que se deparam com uma situação específica. É assim que se formam os hábitos.
- **Especificar o comportamento e situação desencadeadora.** Para formar um hábito, é importante garantir que a ação selecionada é suficientemente específica e, que a situação desencadeadora é frequente. Não será benéfico procurar formar um hábito em relação a uma situação que apenas acontece uma vez por ano, por exemplo.
- **Garantir que o comportamento de saúde é algo que a pessoa quer fazer.** As pessoas tendem a persistir mais em comportamentos escolhidos por si, do que naqueles em que se sentem pressionados para fazer.
- **Começar com comportamentos de saúde simples.** As ações mais simples (por ex. caminhar) tornam-se mais rapidamente habituais do que as mais complexas (por ex. canoagem).

Manter as expectativas realistas. Seja claro em relação ao que as pessoas devem esperar para um comportamento se tornar habitual. Formar um hábito é como colocar um lembrete mental para fazer algo perante uma determinada situação. Um local onde pode começar por substituir hábitos maus, por hábitos bons, é o cinema. Pode ficar surpreendido/a com a satisfação que pode ter ao comprar uma embalagem de uvas em vez das pipocas, se conseguir resistir ao cheiro das pipocas...



Subscreve o nosso blog para atualizações permanentes:
www.practicalhealthpsychology.com

Este livro é publicado em Acesso Aberto. O Acesso Aberto procura devolver a publicação académica ao seu objetivo original: difundir conhecimento e permitir que esse conhecimento seja desenvolvido. As barreiras de preço não devem impedir que profissionais, estudantes (ou qualquer pessoa) tenham acesso à investigação de que necessitam. Não hesite em distribuir este livro nas suas redes. Para citar este livro: Kwasnicka D., Ten Hoor G.A., Knittle K., Potthoff S., Cross A., and Olson J. (2021), Practical Health Psychology - Translating Behavioural Research to Practice. Vol.1. DOI: <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/M72P5>

Um obrigado especial à



Siga-nos nas redes sociais →

