MUDANÇA COMPORTAMENTAL EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

FILIPE RODRIGUES & DIOGO MONTEIRO

EDIÇÃO: CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM QUALIDADE DE VIDA

MUDANÇA COMPORTAMENTAL

EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

cieqv

FICHA TÉCNICA

Título: Mudança Comportamental em Atividade Física e Saúde

Autores: Filipe Rodrigues, Diogo Monteiro

Edição: Centro de Investigação em Qualidade de Vida

Instituto Politécnico de Santarém

Instituto Politécnico de Leiria

Coleção: Edições CIEQV

Produção: Relgráfica, Lda. www.relgrafica.com

Conceção gráfica: Patrícia Santos, Relgráfica, Lda. www.relgrafica.com

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto nº UID/CED/04748/2020

(Centro de Investigação em Qualidade de Vida)

ISBN: 978-989-54983-4-5

Depósito Legal: 489678/21

Tiragem: 150 exemplares

Outubro 2021

ÍNDICE

ÍNDICE 5

BIOGRAFIA DE FILIPE RODRIGUES 9

BIOGRAFIA DE DIOGO MONTEIRO 10

PREFÁCIO DE JOSÉ RODRIGUES 11

PREFÁCIO DE RUI PEDROSA 13

INTRODUÇÃO 15
Referências bibliográficas 19

COMPORTAMENTO 21
Breve nota histórica 21
Conceptualização 22
Medição do comportamento 23
Referências bibliográficas 25

INTENÇÃO 27
Conceptualização 27
Intention-behavior gap 27
Referências bibliográficas 30

MODELO TRANSTEÓRICO 33
Conceptualização 33
Processos de mudança comportamental 38
Medição da fase em que se encontra o comportamento 39
Aplicação do modelo em atividade física e saúde 39
Limitações do modelo transteórico 43
Referências bibliográficas 45

TEORIA DA AÇÃO REFLETIDA / COMPORTAMENTO PLANEADO 47
Conceptualização 47
A abordagem da ação racional: o que trouxe de novo? 50
Medição dos constructos adjacentes ao modelo teórico 51
Aplicação em contexto da atividade física e saúde 51
Limitações da teoria do comportamento planeado 54
Referências bibliográficas 55

TEORIA DO HÁBITO 59
Conceptualização 59
Medição do hábito 64

Hábito, atividade física e saúde 65
Limitações sobre o conceito de hábito 66
Referências bibliográficas 67

TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO 69
Conceptualização do macromodelo 69
Teoria da integração organísmica 72
Teoria das necessidades psicológicas básicas 76
Teoria da avaliação cognitiva 79
Teoria do conteúdo dos objetivos 83
Juntando as peças: as associações entre modelos teóricos 84
Medição das determinantes motivacionais 87
Implicações práticas no contexto da atividade física e saúde 88
Limitações do macro modelo teórico 90
Referências bibliográficas 92

INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO 98
Questionário internacional de atividade física – versão abreviada 98
Exemplo 1 - modelo transteórico 101
Exemplo 2 - teoria do comportamento planeado 102
Exemplo 3 - hábito 104
Exemplo 4 - teoria da avaliação cognitiva: (avaliação dos comportamentos interpessoais) 105
Exemplo 5 - teoria das necessidades psicológicas básicas: avaliação das necessidades psicológicas básicas 106
Exemplo 6 - teoria da integração organísmica: avaliação das seis regulações da motivação 108

BIOGRAFIA DE FILIPE RODRIGUES

Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade da Beira Interior (2020), Mestre em Ciências do Desporto com especialização em Atividades de Academia pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (2015) e Licenciado em Desporto minor Gestão do Desporto pelo Instituto Politécnico de Bragança (2012). É membro integrado do Centro de Investigação em Qualidade de Vida desde 2020, onde investiga na área da mudança comportamental em atividade física e estilos de vida saudáveis.

Publicou mais de 60 artigos científicos com revisão por pares, dos quais mais de 25 como primeiro autor, 2 livros sobre a prescrição científica com evidências científicas e participou em mais de 10 encontros a nível nacional e internacional. É igualmente revisor em diversas revistas de referência nas áreas das ciências do desporto, ciências sociais e ciências da saúde.

As suas áreas de interesse focam-se essencialmente na promoção de atividade física e estilos de vida saudáveis, tendo como base modelos teóricos robustos e contemporâneos que expliquem comportamentos saudáveis. Acrescido, devido aos seus mais de 10 anos de experiência no campo da prescrição de exercício físico, aliado à sua formação académica, escreve linhas orientadoras para aplicação prática por parte dos técnicos profissionais de exercício físico.

Grato a todos os meus colegas de investigação pelos contributos científicos que dão suporte à realização deste livro, bem como aos meus companheiros com os quais tenho vindo a desenvolver literatura enraizada na promoção da qualidade de vida. Aos professores e investigadores por acreditarem no meu potencial de vir a ser um académico de excelência.

Com especial carinho deixo o meu agradecimento à minha Doutora que me tem ensinado a ser humilde e uma pessoa melhor. É graças a ti que sou um “Cromo” e tenciono a melhorar a cada dia que passa. Obrigado Coração!

BIOGRAFIA DE DIOGO MONTEIRO

Diogo Monteiro é doutorado em Ciências do Desporto pela Universidade da Beira Interior, Portugal, em 2017. Terminou a sua Licenciatura em Psicologia do Desporto e do Exercício pela Escola de Ciências do Desporto de Rio Maior (Portugal) em 2011 e a seu Mestrado em Psicologia do Desporto e do Exercício em 2013 pela Escola de Ciências do Desporto de Rio Maior (Portugal). É membro integrado do Centro de Investigação em Ciências do Desporto, Ciências da Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD) e é professor no Politécnico de Leiria, onde leciona em licenciatura e mestrado.

Para além disso, supervisiona várias teses de mestrado e doutoramento. As principais áreas de interesse da investigação são os determinantes motivacionais no desporto e no exercício e mudança comportamental, com especial foco no comportamento sedentário, atividade física, estilos de vida saudáveis, saúde, bem-estar, adesão ao exercício, abandono do desporto e persistência. É editor e revisor de vários revistas científicas JCR e SJR. É o autor de mais de 120 documentos, tais como livros, capítulos de livros, artigos em revistas indexadas na JCR e SJR.

Agradeço a todos que me têm acompanhado ao longo destes anos nesta temática de investigação e em particular aos meus amigos, colegas e namorada.

PREFÁCIO DE JOSÉ RODRIGUES

O CIEQV é um centro de investigação cuja missão visa a produção de conhecimento científico relativo à qualidade de vida dos cidadãos. Os investigadores estudam os diversos contextos, variáveis e amostras, com a utilização de metodologias científicas. A produção deste conhecimento é fundamental para a evolução da ciência relacionada com os fenómenos sociais associados ao bem-estar e à qualidade de vida. Existe uma valorização dos projetos de investigação científica desenvolvidos pela avaliação dos seus resultados, através da publicação de artigos científicos em revistas de referência internacional. Este conhecimento é determinante para a melhoria da intervenção profissional dos técnicos, para uma formação e educação de qualidade nos programas de desenvolvimento das suas competências profissionais. Deste modo, o CIEQV constitui-se como uma mais-valia institucional no apoio à transferência do conhecimento científico para a sociedade, através das publicações dos seus investigadores com objetivo fundamental apoiar a formação dos profissionais.

Os autores deste livro e investigadores reconhecidos revelam uma excecional mestria na construção do conhecimento sobre a mudança comportamental em atividade física. A sua formação e currículo profissional são reveladores de grande qualidade na investigação científica e na formação dos técnicos especializados. Apresentam um trabalho muito rigoroso, com fundamentação científica sobre este tema que importa bastante à qualidade de vida dos cidadãos. É na mudança dos comportamentos que o futuro da nossa sociedade se joga.

Esta obra debruça-se sobre a mudança comportamental em atividade física e saúde e propõe-se expor os principais modelos teóricos subjacentes. Desenvolve os temas conceptuais definindo o marco teórico quanto ao comportamento, a intenção, o modelo transteórico, a teoria da ação refletida - comportamento planeado, a teoria do hábito e a teoria da autodeterminação. Conclui com um capítulo muito relevante com ilustração exemplificativa de instrumentos de medida para aceder às variáveis identificadas nos capítulos anteriores.

Aos leitores, investigadores, profissionais e estudantes, afigura-se o desafio de relacionar a conceptualização da mudança comportamental com a qualidade de vida, através da atividade física. A intervenção profissional de qualidade impõe o conhecimento dos processos e o domínio das competências

de aplicação dos instrumentos de medida. Nesta conjugação de propósitos, os instrumentos constituem ferramentas determinantes para a supervisão e acompanhamento dos estudantes e técnicos na sua formação.

Na missão do CIEQV, para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos, sugere-se a mudança comportamental no domínio da atividade física e saúde, garantindo uma sustentada evolução da sociedade para uma dimensão mais ecológica, equilibrada e saudável. Considera-se que esta obra contribui significativamente para a divulgação do conhecimento, proporcionando melhores ferramentas para a intervenção dos profissionais e dos investigadores.

José Fernandes Rodrigues
Professor Coordenador Principal
Coordenador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV)
Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém

PREFÁCIO DE RUI PEDROSA

O tema da "mudança comportamental em atividade física e saúde" é central neste livro, o qual constitui um trabalho académico que, simultaneamente, tem uma aplicação e impacto direto na atividade dos profissionais do desporto e da saúde. Organizado em vários capítulos focados na discussão dos conceitos e teorias mais atuais na área da mudança comportamental no contexto da atividade física e saúde, apresenta-nos uma profunda análise à literatura científica existente.

Para além da introdução global que prepara os leitores para os capítulos específicos do comportamento, da intenção, do modelo transteórico, da teoria do comportamento planeado, da teoria do hábito e da teoria da autodeterminação, os autores encontram um fio condutor de ligação organizacional suportada por elementos essenciais como a conceptualização, as limitações dos modelos, bem como aplicações práticas dos modelos e contextos em atividade física e de saúde. No entanto, este livro apresenta ainda vários instrumentos de medição que podem e devem ser aplicados por professores, investigadores e profissionais do desporto e da saúde. Deste modo, apesar dos autores nos apresentarem o livro enquanto instrumento dos "modelos teóricos mais atuais e contemporâneos no estudo da mudança comportamental no contexto da atividade física e saúde", este manual é muito mais do que isso, podendo ser visto como uma ferramenta para a realização de projetos de investigação nesta área.

Este livro aparece num contexto global desafiante e muito importante, em que os comportamentos individuais e coletivos para a saúde pública são e devem ser uma prioridade máxima para as instituições e para as políticas locais, regionais, nacionais e globais. Neste contexto, em que a sustentabilidade global do planeta depende destas atuações individuais e coletivas, os leitores vão encontrar neste livro um enorme contributo para a promoção de atividade física, saúde e bem-estar como estratégia global para melhorar os contextos de saúde pública e o bem-estar das pessoas e, desse modo, das comunidades regionais, nacionais e globais. Este será um instrumento claro em linha com o programa de Portugal para a promoção da atividade física, saúde e bem-estar e com o plano nacional de saúde.

Não posso terminar esta análise e reflexão sem referir a importância que o conhecimento científico tem, enquanto fator diferenciador do ensino superior público, que necessita, todos os dias de ser divulgado e discutido nacional

e internacionalmente. Este livro é um excelente exemplo desta dimensão em que a investigação e a ciência geram impacto nas comunidades académicas associadas ao desporto, à saúde, particularmente na associação destas duas áreas que se encontram e cruzam, designadamente na prescrição do exercício físico, na saúde mental, na dietética e nutrição, no envelhecimento ativo ou nas estratégias para a diminuição do impacto dos maiores fatores de risco associados aos grandes desafios societais globais deste século. Esta ideia reforça a importância da multidisciplinariedade e da interdisciplinaridade entre diferentes áreas do saber, mas também a importância das redes colaborativas nacionais e/ou internacionais. É neste contexto que faço a última nota que é de reconhecimento do dinamismo e qualidade científica destes dois jovens professores e investigadores do Politécnico de Leiria, o Diogo Monteiro e o Filipe Rodrigues! Este é um grande exemplo demonstrador de que o futuro está no conhecimento e que este tem, sempre, que estar ao serviço da sociedade!

Rui Pedrosa
Presidente do Instituto Politécnico de Leiria

INTRODUÇÃO

A ciência inerente à mudança comportamental, em especial no campo da atividade física e saúde, é, hoje em dia, uma abordagem incontornável para a adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis (Schroé et al., 2020). De forma geral, a mudança comportamental pode ser definida como qualquer ação que uma pessoa faça em resposta a circunstâncias internas ou externas relativamente a um comportamento atual, considerado como nefasto ou de risco para a saúde. Estas ações podem ser evidentes (i.e., motoras ou verbais) e diretamente medíveis, ou dissimuladas (i.e., atividades não visíveis, mas envolvendo músculos voluntários) e indiretamente medíveis; os comportamentos são, por isso, eventos físicos que ocorrem no corpo e que são controlados pelo cérebro (Davis et al., 2015). No entanto, a mudança comportamental é um processo difícil, em especial no que respeita a atividade física e saúde, uma vez que existem muitas barreiras que impedem a atividade física e muitas influências que promovem o comportamento sedentário (Chambliss, 2015).

As escolhas das pessoas para a prática da atividade física ou para a adoção de um padrão de comportamentos sedentários (onde se incluiu a inatividade física) são influenciadas por uma interação de fatores pessoais, de saúde, médicos, relativos a influências socioculturais, psicológicos, motivacionais e ambientais. As dinâmicas dos fatores mencionados moldam os objetivos e preferências de cada pessoa, barreiras e, consequentemente, hábitos que invariavelmente afetam o comportamento. Considerando as múltiplas influências sobre as pessoas no que aos comportamentos de atividade física dizem respeito, estas influências não são, por isso, um processo estático, pelo que a construção de competências comportamentais é uma abordagem nevrálgica em qualquer programa que objetive promover um estilo de vida mais ativo e saudável ao longo do tempo (Schroé et al., 2020).

No entanto, os profissionais de exercício físico e saúde parecem sentir-se mais confortáveis prescrevendo uma pré-determinada dose-efeito de exercício às pessoas, mencionando o que devem fazer para melhorar a sua saúde e, em alguns casos, como gerir os sintomas de determinada patologia (Nigg & ACSM, 2013). Contudo, a probabilidade de as pessoas seguirem uma prescrição de exercício geral só é passível de acontecer em sujeitos que apresentem uma elevada motivação/motivação autónoma e apenas durante o tempo em que podem facilmente seguir o plano prescrito. Quando essa motivação se dissipa ou assume componentes controladores, ou surgem barreiras para a

adoção de atividade física ou comportamentos saudáveis, a adesão diminuirá e as pessoas voltarão a comportamentos prévios de inatividade física (Ntoumanis et al., 2020; Rodrigues et al., 2020).

De facto, a inatividade física constituiu-se como um dos maiores flagelos a nível mundial, representando um problema autêntico de saúde pública (Gough et al., 2018) e sendo, por isso, considerada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) como o quarto maior risco de mortalidade do mundo. Posteriormente, alguns estudos (e.g., Lee et al., 2012) vieram não só confirmar as preocupações da OMS (2010) mas também referir que a inatividade física estava a aumentar em diversos países. Tal facto originou que a Assembleia Mundial de Saúde (AMS) aprovasse, em 2018, um novo Plano de Ação Global sobre a Atividade Física 2018-2030, visando reduzir os níveis globais de inatividade física em adolescentes e adultos em 15% até 2030 (WHO, 2018). Nesse sentido, a OMS publicou (Bull et al., 2020) as novas diretrizes para a promoção da atividade física e redução dos comportamentos sedentários para crianças, adultos e idosos, e incluiu ainda novas recomendações específicas para grávidas e mulheres no pós-parto, assim como para populações especiais. De uma forma generalista, Bull et al. (2020) recomendam que todos os adultos realizem, por semana, entre 150-300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou entre 75-150 minutos de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de intensidade moderada a vigorosa. Entre crianças e adolescentes, deve ser realizada uma média de 60 minutos por dia de atividade física aeróbia de intensidade moderada a vigorosa. Estas novas diretrizes recomendam ainda o reforço muscular para todas as faixas etárias, bem como a redução de comportamentos sedentários em todas as faixas etárias, embora não tenham conseguido definir um limite para comportamentos sedentários.

Apesar de estas novas recomendações estarem adequadamente delineadas com o estilo de vida contemporâneo da sociedade atual, as estimativas globais mais recentes evidenciam que um em cada quatro adultos (aproximadamente 28%) e mais de três quartos (mais de 80%) dos adolescentes não cumprem com as recomendações para a prática de atividade física aeróbia (Guthold et al., 2016; Guthold et al., 2020), conforme estipulado pela OMS (2010). Assim, há uma necessidade urgente de aumentar a prioridade dos serviços de promoção da atividade física e o seu investimento quer no contexto da saúde, quer em outros contextos cruciais (Bull et al., 2020). Acresce o facto de estes dados não demonstrarem nenhuma melhoria geral nos níveis

de prática de atividade física ao longo das últimas duas décadas (Guthold et al., 2020; Guthold et al., 2016).

De facto, as diretrizes globais e nacionais no que à atividade física diz respeito são um fator nuclear de uma atividade ampla e de um quadro político e de governação consistente em termos de ação para a saúde pública. Neste sentido, a OMS recomenda que todos os países estabeleçam diretrizes nacionais, assim como alvos em termos de atividade física. No sentido de apoiar a população a alcançar os objetivos e a manter os níveis de atividade física, todos os países devem desenvolver e, acima de tudo, implementar políticas e programas nacionais de forma a criar as condições desejáveis para que todas as faixas etárias sejam fisicamente ativas e para que, consequentemente, melhorem a sua saúde, uma vez que está vastamente documentado na literatura que a atividade física é eficaz no tratamento de, pelo menos, 26 doenças crónicas (Pederson & Saltin, 2015).

Em Portugal, no âmbito do Programa Nacional para Promoção da Atividade Física (PNPAF), criado em 2016 (Despacho nº 6401/2016), foi definida uma Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar (ENPAF) (Silva et al., 2016) que funciona em sintonia com o Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015). Incluir e articular iniciativas para o desenvolvimento e a implantação de políticas de promoção da atividade física potenciadora da saúde é um dos aspetos chave que as entidades governamentais pretendem adotar nos próximos anos. Assim, a promoção e a realização de estudos científicos e o estímulo de atividades de investigação, de desenvolvimento tecnológico e de divulgação de boas práticas na área da atividade física e saúde parece ser um aspeto crucial dos anos vindouros.

Tudo somado parece evidente que há uma necessidade urgente de implementação de estratégias para a mudança comportamental em atividade física e saúde. Cabe aos profissionais de saúde e atividade física criar condições para que as pessoas continuem envolvidas na prática de atividade física com uma qualidade de motivação favorável e para que estas compreendam que a interação entre a mudança comportamental e a atividade física é altamente benéfica e importante para a sua saúde ao longo do tempo, tal como diversos estudos têm vindo a demonstrar (e.g., Ntoumanis et al., 2020).

Assim, o propósito deste livro consiste em apresentar e explicar os modelos teóricos mais atuais e contemporâneos no estudo da mudança comportamental no contexto da atividade física e saúde através de uma extensa análise à literatura científica. Pretende-se evidenciar, perante os diferentes

profissionais de saúde, a importância de uma intervenção abrangente e com base em evidências científicas, levando estes profissionais a uma revisão crítica sobre a clássica prescrição de exercício e ações relacionadas com a saúde. O Ser Humano deve ser considerado como o ponto nuclear de uma correta aplicação de técnicas de mudança comportamental, que visem a melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bull, F., Al-Ansari, S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P., Lambert, E., … Willumsen, J. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955

Chambliss, H. (2015). *Motivating Physical Activity: Skills and Strategies for Behavior Change*. In R. R. Watson: Diet and Exercise in Cystic Fibrosis. Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800051-9.00035-3

Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323–344. https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722

Despacho nº 6401/2016, de 16 de maio. Diário da República nº 94/2016, Série II.

Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão 2020. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

Gough, A., Prior, L., Kee, F., & Hunter, R. (2020) Physical activity and behaviour change: the role of distributed motivation. *Critical Public Health*, 30(2), 153-165. https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1535169

Guthold, R., Stevens, G., Riley, L., & Bull, F. (2018). lobal trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet*, 6(10), 4(1), 23-35. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2

Guthold, R., Stevens, G., Riley, L., & Bull, F. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet*, 6(10), e1077–e1086. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7

Lee, I., Shiroma, E., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S., Katzmarzyk, P., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and

life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9

Nigg, C., & ACSM (2013). *ACSM's behavioral aspects of physical activity and exercise*. LWW. ISBN: 9781451132113

Ntoumanis, N., Ng, J., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Lonsdale, C., & Williams, G. (2020). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 1-31. https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529

Schroé, H., Van Dyck, D., De Paepe, A., Poppe, L., Loh, W. W., Verloigne, M., Loeys, T., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2020). Which behaviour change techniques are effective to promote physical activity and reduce sedentary behaviour in adults: a factorial randomized trial of an e- and m-health intervention. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 127. https://doi.org/10.1186/s12966-020-01001-x

Pedersen, B., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25(3), 1-72. https://doi.org/10.1111/sms.12581

Rodrigues, F., Monteiro, D., Teixeira, D.S., & Cid, L. (2020). Fitness instructors' role on exercise adherence in Portugal: the importance of need-supportive behaviors and motivational climates. *Motricidade*, 16(4). https://doi.org/10.6063/motricidade.21120

Silva, P., Graça, P., Mata, F., Arriaga, M., Silva, A. (2016). Estratégia Nacional para a promoção da atividade física, saúde e bem-estar 2016-2025. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

WHO (2018). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization, 2018. Retirado de: https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/

WHO (2010). Global health observatory data repository. Geneva: World Health Organization, 2010. Retirado de: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity/en/

COMPORTAMENTO

BREVE NOTA HISTÓRICA

Antes da publicação de Charles Darwin sobre a Origem das Espécies (1859), os seres humanos, especificamente os criadores de gado, já começavam a compreender que os padrões comportamentais dos animais eram em parte influenciados pela herança genética e pela repetição dos comportamentos de outros elementos do gado. Estes fatores eram extremamente poderosos porque facilitavam a criação e manutenção do gado através da repetição das mesmas ações. Em vez dos criadores estarem preocupados com as diferenças comportamentais que pudessem surgir com as novas gerações comparativamente às anteriores, a homeostasia comportamental dos animais simplificava o processo de reprodutibilidade sem esforços além dos habituais. Este pensamento levava-nos a crer que seria possível replicar os mesmos processos com os seres humanos, assumindo que estes eram seres de hábitos e que a repetição de determinados comportamentos levaria a que, no futuro, fossem repetidos sem alterações substanciais. Esta simples visão empírica dava início, de forma involuntária, ao estudo do comportamento. No entanto, a investigação do comportamento propriamente dito surgiu apenas no século seguinte, através dos ensaios de Pavlov (1927). De acordo com as investigações deste, o comportamento ocorria, persistia e mudava como resultado do condicionamento clássico. Um estímulo original provocava alguma resposta; outro estímulo era subsequentemente emparelhado com o estímulo original, adquirindo, assim, o poder de eliciar a resposta. Ou seja, o comportamento era adquirido e alterado em função de estímulos externos. O ensaio do cão a salivar (i.e., comportamento) em resposta ao barulho da campainha (i.e., estímulo), o mundialmente mais famoso, abriu assim novas portas no que toca à forma como o comportamento era estudado e manipulado de acordo com as necessidades do ser humano.

Embora esta nova forma de estudar o comportamento tenha trazido diversas linhas de pensamento reflexivas e de interesse público, os resultados não podiam ser extrapolados para o estudo do comportamento humano porque este se distinguia claramente dos animais. Em suma, a aplicação dos resultados de estudos empíricos em seres humanos, com base nas "ciências comportamentais" em animais, era frágil e pouco robusta. Isto deve-se principalmente ao facto de o ser humano ter a capacidade de raciocínio e reflexão crítica,

algo que os animais não possuem. O estudo do comportamento humano surge anos depois dos trabalhos de Pavlov e outros investigadores proeminentes, pelas mãos de John Watson (1924). Watson procurou examinar o comportamento humano de um modo mais claro, com ênfase nos factos objetivos e observáveis, considerando os trabalhos e ensaios realizados em animais, bem como em modelos filosóficos mecanicistas. Anos mais tarde, surgem os estudos de Skinner (1953), introduzindo na literatura o condicionamento operante e o comportamentalismo radical. Graças aos trabalhos destes investigadores, complementados com os estudos psicológicos nos diversos ramos sociais, surgem as primeiras obras do estudo da motivação humana (e.g., Deci & Ryan, 1985; Fishbein & Ajzen, 1975; Maslow, 1954), dando assim abertura para o estudo do comportamento humano que considera não só a perspetiva objetiva, mas também a racional e a motivacional, como determinantes do comportamento. Surge então a pergunta: o que é, de facto, um comportamento?

CONCEPTUALIZAÇÃO

O comportamento pode ser definido pelo conjunto de ações feitas por organismos ou sistemas em resposta ao meio onde se inserem ou aos próprios (Gardner, 2015; Kwasnicka et al., 2016). Isto é, qualquer ação consciente, inconsciente, voluntária ou involuntária pode ser considerada um comportamento – uma resposta a uma situação criada pelo próprio organismo ou pelo meio onde se insere (e.g., social, cultural, ambiental). Nesse sentido, o comportamento humano pode ser, em parte, influenciado por pensamentos ou emoções, revelando determinantes do comportamento como os valores, as atitudes, as normas e as crenças individuais (Fishbein & Ajzen, 2009).

Esta conceptualização parece ser a mais ampla e generalizada, considerando que um comportamento pode ou não ter dispêndio energético. Por outras palavras, a atividade física, por exemplo, é uma manifestação de um comportamento, mas nem todo o comportamento é considerado atividade física. Enquanto a atividade física engloba movimento onde haja dispêndio energético igual ou superior a 1,5 equivalentes metabólicos da tarefa (MET), de acordo com o *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2021), o comportamento pode ser realizado mentalmente em estruturação com outros comportamentos. Por exemplo, ver televisão é um comportamento, no entanto, em

termos de gasto calórico é substancialmente trivial (claramente inferior a 1,5 MET) comparativamente a uma marcha rápida com inclinação, que por si só é igualmente um comportamento. Assim sendo, um comportamento pode ser classificado como qualquer atividade que o ser humano possa fazer, como, por exemplo: pintar, conduzir, lavar os dentes, preparar aulas ou exercitar o corpo. Apesar do comportamento ser, até um certo ponto, determinado por um conjunto de fatores bem descritos na literatura, como, por exemplo, a motivação autodeterminada (Ryan & Deci, 2017), as atitudes (Fishbein & Ajzen, 2009) ou o hábito (Gardner, 2015), existe variabilidade inter e intraindividual entre as determinantes do comportamento. Ou seja, nem todos os indivíduos respondem da mesma forma ao mesmo estímulo, havendo também lugar para fatores sociodemográficos (e.g., sexo, idade, experiências passadas) que poderão influenciar o comportamento em resposta ao estímulo.

MEDIÇÃO DO COMPORTAMENTO

É de salientar que se deve ter em conta a forma como o comportamento é medido. Este pode ser feito de forma objetiva ou subjetiva. Quando se fala em comportamento avaliado de forma objetiva, referimo-nos a comportamentos que podem ser medidos com recurso a equipamentos validados. Por exemplo, se quisermos medir o número de passos que uma pessoa dá durante uma caminhada, podemos recorrer a pedómetros. Por outro lado, se pretendermos avaliar o comportamento de forma subjetiva, podemos fazê-lo, por exemplo, questionando quantas vezes o indivíduo comeu fruta na semana anterior. Outra forma de avaliar o comportamento será através de um questionário, como, por exemplo, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) validado por Craig et al (2003), que avalia a prática de atividade física realizada nos últimos sete dias (disponível no capítulo Instrumentos de medição).

A forma como é medido e avaliado o comportamento depende do objetivo do investigador ou do profissional, bem como dos recursos disponíveis, no entanto, existem diferenças significativas. Por um lado, a medição do comportamento de forma objetiva implica, na maior parte dos casos, custos de aquisição de material de medição (e.g., pedómetros, cardiofrequencímetros), o que poderá revelar-se um obstáculo. Por outro lado, a medição de forma subjetiva apresenta algum viés, na medida em que a imagem mental do com-

portamento realizado poderá não corresponder linearmente à realidade do acontecimento (Urda et al., 2017). Por exemplo, perguntar a um individuo quantas vezes praticou exercício físico, de forma estruturada e planeada, no mês passado, poderá implicar um valor distorcido da realidade, tanto por viés social, pela interpretação da questão ("*atividade física também conta?*") como pelo esquecimento da própria pessoa em questão.

Parece haver uma linha de pensamento generalizada de que o comportamento humano é direcionado para um objetivo (Ajzen, 1985). Não querendo passar uma mensagem relutante, o comportamento humano pode ser mais bem descrito como o seguimento de planos mais ou menos bem estruturados. Por exemplo, antes de realizar exercício físico, uma pessoa prepara o saco desportivo, programa o melhor horário para ir ao ginásio, marca a ida com um amigo e desloca-se por meio de transporte pessoal ou público. A maioria, senão todas estas ações (i.e., comportamentos) terão sido projetados com antecedência; a sua execução ocorre conforme cada ação vai terminando e dando seguimento à próxima. Assim, podemos afirmar que as ações são determinadas pelas intenções que o indivíduo tem em realizar o comportamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajzen I. (1985) *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*. In: Kuhl J., Beckmann J. (eds) Action Control. SSSP Springer Series in Social Psychology. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2

American College of Sports Medicine (2021). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (11th edition)*. Wolters Klover. ISBN: 9781975150181

Craig, C., Marshall, A., Sjöström, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395. https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB

Darwin, C. (1859). *On the Origin of Species*. John Murray.

Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (2009). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach.* Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9780203838020

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Gardner B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behavior. *Health Psychology Review*, 9(3), 277-295. https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238

Kwasnicka, D., Dombrowski, S., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behavior change: a systematic review of behavior theories. *Health Psychology Review*, 10(3), 277-296. https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

Maslow, A. (1954). Motivation and Personality. Harper & Brothers. ISBN: 9780060419875

Pavlov, I. (1927). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford University Press.

Ryan, R., & Deci, E. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological*

needs in motivation, development, and wellness. The Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Skinner, B. (1953). *The Science of Human Behavior*. Free Press. ISBN: 9780029290408

Urda, J., Larouere, B., Verba, S., & Lynn, J. (2017). Comparison of subjective and objective measures of office workers' sedentary time. *Preventive Medicine Reports*, 8, 163-168. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.10.004

Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. People's Institute. ISBN: 9780393005240

INTENÇÃO

CONCEPTUALIZAÇÃO

Se olharmos para o comportamento numa vertente puramente física, é possível fazer uma analogia com a terceira lei de Newton: para cada ação existe uma reação. Assim, indo ao encontro das ciências sociais, o comportamento só acontece em resposta a um estímulo. Isto parece claro numa perspetiva observacional, no entanto, o comportamento em si é determinado pelas intenções que o ser humano tem em agir, em conformidade com o estímulo.

A intenção é, de forma sucinta, um pensamento ou ação mental que antecede o comportamento. A construção da intenção reflete-se nos planos que os indivíduos têm para realizar, ou não, o comportamento em questão (Ajzen, 1991). As pessoas agem de acordo com as suas intenções. Assim, para que o indivíduo venha a realizar um comportamento, necessita, na maior parte dos casos, da intenção de o fazer. Numa perspetiva mais pragmática, todo o comportamento realizado pelo indivíduo passa necessariamente por um processo de planeamento mental e deliberado e, como tal, a intenção de assumir determinado comportamento reflete-se na possibilidade desse comportamento vir a ocorrer. O ato de assistir a um filme no cinema, por exemplo, passa pelo processo de escolher o filme, o horário mais apropriado, comprar os bilhetes, escolher o meio de transporte até ao local, entre outras decisões. Todos os detalhes mencionados referem-se às intenções que antecedem o comportamento, tendo em conta o que o indivíduo espera ("*o filme tem boa classificação*") e qual o valor que colocam no resultado ("*vou ficar satisfeito com a escolha do filme que fiz*"). Isto vai ao encontro das suposições de Fishbein e Ajzen (1975), referindo que toda ação comportamental é fruto de decisões racionais e planeadas e que os indivíduos planeiam realizar determinado comportamento com base nas possíveis consequências. No entanto, nem toda a intenção se traduz na realização do comportamento.

INTENTION-BEHAVIOR GAP

Existem evidências teóricas e empíricas que demonstram claramente que, quanto maiores forem as intenções para realizar um comportamento, maiores serão as probabilidades desse comportamento vir a ser realizado no

futuro (Ajzen 1991; Fishbein & Ajzen, 1975). Especificamente, a literatura é consensual ao definir a intenção como preditor antecedente mais próximo do comportamento (Ajzen 1991). No entanto, tal como evidenciado por Vasiljevic et al. (2016), por muito "boas" que sejam as intenções, estas podem falhar na concretização do comportamento. Fatores sociais, comportamentais, contextuais, pessoais ou motivacionais poderão inibir a realização do comportamento. Este fenómeno é descrito como o *intention-behavior gap* (Sheeran & Webb, 2016). Este *intention-behavior gap* esclarece que a intenção possui pouco poder explicativo do comportamento e que é extremamente variável de acordo com os fatores previamente mencionados. Estudos analíticos mostram que a variância é inferior em comportamentos auto-reportados comparativamente a comportamentos medidos de forma objetiva ou direta (Armitage & Conner, 2001). Isto reforça a noção de que, se os pensamentos e atos refletidos não forem transformados em ações, as pessoas tendem a ficar num limbo mental de comportamentos que gostavam de ter realizado e aqueles que realmente foram concretizados.

Quando se fala na prática da atividade física, estudos meta-analíticos demonstram aproximadamente 30-40% de variância, em que a intenção se traduz na realização do comportamento (Rhodes, & de Bruijn, 2013). Outros investigadores mais conservadores apontam para um poder explicativo inferior a 30% (Hagger et al., 2002). Ou seja, em números mais ou menos lineares, em cada 100 pessoas que pretendem iniciar um programa de atividade física estruturada, apenas 30-40 chegam mesmo a iniciar esse comportamento. Um estudo realizado por Rodrigues et al. (2020), onde foram avaliadas a persistência e a adesão à prática de exercício, demonstrou claramente que a associação entre a intenção e o comportamento é significativa, mas baixa, com um poder explicativo de 11%. No que diz respeito à cessação tabágica e continua abstinência, o efeito é de sensivelmente 16%, considerando igualmente o comportamento passado e outros fatores cognitivos (Norman et al., 1999). Relativamente a uma dieta saudável, a intenção explica apenas 12% da variância a uma adesão a longo prazo (Malek et al., 2017).

Estes números são alarmantes, demonstrando claramente que a sociedade parece reconhecer a atividade física como um possível comportamento a ser realizado no futuro (intenção de), mas que essa imagem mental não passa disso mesmo. Igualmente, as pessoas identificam o ato de fumar como um comportamento de risco, bem como a necessidade de optar por uma dieta alimentar ajustada; no entanto, as intenções de deixar de fumar e seguir um

plano nutricional são relativamente baixas. É preciso igualmente reconhecer que a intenção para a iniciação de um comportamento não é igual à intenção de manter o comportamento ao longo do tempo (Sheeran & Webb, 2016). Uma vez que estamos interessados em compreender o comportamento humano, concretamente a adoção de comportamentos saudáveis, na manutenção a longo prazo e não estamos apenas interessados em saber predizê-lo, vamos em seguida identificar as determinantes da intenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behavior: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499. https://doi.org/10.1348/014466601164939

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley. ISBN: 9780201020892

Hagger, M., Chatzisarantis, N., Biddle, S. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24(1), 3-32. https://doi.org/10.1123/jsep.24.1.3

Malek, L., Umberger, W., Makrides, M., & ShaoJia, Z. (2017). Predicting healthy eating intention and adherence to dietary recommendations during pregnancy in Australia using the Theory of Planned Behavior. *Appetite*, 116, 431–441. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.028

Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health psychology*, 18(1), 89-94. https://doi.org/10.1037//0278-6133.18.1.89

Rhodes, R., & de Bruijn, G. (2013). How big is the physical activity intention-behavior gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology,* 18(2), 296-309. https://doi.org/10.1111/bjhp.12032

Rhodes, R., & Dickau, L. (2012). Experimental evidence for the intention-behavior relationship in the physical activity domain: a meta-analysis. *Health Psychology*, 31(6), 724-727. https://doi.org/10.1037/a0027290

Rodrigues, F., Teixeira, D., Neiva, H., Cid, L., & Monteiro, D. (2020). The bright and dark sides of motivation as predictors of enjoyment, intention, and exercise persistence. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 30(4), 787-800. https://doi.org/10.1111/sms.13617

Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The intention–behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 503-518. https://doi.org/10.1111/spc3.12265

Vasiljevic, M., Ng, Y., Griffin, S., Sutton, S., & Marteau, T. (2016). Is the intention-behavior gap greater amongst the more deprived? A meta-analysis of five studies on physical activity, diet, and medication adherence in smoking cessation. *British Journal of Health Psychology*, 21(1), 11-30. https://doi.org/10.1111/bjhp.12152

MODELO TRANSTEÓRICO

CONCEPTUALIZAÇÃO

Antes de nos debruçarmos concretamente na conceptualização das determinantes que explicam o comportamento, bem como a intenção para a realização do mesmo, convém perceber como é que o comportamento era (e continua a ser) avaliado em função do estado ou fase em que se encontra. Isto porque, apesar de o estudo do comportamento humano não ser algo novo, diversos modelos teóricos foram evoluindo de acordo com evidências contemporâneas, baseadas nos pressupostos teóricos de estudos anteriores.

É, de acordo com vários autores (e.g., Prochaska & Velicer, 1997), extremamente difícil mudar os comportamentos das pessoas quando estes comportamentos já duram há muito tempo. Assim, a mudança do comportamento surge ao longo do tempo e não apenas num único momento da vida. O Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982) pressupõe que o progresso de um determinado comportamento da pessoa depende de uma série de fases de mudança. No entanto, esse processo pode ser cíclico, mas não linear, na medida em que algumas pessoas não obtêm sucesso nos seus esforços para mudar o comportamento e nem todos os comportamentos precisam de passar obrigatoriamente por todas as fases até se tornarem comportamentos habituais na pessoa.

O Modelo Transteórico é um modelo teórico desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1983) que descreve o processo através do qual se induz a mudança em comportamentos e como estes poderão posteriormente ser mantidos ao longo do tempo. Este modelo oferece uma perspetiva integrativa da estrutura da mudança comportamental intencional e pode ser avaliado de acordo com as fases ou os estádios de mudança comportamental. Prochaska e colaboradores, após vários estudos (1984, 1983, 1982), traçaram a existência de cinco fases ou estádios e que a mudança comportamental se desenrola ao longo do tempo em função destes. De facto, e contrariamente ao que era assumido, Prochaska e DiClemente (1984, 1983) revolucionaram as teorias da mudança comportamental ao considerar um comportamento como um processo e não como um acontecimento rígido. Esta mudança de paradigma levou investigadores a aprofundar o estudo do comportamento, tendo como base o tempo que um comportamento levava a transitar para outro. De acordo com Prochaska e Norcross (2001), cada fase representa, além de um

determinado período, um conjunto de características que define claramente as tarefas necessárias com vista à progressão para a fase seguinte. A permanência de um indivíduo em cada um dos estádios é variável em termos da duração, mas as tarefas que deve realizar são assumidas como invariantes. As fases são:

Pré-contemplação. Nesta fase, não existe intenção de mudar o comportamento num futuro próximo, geralmente medido como os seis meses seguintes. O indivíduo pode estar nesta fase por ter pouca ou nenhuma consciência das consequências dos seus atos e ações. Pode também ser o caso de se encontrar desmoralizado acerca das suas capacidades de mudança, por ter tentado mudar várias vezes sem sucesso no passado. Tal como descrito por Prochaska et al. (1992), a componente de desejar mudar é diferente de estar efetivamente a considerar e planear a mudança, à semelhança do *intention--behavior gap*. Estas pessoas tendem a evitar falar ou pensar sobre os seus comportamentos de risco ou problemáticos (e.g., *binge watching*, consumo de álcool excessivo) e são frequentemente caraterizadas pelos pares, familiares ou amigos como resistentes à mudança. Podemos dar como exemplo uma pessoa na fase da pré-contemplação:

• Encontra-se com excesso de peso e não pretende iniciar um programa de atividade física;

• Investe o seu tempo maioritariamente em interações virtuais e não tem intenção de procurar ligações sociais na vida real;

• Consome álcool em excesso, sem ter a menor preocupação relativamente aos riscos inerentes a este comportamento a longo prazo;

• Encontra-se desmoralizada por não ser capaz de deixar de fumar;

• Assume que a mudança não é necessária, uma vez que os seus hábitos alimentares se adequam ao seu estilo de vida sedentário, apesar do consumo excessivo de açúcar e sal.

Contemplação. Nesta fase, os indivíduos estão conscientes de que existe um problema ou uma necessidade de mudar e estão seriamente dispostos a superar o problema, mas ainda não se comprometeram a agir em conformidade (Prochaska & Norcross, 2001). Importa salientar que, nesta fase, os indivíduos têm intenção de mudar nos seis meses seguintes. Esta é uma fase crítica na mudança comportamental, na medida em que os indivíduos estão mais cientes das vantagens da mudança, mas também estão extremamente

mais conscientes das desvantagens. É esta a balança entre custos e benefícios que pode produzir profunda ambivalência e causar o que frequentemente se denomina de contemplação crónica ou procrastinação comportamental (Prochaska & Velicer, 1997). Ou seja, a análise entre os custos e benefícios relativamente à mudança comportamental pode fazer com que, nesta fase, o indivíduo fique preso por tempo indeterminado num limbo mental. Podemos dar como exemplo uma pessoa na fase da contemplação:

• Pesquisa os benefícios em deixar de fumar, mas continua a fumar um maço de tabaco por dia;

• Assume que necessita de acompanhamento psicológico de um evento traumatizante a nível emocional;

• Coloca na balança os prós vs. contras de iniciar um programa de atividade física;

• Assume que a redução do consumo de álcool poderá carretar benefícios à saúde.

Preparação. Nesta fase, os indivíduos têm intenção de agir num futuro imediato, geralmente medido como o mês seguinte ao confronto com o comportamento. Tipicamente, estes indivíduos já tomaram algumas medidas no passado, no entanto sem sucesso, mas com a intenção deliberada de mudar o estado atual. É nesta fase que surgem as janelas de oportunidade de mudança comportamental, onde a atuação dos profissionais é fulcral. Neste estádio, os indivíduos procuram informações nos diversos meios disponíveis (e.g., os média, as redes sociais) em busca de estratégias que possam auxiliar a mudança comportamental, de forma atingível e apropriada (Prochaska & DiClemente, 1982). Nesta fase, há um comprometimento com a mudança e, algumas vezes, já na implementação de pequenas mudanças (e.g., evitar fumar na hora do almoço). Podemos dar como exemplo uma pessoa na fase da contemplação:

Já marcou consulta com o médico de família para avaliar os indicadores de saúde;

Tem um plano de ação para iniciar a prática de atividade física;

Já procurou receitas saudáveis e mais apropriadas para o estilo de vida atual;

Comprou algum equipamento de *fitness* para treinar em casa.

Ação. Nesta fase, as pessoas fizeram modificações específicas e visíveis no seu estilo de vida nos últimos seis meses. Na fase da ação os indivíduos modificam o seu comportamento, as suas experiências e o seu ambiente de modo a superarem o comportamento atual. De facto, a ação envolve as mudanças comportamentais mais notórias e requere um compromisso considerável em termos de tempo e energia por parte do indivíduo. As modificações do comportamento em mudança, feitas na fase da ação, tendem a ser mais visíveis e recebidas com maior reconhecimento social (Prochaska & Norcross, 2001). Tal como mencionado anteriormente, os indivíduos são classificados na fase da ação se tiverem alterado com sucesso seu comportamento problemático por um período de até seis meses (Prochaska & Norcross, 2001). É, no entanto, de salientar, que o período de seis meses serve como referência e não como um limite exato. Pessoas nesta fase:

Exercitam-se com regularidade, mantendo a frequência de forma estável;

Conseguem passar dias sem fumar um único cigarro e não procuram ambientes que possam promover este comportamento (e.g., intervalos no trabalho com os pares ou espaços propícios ao consumo de tabaco como bares e discotecas);

• Não compram doces ou alimentos processados ricos em açúcar, escrevendo a lista das compras com antecedência;

• Trocam o tempo despendido em interações digitais por passatempos que estimulam aptidões cognitivas (e.g., jogar xadrez) ou artísticas (e.g., aprender a tocar um instrumento musical);

• conseguem optar por beber água às refeições e beber álcool moderadamente aos fins de semana ou eventos esporádicos de cariz social;

• procura usar as escadas em vez do elevador.

Manutenção. Esta é a última fase do Modelo Transteórico e corresponde à fase em que as pessoas trabalham para prevenir uma recaída e para consolidar os ganhos alcançados durante a fase anterior (Prochaska et al., 1992). O critério para se considerar que um indivíduo está nesta fase consiste em ser capaz de permanecer livre do comportamento problemático e em empenhar-se consistentemente no comportamento novo e incompatível, durante mais de seis meses (Prochaska & DiClemente, 1982). Nesta fase, os indivíduos trabalham para prevenir a recaída, mas não aplicam os processos de mudança tão frequentemente como aqueles que se encontram na fase da ação. Estão menos tentados à recaída e mais confiantes de que conseguem manter as

suas mudanças ao longo dos próximos anos. Pessoas nesta fase:

Vão a um operador de *fitness* exercitar-se duas vezes por semana de forma consistente;

Evitam, sem esforços, usar o carro pessoal e optam por pedalar até ao local de trabalho;

Pertencem a uma "tribo" de atividades *outdoor* há pelo menos seis meses, participando regularmente em eventos;

Já não compram um maço de tabaco há mais de um ano.

Estas são as cinco principais fases descritas no Modelo Transteórico. Colocadas numa sequência lógica, a mudança do comportamento inicia-se na fase da Pré-Contemplação, passa para a Contemplação, seguida da fase da Preparação, Ação e, consequentemente, Manutenção. No entanto, existem evidências que destacam uma sexta fase que assume, de forma generalista, a fase terminal da mudança comportamental.

Finalização. Esta é a fase em que os indivíduos já completaram o processo de mudança e já não têm de trabalhar arduamente para prevenir uma possível recaída. Refere-se à total confiança da pessoa em manter o novo comportamento ao longo de todas as situações de risco elevado, acompanhadas de uma nula tentação para a recaída (Prochaska & Norcross, 2001). Isto é, independentemente de o indivíduo estar deprimido, aborrecido, chateado, sozinho ou stressado, está confiante de que não vai regressar aos seus hábitos problemáticos como forma de lidar com a situação (Prochaska & Velicer, 1997). Quando o individuo permanece nesta fase por cinco anos, tem tendência a manter o novo comportamento, de forma regular, durante toda a sua vida, quase como um traço de personalidade. Nesta fase, o indivíduo apresenta uma probabilidade quase nula de voltar ao comportamento antigo, pelo que irá encontrar, na maior parte das circunstâncias, uma forma ou estratégia de manter o comportamento atual (Prochaska & DiClemente, 1983). Independentemente dos acontecimentos que poderão surgir no futuro, os indivíduos não irão retomar ao comportamento anterior e agem como se nunca o tivessem tido (Prochaska & Velicer, 1997).

PROCESSOS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

Além dos estágios ou fases de mudança, o Modelo Transteórico aborda e descreve os processes de mudança comportamental. Para progredir nos estágios de mudança, as pessoas aplicam processos cognitivos, afetivos e avaliativos (Prochaska & Norcross, 2001; Prochaska & Velicer, 1997). Ao todo, foram identificados dez processos de mudança, com alguns processos sendo mais relevantes para uma fase específica de mudança do que outros processos (Prochaska et al., 2008). Esses processos resultam em estratégias que ajudam o indivíduo a fazer e, principalmente, a manter mudanças duradouras. Os primeiros cinco passos em baixo descritos fazem parte dos processos cognitivos e afetivos, enquanto os restantes fazem parte dos processos comportamentais.

Consciencialização. Aumentar a consciência do indivíduo sobre o comportamento novo/saudável. Este processo assume que a pessoa assume de forma intencional a mudança comportamental como aspeto fulcral na sua vida.

Alívio dramático. O comportamento atual afeta negativamente os outros e a sua alteração é benéfica. Ou seja, um despertar emocional sobre o comportamento saudável, seja através de um estímulo positivo ou negativo.

Autoavaliação. A autoavaliação para perceber que o comportamento saudável faz parte da identidade do indivíduo. Isto é, o novo comportamento faz parte do que sou e do que quero ser.

Autoavaliação ecológica/ambiental. Reavaliação social para perceber como o seu comportamento de risco à saúde afeta outras pessoas. Acrescido, avaliar como a mudança comportamental pode ter efeito nas outras pessoas.

Libertação social. Oportunidades contextuais que existem para mostrar que a sociedade apoia o comportamento saudável.

Libertação pessoal. Acreditar na capacidade de mudar e assumir compromissos para a ação. Isto é, a pessoa assume o compromisso de mudança comportamental baseado na crença de que é possível alcançar o comportamento saudável.

Relacionamentos de suporte. Encontrar as pessoas que nos podem apoiar na mudança comportamental. É fundamental que o indivíduo se associe a um grupo de pessoas capaz de o auxiliar na mudança comportamental, sem colocar em risco a perspetiva ecológica.

Contra condicionamento. Abandonar os hábitos não saudáveis e, por substituição, iniciar outros saudáveis. Além disso, existe uma ênfase na substituição de pensamentos sobre comportamentos saudáveis por pensamentos sobre comportamentos de risco.

Gestão de reforços. Recompensar o comportamento saudável e reduzir as recompensas que advêm do comportamento de risco.

Controlo de estímulos. Usar lembretes e dicas que apoiam o comportamento saudável em troca dos que incentivam o comportamento de risco. Ou seja, reestruturar o ambiente para ter recursos que apoiem e incentivem o comportamento saudável e remover aqueles que incentivam o comportamento não saudável.

MEDIÇÃO DA FASE EM QUE SE ENCONTRA O COMPORTAMENTO

Os questionários têm sido a forma mais corrente de avaliar em que fase ou estágio se encontra o comportamento. Até à data, parece ser o mais ajustado, isto porque questionar o indivíduo diretamente sobre a fase em que ele acha que se encontra pode induzir em erro e inibir a capacidade do investigador ou profissional de saúde em definir o estágio e pode igualmente criar um viés de resposta. Assim sendo, têm-se usado questionários, preferencialmente validados para a população em questão, de forma que os profissionais possam aplicar estratégias e ferramentas de mudança comportamental, de acordo com a fase em que se encontra o indivíduo. Apresentamos um exemplo de um questionário validado (ver capítulo Instrumentos de medição, Exemplo 1) que mede a fase ou estágio em que se encontra o comportamento. Deixamos igualmente a escala de pontuação e a codificação dos itens para uma correta avaliação.

APLICAÇÃO DO MODELO EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Os estágios de mudança proporcionam um grande desafio para o desenvolvimento da intervenção. Apesar do Modelo Transteórico ter sido apresentado como um modelo integrativo e compreensivo da mudança do comportamento em fumadores (i.e., deixar de fumar), o modelo rapidamente expandiu

o âmbito de alcance, incluindo investigações e aplicações numa ampla gama de outros comportamentos saudáveis e inclusive na atividade física e exercício físico (e.g., Centis et al., 2013; Marcus & Simkin, 1994; Zamarripa et al., 2018).

No caso da integração de atividade física no quotidiano da pessoa ou da mudança de comportamentos nefastos para saudáveis, a autoeficácia (descrita como o sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar desafios) e a Balança de Decisão (noção de que a tomada de decisão pode ser pensada como um conflito entre dois fatores – os prós e os contras – que influenciam a motivação para um determinado comportamento) têm vindo a ser reconhecidas como fatores essenciais no processo de mudança comportamental (Biddle & Nigg, 2000; Prochaska & Norcross, 2001; Prochaska & Velicer, 1997).

Este modelo teórico integra assim elementos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1982). Esta determinante do comportamento reflete o grau de confiança que o indivíduo tem em manter a mudança para o comportamento desejado (i.e., novo comportamento) em situações que podem desencadear recaídas. A autoeficácia também é medida pelo grau em que o indivíduo se sente tentado a retornar ao comportamento problemático (i.e., comportamento antigo) em situações de alto risco. Nas fases de Pré-contemplação e Contemplação, a tentação de se envolver no comportamento problemático é muito maior do que a autoeficácia para se abster. À medida que os indivíduos passam da Preparação para a Ação, a disparidade entre os sentimentos de autoeficácia e tentação diminui e a mudança de comportamento é alcançada. A recaída geralmente ocorre em situações onde os sentimentos de tentação superam o senso de autoeficácia dos indivíduos para manter a mudança do comportamento novo.

Relativamente à Balança de Decisão, o Modelo Transteórico inclui a conceptualização de Janis e Mann (1977), em que a mudança comportamental pode ocorrer aquando da comparação entre as vantagens (os prós) e as desvantagens (os contras) em assumir o novo comportamento. Ou seja, as pessoas pesam as suas decisões, avaliando os custos e benefícios das escolhas que possam vir a fazer no futuro. À medida que o indivíduo progride nas fases de mudança, o equilíbrio das decisões muda de maneira crítica. Quando um indivíduo se encontra na fase da pré-contemplação, os contras relativos à mudança sobrepõem-se aos prós a favor da mudança de comportamento e favorecem a continuidade do comportamento atual. Na fase da Contemplação, os

prós e os contras tendem a ter o mesmo peso, deixando o indivíduo ambivalente em relação à mudança. No entanto, os contras continuam a pesar mais na balança, na medida em que a pessoa ainda não se sente capaz de iniciar o novo comportamento. No entanto, se a balança tender para os prós, muitos indivíduos passam para a fase da Preparação ou até mesmo para a da Ação. À medida que os indivíduos entram na fase da manutenção, e para diminuir o risco de recaída, os prós em favor de manter a mudança de comportamento devem superar os contras relativos à mudança e que impulsionam a volta ao comportamento antigo.

As intervenções na promoção de atividade física e saúde, objetivando atingir indivíduos na fase da contemplação, devem ser direcionadas à reflexão a respeito dos benefícios que a mudança comportamental (e.g., iniciação a um programa de atividade física, dieta alimentar ajustada) poderá trazer para as vidas destes indivíduos, como a diminuição da probabilidade de se adquirir alguns tipos de doenças crónicas, a melhora do estado de humor, a diminuição do stress e o aumento dos níveis energéticos (e.g., perceção de vitalidade). Os indivíduos no estágio de pré-contemplação tendem a considerar com muito mais frequência os "contras" a respeito da mudança comportamental, demonstrando-se reticentes em relação às consequências que poderão advir, por exemplo, menos tempo com a família ou dores musculares em resposta ao treino. Nessas instâncias, é indicado oferecer alternativas que contra-argumentem o ponto de vista do indivíduo, sem entrar em conflito, sugerindo, por exemplo, a prática de atividade física com membros familiares, propondo atividades prazerosas com intensidades ajustadas ao nível de aptidão física do indivíduo e mostrando que as atividades físicas não precisam de ser vigorosas para produzir benefícios físicos e mentais (Marcus & Lewis, 2003).

As intervenções em indivíduos na fase da contemplação necessitam de ser estimuladas eficientemente a fim de aumentar a probabilidade de os indivíduos iniciarem a prática de atividade física. Indivíduos nesta fase, assim como aqueles que se encontram na pré-contemplação, ainda estão em conflito interno sobre os contras e os prós, com tendência maioritariamente para os contras. Devem ser oferecidas, por parte dos profissionais de saúde, informações mais específicas sobre como começar a praticar alguma atividade física e como este comportamento pode vir a ser integrado no quotidiano. Nesta fase, os profissionais desempenham um papel fundamental, já que estes indivíduos devem ser encorajados a encontrar uma atividade física que se ajuste às suas necessidades e que seja prazerosa e a procurar o melhor

horário de prática para que consigam incluí-la no seu cronograma diário sem que esta entre em conflito com as restantes atividades. Após definir essas questões, é importante traçar algumas metas realistas, uma vez que as metas difíceis e inalcançáveis, na maioria das vezes, causam uma grande frustração e podem provocar o abandono da prática, enquanto os objetivos alcançáveis e concluídos poderão ser promotores da prática continua. Sugere-se que indivíduos nesta fase procurem o suporte social por parte de familiares e pessoas próximas, fator este que pode auxiliar na manutenção da prática de atividade física (Marcus & Lewis, 2003).

Para indivíduos na fase de preparação, algumas intervenções utilizadas na fase anterior podem ser usadas, tais como, o estabelecimento de metas e a procura de suporte social de familiares. No entanto, os objetivos principais nesta fase consistem em incentivar os indivíduos a começar a prática de atividade física de forma estruturada, tentando ultrapassar as barreiras que atualmente impedem este comportamento de se tornar rotineiro. Por exemplo, as pessoas que praticam atividades ao ar livre poderão cessar a prática durante os períodos de frio, chuva ou calor intenso. Para evitar a cessação deste comportamento, os profissionais devem orientar os indivíduos na busca de outras opções viáveis, como fazer exercício em casa recorrendo a um plano adaptado à sua condição física, experimentar uma aula num operador de *fitness* ou procurar instalações *indoor* que estejam disponíveis para a prática desportiva não-formal (e.g., corte de ténis, campo de futsal).

Na fase da ação, os indivíduos devem ser estimulados de forma a não ter recaídas. Isto é, sendo a fase da ação uma fase sensível ao abandono do novo comportamento, os profissionais devem atuar de forma que os prós do novo comportamento prevaleçam sobre o comportamento anterior. Para tal, é importante identificar os fatores de risco que podem levar os indivíduos a tal situação. Fatores como férias e doenças são fatores comuns e, nesses casos, é preciso aplicar estratégias que possam ir ao encontro da adoção do novo comportamento. Por exemplo, aconselhar o indivíduo a tentar fazer exercício no ginásio do hotel ou a fazer caminhadas enquanto estiver de férias.

Para indivíduos na fase da manutenção, o profissional de estilos de vida saudáveis deve estimular o indivíduo a seguir os objetivos traçados por este. Nesta fase, é importante que o novo comportamento se torne um hábito, isto é, que se torne num comportamento que não exija esforço mental, que seja automático e que seja um processo explícito (e.g., não consciente, não pensado). Esta é uma fase de acompanhamento mais calma, na medida em que

a probabilidade de recaída é baixa, desde que certos fatores se mantenham relativamente estáveis: a) o contexto em que o comportamento é realizado; b) a consistência com que é feito; c) o grau de exigência para o indivíduo na realização do comportamento; d) a intenção de manter esse comportamento no futuro.

Temos ainda algumas considerações finais sobre o Modelo Transteórico e o processo de mudança comportamental. De acordo com Biddle e Nigg (2000), a mudança comportamental raramente ocorre à primeira tentativa. É espectável que os indivíduos que procuram uma mudança comportamental no seu estilo de vida sofram uma recaída para fases anteriores. No entanto, é nestas recaídas que os indivíduos absorvem conhecimento e voltam a tentar mudar novamente (e.g., outras estratégias, novas formas de mudar o comportamento antigo), aumentando as probabilidades de sucesso. Acrescido a isto, este modelo não apresenta nem descreve as determinantes do comportamento, explicando apenas a fase ou estádio em que se encontra (Nigg et al., 2012). Outra limitação do Modelo Transteórico envolve a sua classificação da mudança de comportamento numa série de cinco fases distintas, em oposição a ser entendida como um processo contínuo. Considerando que grande parte da literatura existente é resultante de estudos empíricos transversais, avaliar o comportamento em todas as suas fases torna-se quase impossível. Acrescido, para termos uma imagem geral da mudança comportamental, a adoção de atividade física teria de ser avaliada durante um período mínimo de um ano, de forma que fosse possível medir e considerar todas as fases. A fim de ultrapassar estas preocupações, é essencial definir os mecanismos subjacentes para a mudança comportamental, aplicar modelos teóricos que expliquem o comportamento e como as intervenções com base na ciência poderão ser úteis na promoção de atividade física e saúde.

LIMITAÇÕES DO MODELO TRANSTEÓRICO

Apesar deste modelo teórico ser usado recorrentemente nas áreas ligadas à atividade física e saúde, é necessário ter em consideração algumas limitações adjacentes ao Modelo Transteórico. Em primeiro lugar, o modelo teórico ignora o contexto social em que a mudança comportamental pode ocorrer, como, por exemplo, o estado socioeconómico do indivíduo ou o local onde este reside. Em segundo lugar, não há uma noção clara de quanto tempo é necessário para transitar de uma fase para a seguinte ou quanto tempo uma

pessoa pode permanecer num estágio. Apesar de termos referido alguns períodos específicos, estes podem variar consoante diversos fatores (abordados de seguida). Em terceiro lugar, o modelo pressupõe que os indivíduos fazem planos coerentes e racionais no seu processo de tomada de decisão, quando isso nem sempre é verdade.

O Modelo Transteórico apresenta sugestões de estratégias para intervenções de saúde pública para abordar as pessoas em várias fases do processo de tomada de decisão. Isto pode resultar em intervenções personalizadas (uma mensagem ou componente do programa foi criado especificamente para uma população-alvo) e eficazes (a mudança comportamental é alcançável). Este modelo teórico encoraja uma avaliação do estágio atual de mudança de um indivíduo e tem em conta a recaída no processo de tomada de decisão das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122

Biddle, S., & Nigg, C. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 290-304

Centis, E., Moscatiello, S., Bugianesi, E., Bellentani, S., Fracanzani, A., Calugi, S., Petta, S., Dalle Grave, R., & Marchesini, G. (2013). Stage of change and motivation to healthier lifestyle in non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Hepatology*, 58(4), 771-777. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2012.11.031

Janis, I., & Mann, L. (1997). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. The Free Press

Marcus, B., & Simkin, L. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(11), 1400-1404.

Nigg, C., Geller, K., Motl, R., Horwath, C., Wertin, K., & Dishman, R. (2011). A Research Agenda to Examine the Efficacy and Relevance of the Transtheoretical Model for Physical Activity Behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(1), 7-12. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.04.004

Prochaska, J., Butterworth, S., Redding, C., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., Flaherty-Robb, M., & Prochaska, J. M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46(3), 226-231. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.007

Prochaska, J., & Norcross, J. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 38(4), 443-448. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443

Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin. ISBN: 087094438X

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Zamarripa, J., Castillo, I., Baños, R., Delgado, M., & Álvarez, O. (2018). Motivational Regulations Across the Stages of Change for Exercise in the General Population of Monterrey (Mexico). *Frontiers in Psychology*, 9, 2368. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02368

TEORIA DA AÇÃO REFLETIDA / COMPORTAMENTO PLANEADO

CONCEPTUALIZAÇÃO

De acordo com Fishbein e Ajzen (1975), as pessoas tomam decisões racionais sobre o seu comportamento com base em informações e crenças sobre o comportamento e as suas consequências. Assim, a grande questão que se coloca é: o que esperam as pessoas e qual o valor que colocam no resultado, ao realizarem o comportamento?

A Teoria da Ação Refletida foi proposta, em 1975, por Fishbein e Ajzen, com o intuito de analisar e compreender o que determina a realização de um comportamento. A Teoria da Ação Refletida e do Comportamento Planeado e, no seu apogeu mais recente, a Abordagem da Ação Racional estão entre os modelos teóricos mais influentes na previsão e compreensão do comportamento intencional. De acordo com a Teoria da Ação Refletida, as pessoas realizarão o comportamento com base nas suas atitudes, nas normas subjetivas e nas intenções preexistentes. O modelo pressupõe que a maioria dos comportamentos de relevância social (incluindo comportamentos de saúde) estão sob o controlo volitivo do indivíduo e que a intenção de realizar um comportamento por parte de uma pessoa é tanto a determinante imediata, bem como o melhor preditor individual desse comportamento (Fishbein & Ajzen, 2010). Assim, se as pessoas avaliarem o comportamento sugerido como positivo (atitude) e pensarem que os outros querem que elas realizem o comportamento (normas subjetivas), isso resultará em níveis de intenção mais elevados, aumentando assim a probabilidade de o comportamento vir a ser concretizado (Ajzen, 1991).

As atitudes representam sentimentos favoráveis ou desfavoráveis relativamente ao comportamento. Por outras palavras, as atitudes representam a construção de uma avaliação positiva ou negativa. As pessoas questionam sentimentos positivos (e.g., "*fazer exercício físico faz bem à saúde"*) em comparação com sentimentos negativos (e.g., "*irei ficar com dores amanhã depois de fazer exercício físico*") e avaliam as consequências, geralmente, a curto prazo. Por exemplo, uma pessoa que acredita que o desempenho de um determinado comportamento levará a consequências pessoais maioritariamente positivas, terá uma atitude mais favorável em relação ao comportamento. Concretamente, a atitude é considerada uma função da soma das crenças comportamentais salientes da pessoa em relação ao resultado da ação, sendo

cada crença ponderada pela avaliação desse resultado.

As normas subjetivas representam as pressões que são geradas pela importância dada pelos outros (e.g., pares, amigos, familiares) e são função da perceção desta importância (Fishbein & Ajzen, 1975). Assim, as expectativas de pessoas importantes para o indivíduo que realiza o comportamento em questão, e de que este se apercebe, podem levar a que este mesmo comportamento seja ou não seja realizado. O indivíduo avalia que consequências poderão provir da concretização do comportamento (e.g., "*Se eu deixar de beber álcool, os meus amigos vão gostar mais de mim*"). Quando um indivíduo pensa que outras pessoas significativas aprovam um comportamento e esse indivíduo sente que é importante agir em concordância com as crenças dos outros, são desenvolvidas normas subjetivas favoráveis perante o comportamento. Uma pessoa que acredita que os pares mais significativos acham que deve realizar o comportamento perceberá a pressão social para o fazer. Especificamente, a norma subjetiva é considerada uma função das crenças normativas salientes da pessoa em relação a cada pessoa do círculo mais próximo, sendo cada crença ponderada, por sua motivação, para cumprir o comportamento referente (Ajzen, 1991).

O construto central da Teoria da Ação Refletida é a intenção, um construto motivacional que é considerado a determinante mais próxima do comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975). A intenção reflete até que ponto é provável um indivíduo planeie fazer e invista esforços na busca de um determinado comportamento (e.g., *"tenho a intenção de iniciar um programa de atividade física na próxima semana/mês/ano"*). É função das atitudes e das normas subjetivas que a pessoa tem em relação a um comportamento. Para simplificar a interpretação, quanto mais favoráveis forem as atitudes e as normas subjetivas em relação a um comportamento, mais forte será a intenção do indivíduo em realizar o comportamento.

Em relação à construção mental do comportamento, Ajzen (1987) afirma que a maior parte dos comportamentos se situa em dois extremos: os comportamentos fáceis e difíceis. Os comportamentos designados como fáceis são aqueles que apresentam escassos problemas de controlo (e.g. passear na rua, ver montras, beber um copo de água), os designados como difíceis são aqueles que exigem recursos ou capacidades especiais (e.g., deixar de ser sedentário, fumar, beber). Assim, apesar deste modelo teórico explicar comportamentos racionais e intencionais, dentro do controlo do próprio indivíduo, este apresentava diversas limitações destacadas pelos investigadores

nas diversas áreas sociais e comportamentais. Em primeiro lugar, muitos comportamentos não podem ser simplesmente realizados por vontade própria; estes requerem capacidades, oportunidades, recursos ou cooperação para a sua execução (Fishbein, 2008). Por exemplo, fazer reciclagem é virtualmente impossível se não existir um sistema de recolha destes resíduos, e abandonar o uso de viaturas particulares é frequentemente impraticável, pelo menos, quando os transportes públicos são, tendo em conta as necessidades da pessoa, inexistentes ou limitados . Em segundo lugar, as pessoas que tendem a ter uma fraca perceção de eficácia ou capacidade em relação ao comportamento (e.g. *"não sou capaz de correr"*) tendem a apresentar também baixos níveis de intenção. Em terceiro lugar, este modelo teórico assume que as pessoas apenas tomam decisões sistemáticas e racionais baseadas em avaliações normativas sobre o comportamento, ignorando motivos impulsivos (e.g., comportamentos habituais automáticos). Por último, este modelo teórico assume o comportamento como sendo algo fixo e imutável.

Em resposta ao criticismo e às limitações existentes no modelo teórico, Ajzen (1985) progrediu a Teoria da Ação Refletida para a Teoria do Comportamento Planeado como meio de dar conta de comportamentos que não estavam sob o controlo completo do indivíduo. A Teoria do Comportamento Planeado foca não só nas determinantes cognitivas da intenção (i.e., atitudes e normas subjetivas), mas também no controlo percebido pela pessoa relativamente ao comportamento. O controlo percebido refere-se à facilidade ou dificuldade percebida de realizar o comportamento e é considerado um reflexo da experiência passada, bem como dos obstáculos previstos (Ajzen, 1991). É muito fácil perceber que este fator pode melhorar substancialmente a generalidade da aplicação do modelo, pois existem muitos comportamentos que requerem habilidades específicas ou recursos externos. Assim sendo, a realização do comportamento pode ser facilitada ou dificultada de acordo com a forma como a pessoa usa recursos materiais, oportunidades e/ou capacidades (e.g., a pessoa ser capaz de comer três peças de fruta por dia). Assume-se que o controlo percebido tenha uma influência direta na intenção. Para comportamentos desejáveis e de fácil execução, quando um maior controlo é percebido, entende-se que deve determinar intenções mais fortes Ajzen (1985). O controlo percebido também pode ter um efeito preditivo direto sobre o comportamento, por meio de dois mecanismos diferentes. Primeiro, mantendo a intenção constante – um indivíduo com maior controlo percebido sobre o comportamento tende a esforçar-se mais e a persistir por mais tempo do que um indivíduo com menor

controlo percebido. Em segundo lugar, as pessoas podem ter perceções precisas da quantidade de controlo que têm sobre o comportamento. Se o indivíduo perceciona que tem capacidades para realizar o comportamento, então as intenções deixam de exercer o efeito predominante. Em suma, para além do efeito indireto que o controlo percebido tem em relação ao comportamento, via a intenção, a Teoria do Comportamento Planeado sugere um efeito direto do controlo percebido que só acontece quando o controlo do comportamento reflete a realidade sobre a realização do comportamento (Ajzen, 1991).

A ABORDAGEM DA AÇÃO RACIONAL: O QUE TROUXE DE NOVO?

É o modelo mais atual da Teoria da Ação Refletida e do Comportamento Planeado, assumindo os pontos chave de cada quadro conceptual (Fishbein & Ajzen, 2010). Considera o comportamento como consequência da intenção, estando esta sujeita a pressupostos dicotómicos da atitude, das normas subjetivas e do controlo percebido. As crenças desempenham um papel essencial nas determinantes cognitivas, consequência de fatores pessoais, sociodemográficos e informativos.

As atitudes foram bipartidas em aspetos instrumentais, ou seja, a avaliação que a pessoa faz das consequências positivas ou negativas antecipadas (e.g., *"Será que usar as escadas em vez do elevador vai ser benéfico para mim?"*) e em aspetos experimentais, isto é, a perceção de experiências negativas ou positivas (e.g., *"O que me aconteceu da última vez que me embebedei?"*).

De acordo com a Abordagem da Ação Racional (Fishbein & Ajzen, 2010), as normas subjetivas podem ser divididas em normas descritivas, que são definidas pela perceção de que os outros estão a realizar o comportamento (e.g., *"Os meus amigos fazem regularmente caminhadas, por isso também o devo fazer"*) e em normas imperativas – a perceção daquilo que deve ser feito em função das pressões impostas ou sugeridas pelos pares (e.g., *"Os meus pais dizem que tenho de perder peso"*).

O constructo controlo percebido, de acordo com esta abordagem mais contemporânea, é desconstruído na capacidade propriamente dita, ou seja, a perceção de ser capaz de realizar o comportamento (e.g., *"Eu consigo caminhar durante meia hora todos os dias"*) e a autonomia, isto é, a perceção que a pessoa tem sobre o controlo do comportamento (e.g., *"Eu faço uma alimentação saudável porque sou eu que faço as compras e escolho os alimentos que pretendo"*).

MEDIÇÃO DOS CONSTRUCTOS ADJACENTES AO MODELO TEÓRICO

De acordo com os registos eletrónicos e evidências científicas, não existe nenhum questionário formal que avalie as atitudes, as normas subjetivas, o controlo percebido e a intenção. No entanto, Ajzen (2013) deixou recomendações sobre a construção de questionários que avaliem estes fatores, de forma que investigadores e profissionais possam estimar as determinantes do comportamento.

Antes de iniciar qualquer tipo de investigação, o comportamento de interesse deve ser definido claramente em termos do seu alvo, ação, contexto e elementos de tempo. Podemos, por exemplo, definir o comportamento relativo à atividade física da seguinte forma: *"treinar pelo menos meia hora, três vezes por semana durante os próximos seis meses num centro de fitness"*. Em segundo lugar, deve ter-se em consideração a população-alvo. A população deve estar bem definida, evitando um possível viés de interpretação dos itens que compõem o questionário. No exemplo referido anteriormente, seriam incluídos na população em estudo apenas indivíduos inscritos num ginásio ou *health club*. De seguida, são formulados os itens que compõem cada um dos fatores para a medição dos constructos e, posteriormente, para a análise. Uma escala bipolar de sete pontos é normalmente empregue nestes questionários. Três a quatro itens são formulados para medir cada constructo adjacente ao modelo teórico. É solicitado aos participantes que coloquem um círculo à volta do número que melhor descreve as suas opiniões pessoais. É de salientar também que os itens são formulados para serem exatamente compatíveis com o critério comportamental e para serem autorreferenciados. Apresentamos um exemplo de um possível questionário (ver capítulo Instrumentos de medição, Exemplo 2) para a avaliação da prática de atividade física em contexto de lazer.

APLICAÇÃO EM CONTEXTO DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Estes modelos teóricos têm vindo a ser aplicados em diversas áreas de intervenção na promoção de comportamentos saudáveis, tais como: o uso de métodos contracetivos e proteção contra infeções sexualmente transmissíveis (Albarracín et al., 2001; Andrew et al., 2016; Carmack & Lewis-Moss, 2009); a prática de atividade física (Bozionelos & Bennett, 1999; Davies et al., 2010; Hagger et al., 2002; Spink et al., 2012; Stolte et al., 2017); a alimenta-

ção saudável (Fila & Smith, 2006; Lash et al., 2016; McDermott et al., 2015); a higiene oral (Brein et al., 2016; Buunk-Werkhoven; Lee et al., 2021; Syrjälä et al., 2002); a reabilitação cardíaca (Blanchard et al., 2003); o uso de protetor solar (Hawkes et al., 2012; Hillhouse et al., 1997; Martin et al., 1999; Starfelt Sutton & White, 2016); entre outros.

As intervenções baseadas na Teoria do Comportamento Planeado, ou até mesmo da Abordagem à Ação Refletida com o objetivo de mudança comportamental, podem ser desenhadas com foco em apenas uma ou mais determinantes: atitudes, normas subjetivas ou controlo percebido. As alterações nestes fatores deverão promover alterações nas intenções perante o comportamento, dando um controlo adequado sobre o comportamento.

Dado que as normas subjetivas, as atitudes e o controlo percebido assentam num conjunto de crenças, as intervenções devem modificar estas crenças, como forma de, em última instância, haver a realização do novo comportamento. As determinantes com maior poder explicativo do comportamento saudável (e.g., comer vegetais, uso de métodos contracetivos e de prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis, prática de atividade física, etc.) são explicadas pela intenção e pelo controlo percebido (Godin & Kok, 1996). A intenção continua a ser o determinante mais próximo, exceto quando o comportamento está sob o controlo do próprio indivíduo. Isto é, a motivação que leva o indivíduo a realizar o comportamento nem sempre requer elevados níveis de intenção quando este comportamento já se encontra sobre o domínio do indivíduo. Assim, em indivíduos que praticam, por exemplo, atividade física de forma regular há alguns meses sem interrupção e de forma consistente (ver o Modelo Transteórico para interpretação), as intenções não geram o comportamento, mas o controlo que a pessoa já possuí, fazendo-a sentir que é capaz de o realizar com um elevado grau de eficácia.

Uma forma de influenciar as determinantes do comportamento tem sido o recurso às Técnicas de Mudança Comportamental (TMC) descritas por Michie e Johnston (2012). As TMC são uma estratégia que ajuda um indivíduo a mudar o seu comportamento para promover uma saúde melhor (e.g., estabelecer metas, tirar alimentos não saudáveis de casa ou preparar o saco desportivo na noite anterior). Estas técnicas têm sido usadas em estudos de intervenção, com o objetivo de influenciar as atitudes, as normas subjetivas, o controlo percebido e as intenções em diversos comportamentos saudáveis (Senkowski et al., 2019). Por exemplo, Antikainen et al. (2010) aplicaram várias TMC como forma de manipular as crenças sobre o comportamento e o controlo perce-

bido. As técnicas foram: a instrução em como realizar o comportamento (os participantes receberam materiais educativos sobre os benefícios da atividade física e princípios básicos); informações fidedignas e baseadas na ciência (um técnico qualificado demonstrou a realização de diversos exercícios); e folhetos informativos sobre as consequências sociais e ambientais (pegada ecológica, impacto social). Os resultados do estudo de Antikainen et al. (2010) demonstraram diferenças significativas na pós-intervenção, indicando que os participantes aumentaram as suas crenças perante o comportamento, havendo uma influência significativa na prática de atividade física.

A probabilidade de a mensagem comunicada pelos profissionais criar atitudes favoráveis sobre o produto ou serviço depende das atitudes dos utentes quanto à mensagem. Desta maneira, mensagens claras, pragmáticas e apreciadas pelos utentes conduzem a avaliações positivas. Porém, é necessário compreender as motivações da pessoa em querer mudar o comportamento e qual o seu impacto a nível individual, mas também a nível social e ecológico. A apresentação de aspetos instrumentais das atitudes (e.g., "*Será que deixar de fumar vai ser benéfico para mim?*") é um aspeto nevrálgico que deve ser visto pelos profissionais de saúde. A balança das decisões pode ser uma ferramenta eficaz, na medida em que faz com que o indivíduo reflita sobre o comportamento atual e os benefícios da mudança e o leva a mudar. Além disso, os aspetos experimentais levam o indivíduo a percecionar experiências negativas (e.g., "*Da última vez que fumei um maço de cigarros completo, estive 2 dias com dificuldades em respirar*."). Deste modo, os profissionais podem influenciar as crenças, reforçando os aspetos negativos do comportamento atual e como a mudança poderá melhorar a qualidade de vida da pessoa (e.g., "*Lembra-se da última vez que subiu dois lanços de escadas e teve imensas dificuldades em respirar? Acha que a introdução de atividade física no seu quotidiano poderá reverter esta situação?*"). O profissional deve colocar o poder do comportamento sobre o indivíduo, levando-o a uma reflexão crítica e construtiva sobre o comportamento atual e como o novo comportamento poderá melhorar a sua qualidade de vida.

As normas subjetivas do indivíduo acerca do comportamento podem (e são) influenciadas por normas sociais. Isto é, a perceção que o indivíduo tem sobre o valor do que os outros significativos pensam e fazem acerca do comportamento. Assim, a pressão e o controlo para aderir a um novo comportamento por parte dos outros significativos pode, à priori, determinar o fracasso. Por exemplo, se o indivíduo acredita que o/a companheiro/a quer que ele

se mantenha fisicamente ativo/a, impondo a obrigatoriedade de fazer caminhadas longas diariamente, as suas normas subjetivas para o exercício serão baixas, o que irá influenciar negativamente as suas intenções. Por outro lado, uma abordagem comunicativa, apresentando os benefícios da prática de atividade física e realizando, em conjunto, o comportamento como "motivador", poderá ser uma estratégia mais eficiente no aumento das intenções. Assim, as crenças sobre as normas descritivas (e.g., "*Os meus amigos bebem álcool moderadamente, por isso também o devo fazer*") e imperativas (e.g., "*O meu treinador diz que tenho de perder peso para melhorar a minha qualidade de vida*.") são determinantes da qualidade da intenção.

LIMITAÇÕES DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO

Tal como o Modelo Transteórico, a Teoria do Comportamento Planeado apresenta limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, os fatores sociodemográficos e traços de personalidade parecem ter influência nas variáveis cognitivas determinantes da intenção. No entanto, estas não são consideradas no modelo. Além disso, este modelo teórico assume que todas as ações e comportamentos têm uma base racional, excluindo a hipótese da existência de influências inconscientes na realização de um comportamento terminado (Sheeran et al., 2013). Este modelo teórico não considera o comportamento passado como uma variável determinante do comportamento futuro (Ajzen, 2002), apesar de esta apresentar efeitos significativos, superiores à intenção, principalmente em comportamentos relacionados com a saúde (Hagger et al., 2018). O *intention-behavior gap*, tal como referido anteriormente, é substancial, indicando que nem toda a intenção se traduz em comportamento. Na verdade, os resultados sob condições *ceteris paribus* sugerem que os indivíduos são mais propensos a se envolver em comportamentos de que gostam menos se se sentirem incapazes de os fazer ou não pretendam fazer parecer implausível, o que lançaria mais dúvidas sobre os dados do que sobre a teoria subjacente. Os estudos questionam mais a validade dos questionários e questões de operacionalização do que o modelo teórico em si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajzen, I. (2013). *Theory of Planned Behavior Questionnaire*. Measurement Instrument Database for the Social Science. Retirado de www.midss.ie

Ajzen, I. (2002). Residual effects of past on later behavior: Habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107-122. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_02

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I. (1987). *Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology*. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology, Vol. 20 (1-63). Academic Press. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60411-6

Ajzen I. (1985) *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*. In: Kuhl J., Beckmann J. (eds.) Action Control. SSSP Springer Series in Social Psychology. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2

Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161. https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.142

Andrew, B., Mullan, B., de Wit, J., Monds, L., Todd, J., & Kothe, E. (2016). Does the Theory of Planned Behavior Explain Condom Use Behavior Among Men Who have Sex with Men? A Meta-analytic Review of the Literature. *AIDS and Behavior*, 20(12), 2834-2844. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1314-0

Antikainen, I., Ellis, R., Kosma, M., Allen, P., Cherry, K., Monroe, P., & Wood, R. (2010). Examining change in theory-based physical activity beliefs of culturally diverse older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 29(4), 507-517. https://doi.org/10.1177/0733464809341469

Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behavior: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499. https://doi.org/10.1348/014466601164939

Blanchard, C., Courneya, K., Rodgers, W., Fraser, S., Murray, T., Daub, B., & Black, B. (2003). Is the theory of planned behavior a useful framework for understanding exercise adherence during phase II cardiac rehabilitation? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(1), 29-39. https://doi.org/10.1097/00008483-200301000-00007

Bozionelos, G., & Bennett, P. (1999). The theory of planned behavior as predictor of exercise: the moderating influence of beliefs and personality variables. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 517-529. https://doi.org/10.1177/135910539900400406

Brein, D., Fleenor, T., Jr, Kim, S., & Krupat, E. (2016). Using the Theory of Planned Behavior to Identify Predictors of Oral Hygiene: A Collection of Unique Behaviors. *Journal of Periodontology*, 87(3), 312-319. https://doi.org/10.1902/jop.2015.150239

Buunk-Werkhoven, Y., Dijkstra, A., & van der Schans, C. (2011). Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(3), 250-259. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00589.x

Carmack, C., & Lewis-Moss, R. (2009). Examining the theory of planned behavior applied to condom use: the effect-indicator vs. causal-indicator models. *The Journal of Primary Prevention*, 30(6), 659-676. https://doi.org/10.1007/s10935-009-0199-3

Davies, C., Mummery, W., & Steele, R. (2010). The relationship between personality, theory of planned behavior and physical activity in individuals with type II diabetes. *British Journal of Sports Medicine*, 44(13), 979-984. https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.050930

Fila, S., & Smith, C. (2006). Applying the Theory of Planned Behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 11. https://doi.org/10.1186/1479-5868-3-11

Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The Reasoned Action Approach*. Taylor & Francis.

Fishbein M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical*

Decision Making, 28(6), 834-844. https://doi.org/10.1177/0272989X08326092

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley. ISBN: 9780201020892

Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98. https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87

Hagger, M., Polet, J., & Lintunen, T. (2018). The reasoned action approach applied to health behavior: Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Social Science and Medicine*, 213, 85-94. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.038

Hagger, M., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24(1), 3-32. https://doi.org/10.1123/jsep.24.1.3

Hawkes, A., Hamilton, K., White, K., & Young, R. (2012). A randomized controlled trial of a theory-based intervention to improve sun protective behavior in adolescents ('you can still be HOT in the shade'): study protocol. *BMC Cancer*, 12, 1. https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-1

Hillhouse, J., Adler, C., Drinnon, J., & Turrisi, R. (1997). Application of Azjen's theory of planned behavior to predict sunbathing, tanning salon use, and sunscreen use intentions and behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 365-378. https://doi.org/10.1023/a:1025517130513

Lash, D., Smith, J., & Rinehart, J. (2016). Can the Theory of Planned Behavior predict dietary intention and future dieting in an ethnically diverse sample of overweight and obese veterans attending medical clinics? *Appetite*, 99, 185-192. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.013

Lee, J., Han, D., Kim, H., & Park, S. (2021). Factors related to children's tooth-brushing at different ages: an application of the theory of planned behavior. *Psychology, Health and Medicine*, 26(2), 228-241. https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1683870

Martin, S., Jacobsen, P., Lucas, D., Branch, K., & Ferron, J. (1999). Predicting children's sunscreen use: application of the theories of reasoned action and planned behavior. *Preventive Medicine*, 29(1), 37-44. https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0500

McDermott, M., Oliver, M., Simnadis, T., Beck, E., Coltman, T., Iverson, D., Caputi, P., & Sharma, R. (2015). The Theory of Planned Behavior and dietary patterns: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 81, 150-156. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.08.020

Michie, S., & Johnston, M. (2012) Theories and techniques of behavior change: Developing a cumulative science of behavior change. *Health Psychology Review*, 6,1, 1-6. https://doi.org/10.1080/17437199.2012.654964

Senkowski, V., Gannon, C., & Branscum, P. (2019). Behavior Change Techniques Used in Theory of Planned Behavior Physical Activity Interventions Among Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(5), 746-754. https://doi.org/10.1123/japa.2018-0103

Sheeran, P., Gollwitzer, P., & Bargh, J. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*, 32(5), 460-473. https://doi.org/10.1037/a0029203

Spink, K., Wilson, K., & Bostick, J. (2012). Theory of planned behavior and intention to exercise: effects of setting. *American Journal of Health Behavior*, 36(2), 254-264. https://doi.org/10.5993/AJHB.36.2.10

Starfelt Sutton, L., & White, K. (2016). Predicting sun-protective intentions and behaviors using the theory of planned behavior: a systematic review and meta-analysis. *Psychology and Health*, 31(11), 1272-1292. https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1204449

Stolte, E., Hopman-Rock, M., Aartsen, M., van Tilburg, T., & Chorus, A. (2017). The Theory of Planned Behavior and Physical Activity Change: Outcomes of the Aging Well and Healthily Intervention Program for Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(3), 438-445. https://doi.org/10.1123/japa.2016-0182

Syrjälä, A., Niskanen, M., & Knuuttila, M. (2002). The theory of reasoned action in describing tooth brushing, dental caries and diabetes adherence among diabetic patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 29(5), 427–432. https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2002.290507.x

TEORIA DO HÁBITO

CONCEPTUALIZAÇÃO

Muitas das questões relacionadas com a saúde pública estão enraizadas no comportamento. Até as pequenas mudanças no comportamento diário podem trazer benefícios consideráveis, desde que o indivíduo seja capaz de refletir conscientemente no que diz respeito à saúde. No entanto, muitas pessoas adotam novos comportamentos saudáveis com sucesso, mas não conseguem mantê-los a longo prazo. Este paradoxo inspirou interesse no hábito e na tentativa de compreender como ele prediz o comportamento.

O hábito é definido como um comportamento repetido sem intenção ou com pouca necessidade de recurso a ações intencionais (Gardner, 2015). Logo, é realizado regularmente de forma natural e espontânea (Gardner, 2020). À medida que um comportamento, inicialmente direcionado a um objetivo específico, se torna habitual, o controlo sobre o comportamento é transferido de um sistema de processamento reflexivo e racional, que ilícita o comportamento de forma relativamente lenta, com base na intenção e motivação do indivíduo, para um sistema impulsivo, que elícita o comportamento de forma rápida e eficiente, com base no contexto onde está inserido (Gardner & Rebar, 2019). O hábito também pode ser definido como um conjunto de sequências aprendidas a partir de ações que se tornaram automáticas para o contexto (Verplanken & Aarts, 1999). No entanto, os comportamentos realizados com frequência não se tornam automaticamente num hábito (Gardner, 2015). Acrescido, conhecer apenas os *cues* (e.g., momentos chave contextuais – ter saco desportivo no carro) que despoletam o comportamento apenas dá indicação do que pode vir a ser realizado. Conhecer apenas o comportamento e a sua frequência podem levar a suposições de hábito, mas essas características não fornecem informações sobre o período de tempo em que o comportamento foi realizado. Para um comportamento se tornar habitual (mudança de menos intencional para mais habitual) é necessário que sejam tidos em conta alguns critérios propostos por Gardner (2020):

Repetição. Ou seja, a frequência com que é feito o comportamento. Parece evidente que dificilmente se poderá assumir que um comportamento é habitual no quotidiano de uma pessoa se este não for repetido com alguma regularidade. No entanto, não podemos assumir que quanto maior a frequência do comportamento, maior a probabilidade de esse comportamento se vir

a tornar habitual. Esta linha ténue entre frequência e hábito está dependente de outros mecanismos, descritos já de seguida.

Consistência. Enquanto o fator repetição descreve o número de vezes que o comportamento é realizado, a consistência define a estabilidade com que o comportamento é feito. É substancialmente diferente praticar atividade física três vezes por semana num horário fixo (e.g., segundas, quartas e sextas à mesma hora) e praticar duas vezes por semana num horário completamente aleatório, sem um padrão definido. Não queremos de todo assumir que a consistência tem de ser rígida para que o comportamento assuma uma vertente habitual. A literatura apenas afirma que, para que possamos chamar o comportamento de hábito, este tem de ser realizado em condições estáveis, principalmente nos períodos iniciais (Gardner et al., 2012). Assim, se o comportamento for realizado em condições estáveis (e.g., a prática de exercício físico no mesmo lugar), com um horário estável e com as mesmas condições, este comportamento poderá vir a tornar-se habitual. A repetição do comportamento no mesmo contexto reforça as associações mentais entre o contexto e o comportamento (Wood & Rünger, 2016).

Complexidade. Em suma, comportamentos menos exigentes física e mentalmente (e.g., beber um copo de água pela manhã) apresentam uma maior probabilidade de se tornar habituais comparativamente a comportamentos complexos (e.g., fazer uma caminhada). Isto está relacionado não só com o comportamento em si, mas com todos os *cues* que despoletam a concretização do comportamento. Enquanto beber um copo de água implica buscar o copo, encher com água e beber, fazer uma caminhada implica: mudar de roupa, traçar o percurso, fazer o aquecimento, entre outros. Assim, comportamentos mais simples parecem estar mais próximos de se tornar habituais comparativamente a comportamentos mais complexos (Gardner, 2015).

Cues. Como referido anteriormente, os *cues* são momentos-chave que despertam ou levam o indivíduo a agir em conformidade com o que este pretende. Por exemplo, lavar as mãos automaticamente (ação) após usar a casa de banho(*cue* contextual) ou colocar o cinto de segurança (ação) depois de entrar no carro (*cue* contextual). De facto, a literatura mostra de forma consistente que a mera repetição de uma simples ação num contexto consistente leva, por meio da aprendizagem associativa, à ação, sendo esta ativada mediante a exposição subsequente a esses *cues* contextuais, isto é, a formação do hábito (Gardner et al., 2012). Uma vez que o início da ação é "transferido" para os cues contextuais ou externos ao indivíduo, a dependên-

cia da atenção consciente ou dos processos motivacionais é reduzida (Lally et al., 2011). Muitas vezes, as pessoas não conseguem manter as mudanças de comportamento porque perdem a motivação, mas, se criassem hábitos para novos comportamentos, deveriam, em teoria, continuar a realizá-los, apesar da perda de motivação (Gardner, 2015). Portanto, comportamentos habituais tendem a persistir mesmo depois que a motivação consciente ou o interesse se dissipam. Comportamentos habituais são também cognitivamente eficientes, porque a automaticidade das ações desobstrui recursos mentais para outras tarefas. Em suma, a transferência de recursos intencionais para habituais facilita a capacidade do ser humano em investir os recursos anteriormente indisponíveis para outros comportamentos ou ações.

Apesar de não existir concretamente um modelo teórico sobre o hábito, existem evidências suficientes que suportam a necessidade de se avaliar o hábito como determinante do comportamento e não o comportamento *per se* (Gardner et al., 2012; Orbell & Verplanken, 2015). Urge então a questão: é o comportamento que forma o hábito ou o hábito que forma o comportamento? A resposta é, até um certo grau, complexa, mas possível de ser analisada de forma crítica. Iremos desconstruir esta ligação de forma simplista, introduzindo a variável intenção no modelo.

De acordo com a literatura, a intenção é uma determinante do comportamento (Ajzen, 1991). Isto é, quanto mais forte for a imagem mental que um indivíduo cria em relação a um comportamento, maior será a probabilidade de esse comportamento vir a acontecer. No entanto, aqui falamos em ações deliberadas e intencionais. Assim sendo, seria de se especular que, se um comportamento saudável se pudesse tornar habitual, o indivíduo estaria menos sujeito a recaídas caso a intenção e a motivação diminuíssem (Verplanken e Wood 2006). Esta hipótese de efeito moderador do hábito sobre a relação intenção-comportamento sustenta o interesse atual no hábito como meio de manter a mudança de comportamento. As intervenções de mudança comportamental deveriam, portanto, buscar a promoção de hábitos saudáveis, de forma a proteger o novo comportamento contra perdas na motivação ou diminuição da intenção, que poderiam resultar, a longo prazo, numa reversão dos ganhos do novo comportamento de curto prazo (Gardner et al., 2015; Rothman et al., 2009). À primeira vista, as evidências desse efeito parecem convincentes. Uma meta-análise com aplicações do hábito na atividade física e dieta saudável descobriu que oito dos nove testes de moderação mostravam resultados alinhados com esta hipótese (Gardner et al. 2011). No en-

tanto, existem razões teóricas e empíricas que questionam a validade dessas evidências.

De acordo com Gardner et al. (2015), não existem evidências que suportem o impacto moderador esperado do hábito na relação entre a intenção e o comportamento, indicando que indivíduos com intenções podem agir de acordo com essas intenções, apesar de terem hábitos. Por exemplo, um indivíduo que habitualmente bebe um copo de água pela manhã, pode, em determinadas instâncias, assumir de forma racional e intencional que pretende beber um copo de água no dia seguinte. Assim, o hábito e a intenção podem variar na influência que exercem sobre as instâncias determinantes do comportamento. Previsões da realização de um determinado comportamento, em que o hábito é forte e as intenções são fracas (ou vice-versa), carecem de validade ecológica, pois é improvável que haja muitos indivíduos com tais padrões de cognição. Gardner et al. (2015) argumenta que uma intenção fraca de realizar um determinado comportamento (e.g., comer lanches não saudáveis) não pode ser interpretada de forma confiável como uma forte intenção de realizar uma alternativa (comer lanches saudáveis) ou inibir o comportamento (e.g., evitar comer lanches não saudáveis). Para termos a hipótese de moderação, neste caso em concreto, os investigadores teriam de medir o hábito e a intenção no mesmo comportamento em que estivessem em conflito (e.g., intenção de evitar comer lanches não saudáveis versus hábitos alimentares não saudáveis).

Tendo concluído que a intenção prediz o comportamento e que o hábito não modera o efeito intenção-comportamento, é possível afirmar que o hábito está, igualmente, significativamente correlacionado com o comportamento (Gardner et al., 2015). Quanto mais forte for a formação do hábito, maior será a probabilidade desse comportamento vir a ser realizado. De forma empírica, faz todo o sentido na medida em que, quando um indivíduo realiza um comportamento automático e não deliberado, este está a realizar o comportamento sem ter consciência disso. É possível afirmar, então, que a intenção e o hábito são ambos preditores do comportamento, com uma capacidade de explicação variada de acordo com o comportamento, a fase em que se situa a formação do hábito, a complexidade do comportamento e todos os restantes pontos abordados anteriormente (Gardner, 2020). Consequentemente, se o comportamento está a ser realizado de forma consistente, então, existem evidências de que o comportamento está a contribuir para a formação do hábito (Gardner et al., 2015). Sem a repetição do comportamento, este dificilmente

tenderá a tornar-se um hábito, principalmente em comportamentos novos e complexos (e.g., atividade física) onde a intenção desempenha um papel fundamental nas fases iniciais (Kaushal & Rhodes, 2015).

Em suma, a relação intenção-hábito-comportamento é deveras complexa e não se pode assumir como um processo finito e linear. Deve-se olhar para esta relação como um *continuum* em constante alteração, onde a intenção e o hábito andam de mãos dadas na realização ou na não realização do comportamento em causa. Estudos demonstram que o papel da intenção é fundamental nos dias em que os indivíduos necessitam de processos deliberados para a realização de determinados comportamentos complexos como praticar atividade física (Rebar et al., 2014). Por outro lado, quando os comportamentos são simples e não exigem esforço físico ou mental (e.g., comportamentos sedentários – televisão), os indivíduos não apresentam intenção de os fazer (Conroy et al., 2013). Os indivíduos agem simplesmente em conformidade com o hábito do comportamento sedentário. Assim, é exigida, por parte do investigador ou profissional, uma avaliação e acompanhamento constantes sobre o espectro em que se encontra determinado comportamento (mais intencional *versus* mais habitual) e, a partir daí, a aplicação das ferramentas mais apropriadas para que o indivíduo mantenha comportamentos saudáveis ao longo do tempo.

A pergunta que o comum mortal faz sempre é: quantos dias é preciso para que um comportamento novo se torne um hábito? Falácias e leituras do tipo "banha da cobra" diriam exatamente 21 dias; no entanto, o leitor munido deste conhecimento saberá que este número é variável de acordo com os critérios acima descritos. No entanto, daremos mais exemplos. De acordo com o estudo realizado por Lally et al (2010), a formação do hábito do comportamento "fazer 50 abdominais antes do pequeno-almoço" demorou, em média, sensivelmente 80 dias. Por outro lado, no mesmo estudo, os participantes demoraram, em média, 40 dias a considerar o comportamento "caminhar 10 minutos depois do almoço" como um comportamento habitual. Tal como descrito anteriormente, a formação do hábito de um determinado comportamento varia de acordo com diversos fatores, bem como com a intenção que a pessoa tem para assumir esse comportamento como habitual. Assim, pedimos ao leitor que elimine, de forma intencional e deliberada, a ideia de que um comportamento demora 21 dias a tornar-se habitual.

MEDIÇÃO DO HÁBITO

Não havendo nenhum instrumento validado para a medição do hábito, Verplanken e Orbell (2003) criaram e validaram o *Self-Report Habit Index* (SRHI), um instrumento de 12 itens que incorpora a avaliação da automaticidade (e.g., "*Praticar exercício físico é algo que faço sem pensar*"), da frequência comportamental (e.g., "*Comer uma peça de fruta às refeições é algo que tenho feito há muito tempo*") e da consciência da autoidentidade (e.g., "*Usar as escadas em vez do elevador é algo que faz parte de mim*"). O SRHI apresentou alta fiabilidade teste-reteste e adequada consistência interna (coeficientes de alfa > 0.90) quando foi aplicado para medir diferentes comportamentos habituais, como comer doces, ouvir música e assistir a uma série na televisão. Como a medição do hábito tomava os seus primeiros passos, este instrumento foi usado como instrumento *Gold-Standard* durante quase uma década (Gardner et al., 2011). Gardner et al. (2011) redefiniu a avaliação do hábito, argumentando que a identidade não seria necessariamente uma componente do hábito. Alguns comportamentos habituais podem não estar associados a um senso de identidade própria, mas podem ser comportamentos intencionais simples que não pretendem ser uma expressão da própria pessoa (e.g., beber um copo de água). Conforme afirmado por Gardner et al. (2012), a autoidentidade prevê intenções, mas não comportamentos. Em contraste, o hábito prevê o comportamento, mas não prevê as intenções. Tal como referido anteriormente, o hábito não desempenha um papel moderador na associação intenção-comportamento, de acordo com os critérios pré-estabelecidos. Gardner et al. (2012), após analisar sistematicamente o SRHI e solicitar a colaboração de sete especialistas em psicologia aplicada para classificarem até que ponto cada item do SRHI atendia às definições de hábito, concluí que apenas quatro itens do SRHI mediam a formação do hábito. Esses quatro itens foram então usados para criar o *Self-Reported Behavior Automaticity Index* (SRBAI) como uma medida válida para avaliar o hábito. No mesmo trabalho, Gardner et al. (2012) mostrou que o SRBAI apresentava uma consistência interna aceitável (coeficientes alfa acima de 0,80), exibindo que o desenvolvimento do hábito apresentava uma correlação positiva e significativa com vários comportamentos (i.e., deslocamento de carro *versus* bicicleta). Estes autores concluíram que o SRBAI foi, em comparação com o SRHI, mais preciso conceptualmente e mais parcimonioso na avaliação do hábito do comportamento. Apresentamos um exemplo de um possível questionário

(ver capítulo Instrumentos de medição, Exemplo 3) que para a avaliação do consumo de fruta.

HÁBITO, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Hagger (2018) explicou que o desempenho repetido de um comportamento específico durante um período temporal pode levar ao desenvolvimento de um comportamento habitual, mesmo em atividades complexas como a atividade física. Esta conceptualização destaca a noção de que a repetição da prática de atividade física pode aumentar a probabilidade de o comportamento se tornar automático. Um estudo recente realizado por Rodrigues et al. (2021) com praticantes de exercício físico em operadores de *fitness* evidenciou associações significativas entre a experiência da prática de exercício, frequência e hábito. Essas associações apoiam evidências prévias (Verplanken & Orbell, 2003), suportando que a força do hábito poderá estar associada à frequência do comportamento (Gardner, 2020), neste caso relacionada com a frequência com que um praticante vai ao operador de *fitness*. Não obstante, os resultados suportam a distinção entre o comportamento passado (ou seja, experiência de exercício físico) e o hábito, uma vez que o comportamento passado pode ou não incluir o desenvolvimento de um comportamento habitual (Gardner, 2015; Gardner et al., 2011). No entanto, a realização do exercício físico depende de como um indivíduo repetiu o comportamento no passado (Rodrigues et al., 2020) e, portanto, as associações entre experiência e frequência encontradas neste estudo apoiam esse pressuposto.

Para que um comportamento saudável se torne habitual, este deve ser realizado repetidamente na presença dos mesmos *cues* contextuais (Lally et al., 2010). Deve considerar-se, portanto, variáveis pós-iniciação que podem sustentar a manutenção do comportamento ao longo do tempo (Lally et al., 2013). Se um comportamento que foi realizado um pequeno número de vezes, para passar a ser repetido em grande parte, depende de as pessoas continuarem a querer realizar o novo comportamento após o seu início, é provável que isso dependa dos objetivos que a pessoa tinha proposto inicialmente e de questões motivacionais. Nas fases iniciais de uma mudança de comportamento de longo prazo, as ações direcionadas a um objetivo e que estimulam o afeto negativo são normalmente interrompidas, enquanto aquelas que dão origem a emoções positivas podem reforçar o compromisso (Lally et al., 2013).

LIMITAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE HÁBITO

Tal como referido anteriormente, não existe um modelo teórico concreto sobre a formação do hábito, pelo simples facto de o conceito de hábito ainda estar nos seus primórdios. Além disso, não existe consenso entre o tempo aproximado em que um comportamento intencional transita para um comportamento mais habitual. A ligação intenção-hábito-comportamento é muito frágil, e, assumir um comportamento totalmente como um hábito, sem recurso a uma ligação racional, pode induzir a erro. Por muito que o comportamento possa ser assumido como habitual, existe, nem que seja por uma porção residual, uma intenção de realizar o comportamento.

Outro aspeto importante reside na complexidade dos comportamentos e nos recursos necessários para que estes possam ser repetidos. Por exemplo, para que a atividade física se torne habitual, temos de ter em consideração as capacidades da pessoa (e.g., aptidão física) dos recursos (e.g., ginásio, ciclovia, espaço apropriado), da envolvente ecológica (e.g., tarefas familiares), das responsabilidades profissionais, entre outros. Assim, a formação do hábito, tendo como base a atividade física como o comportamento em questão, varia substancialmente. E, desta maneira, não é possível traçar um período mais conservador para que se possam criar intervenções mais eficazes na formação do hábito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Gardner, B. (2020). Habit as automaticity, not frequency. *European Health Psychologist,* 14 (2), 32-36.

Gardner, B. & Rebar, A. (2019). Habit Formation and Behavior Change. *Oxford Bibliographies Online*. https://doi.org/10.1093/OBO/9780199828340-0232

Gardner, B., Corbridge, S., & McGowan, L. (2015). Do habits always override intentions? Pitting unhealthy snacking habits against snack-avoidance intentions. *BMC Psychology*, 3(1), 8. https://doi.org/10.1186/s40359-015-0065-4

Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behavior. *Health Psychology Review*, 9 (3), 277-295. https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238

Gardner, B, Lally, P, & Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of "habit-formation" and general practice. *British Journal of General Practice*, 62 (605), 664-666. https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466

Gardner B, Bruijn G., & Lally P. (2011). A systematic review and meta-analysis of applications of the Self-Report Habit Index to nutrition and physical activity behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 42 (2), 174-187. https://doi.org/10.1007/s12160-011-9282-0

Hagger, M. (2018). Habit, and physical activity: Theoretical advances, practical implications, and agenda for future research. *Psychology of Sport and Exercise*, 42, 118-129. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.12.007

Kaushal, N., & Rhodes, R. (2015). Exercise habit formation in new gym members: a longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 652-663. https://doi.org/10.1007/s10865-015-9640-7

Lally, P., & Gardner, B. (2013) Promoting habit formation. *Health Psychology Review*, 7 (1), 137-158. https://doi.org/10.1080/17437199.2011.603640

Lally, P., Wardle, J., & Gardner, B. (2011). Experiences of habit formation: a

qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, 16(4), 484-489. https://doi.org/10.1080/13548506.2011.555774

Lally, P., van Jaarsveld, C., Potts, H., & Wardle, J. (2010), How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40, 998-1009. https://doi.org/10.1002/ejsp.674

Orbell, S., & Verplanken, B. (2015). The strength of habit. *Health Psychology Review*, 9(3), 311-317. https://doi.org/10.1080/17437199.2014.992031

Rebar, A., Elavsky, S., Maher, J., Doerksen, S., & Conroy, D. (2014). Habits predict physical activity on days when intentions are weak. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 36(2), 157-165. https://doi.org/10.1123/jsep.2013-0173

Rodrigues, F., Forte, P., Teixeira, D., Cid, L., Travassos, B., & Monteiro, D. (2021). A avaliação do hábito em praticantes de exercício físico: Testando a validade do Self-Report Behavioral Automaticity Index. *Motricidade*, 17(1).

Rodrigues, F., Teixeira, D., Neiva, H., Cid, L., & Monteiro, D. (2020). The bright and dark sides of motivation as predictors of enjoyment, intention, and exercise persistence. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 30(4), 787-800. https://doi.org/10.1111/sms.13617

Verplanken, B., & Wood, W. (2006). Interventions to Break and Create Consumer Habits. *Journal of Public Policy and Marketing*, 25(1), 90-103. https://doi.org/10.1509/jppm.25.1.90

Verplanken, B., & Aarts, H. (1999). Habit, Attitude, and Planned Behavior: Is Habit an Empty Construct or an Interesting Case of Goal-directed Automaticity? *European Review of Social Psychology*, 10 (1), 101-134. https://doi.org/10.1080/14792779943000035

Wood, W., & Rünger, D. (2016). Psychology of Habit. *Annual Review of Psychology*, 67, 289-314. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417

TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO

CONCEPTUALIZAÇÃO DO MACROMODELO

A motivação desempenha um papel central no esforço e na realização de qualquer tipo de comportamento. A própria definição de motivação indica que é a motivação que dá energia ao comportamento e funciona como um autêntico motor de realização (Weinberg & Gold, 2007), e é definida como o processo pelo qual as atividades direcionadas a metas são iniciadas e mantidas. Assim, podemos conceptualizar a motivação como uma energia comportamental que indica a realização ou a não realização de um comportamento.

Embora a motivação tenha sido considerada a causa primária de pensamentos, sentimentos e ações das pessoas em diversos modelos teóricos (e.g., teoria da evolução, teoria psicanalítica, psicologia fisiológica), isso não é totalmente verdade para a psicologia da motivação. De acordo com as evidências contemporâneas (Gollwitzer & Oettingen, 2015), a motivação é apenas uma causa, entre outras, que explica o comportamento e a essência e consiste no estudo da personalidade, sentimentos e ações condutoras à análise comportamental. Quando um indivíduo sente fome, por exemplo, o comportamento é estimulado (e.g., encontrar e comer comida), o que é fundamental para corrigir o desequilíbrio causado por necessidades do próprio organismo. Existe uma motivação física em levar o indivíduo a tomar uma ação para dar resposta a uma necessidade fisiológica. No entanto, nem sempre o indivíduo procura alimentos como forma de colmatar défices no organismo. A vulgarmente chamada "fome psicológica", por muito arcaico que pareça, não surge de uma necessidade fisiológica, mas de uma referência a um desejo emocional que precisa de ser colmatado através da ingestão de alimentos. Assim, a motivação não surge como uma necessidade física, mas sim como uma resposta emocional (e.g., stress, ansiedade, entre outros) que leva o indivíduo a comer um *snack* ou outro alimento.

Inúmeras teorias motivacionais já foram propostas para explicar a motivação humana. Embora cada um esclareça aspetos específicos da motivação, cada um negligencia necessariamente os outros. A diversidade de teorias motivacionais cria confusão porque a maioria destas tem áreas de sobreposição e discordância conceituais e muitos empregam um vocabulário idiossincrático, usando palavras diferentes para o mesmo conceito e a mesma palavra para conceitos diferentes. Embora isso possa ser desconcertante, cada teoria

contemporânea contribui, no entanto, com uma perspetiva única, com *insights* potencialmente novos e implicações distintas para a prática e pesquisas futuras, principalmente aquelas mais envolvidas na mudança comportamental no que toca à atividade física e saúde.

A Teoria da Autodeterminação, desenvolvida por Deci e Ryan (1985) e estudada desde então (Ryan & Deci, 2000; 2019; 2017; 2020), pressupõe que o ser humano tem uma tendência natural para agir em conformidade com o seu estado motivacional num determinado contexto. Este modelo teórico foca-se nos fatores do contexto envolvente, fatores da personalidade, bem como as causas e as consequências do comportamento autodeterminado. Ou seja, a teoria da autodeterminação analisa e explica como as determinantes motivacionais, tais como os comportamentos interpessoais e os fatores contextuais, poderão ser responsáveis por resultados positivos ou consequências negativas a nível emocional, cognitivo e, principalmente, comportamental (Ryan & Deci, 2017).

Este macro modelo teórico assume a motivação intrínseca como protótipo do comportamento autodeterminado, no qual a participação do indivíduo ocorre de forma voluntária, sem qualquer tipo de recompensa ou pressão externa. Este tipo de motivação encontra-se ainda intrinsecamente relacionado com sentimentos de prazer e divertimento inerentes à realização do comportamento em questão (Ryan & Deci, 2017). Isto é, o indivíduo explora o meio onde está inserido, manipula instrumentos e ferramentas disponíveis e realiza determinado comportamento com o único objetivo de atingir uma sensação de satisfação pessoal. Nesse sentido, quando o indivíduo sente prazer durante ou após a realização de um determinado comportamento (e.g., atividade física, ver um filme no cinema), é expectável que ele venha a repetir esse comportamento no futuro (Deci & Ryan, 1985).

De acordo com este modelo teórico, a qualidade (ver na secção seguinte) da motivação não se encontra diretamente dependente de fatores contextuais (e.g., local de residência) e/ou sociais (e.g., os comportamentos interpessoais dos pares), mas é mediada pela satisfação de "nutrientes universais", inatos a todos os seres humanos, responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento pessoal (Ryan & Deci, 2017). De acordo com os pressupostos deste modelo teórico, existem três necessidades psicológicas básicas, inatas em todos os seres humanos, independentemente da raça, etnia, género, idade, ou outros fatores sociodemográficos, cuja satisfação representa uma experiência universal de bem-estar físico e psicológico (Ryan & Deci, 2000). O grau de

satisfação da necessidade psicológica de autonomia (i.e., capacidade do sujeito regular as suas próprias ações), de competência (i.e., eficácia do sujeito na interação com o envolvimento) e de relação (i.e., capacidade de o sujeito procurar e desenvolver ligações e relações interpessoais) irá determinar a qualidade da motivação e consequentemente, o empenho na realização do comportamento.

A Teoria da Autodeterminação é uma macro teoria que incorpora seis micro teorias, cada uma delas ligadas entre si:

a) Teoria da Integração Organísmica – talvez a mais contemporânea e mais robusta, aborda as diversas manifestações da motivação, desconstruindo de forma qualitativa a motivação extrínseca e como os processos de internalização podem auxiliar na integração do comportamento como autodeterminado (Howard et al., 2017; Ryan & Deci, 2017);

b) Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas – conceptualiza a existência de três necessidades psicológicas básicas (i.e., autonomia, competência e relação) e como estas são estruturas fundamentais na internalização e integração do comportamento. Estas componentes desempenham um papel chave na promoção de resultados emocionais e comportamentais positivos (Deci et al., 2017);

c) Teoria da Avaliação Cognitiva – propõe uma estrutura teórica viável para explicar os efeitos prejudiciais das recompensas contingentes de performance na motivação intrínseca e como os fatores sociais e contextuais podem promover ou inibir este tipo de motivação (Deci & Ryan, 1985);

d) Teoria das Orientações Causais – tem como premissa a causa das ações e que os indivíduos diferem na interpretação da causa do seu comportamento, interpretando este como tendo origem em si mesmo, a partir de outros ou a partir de eventos externos (Deci & Ryan, 1985);

e) Teoria do conteúdo dos objetivos – foca-se nos diferentes tipos de motivos e aspirações, baseando-se na natureza intrínseca (e.g., crescimento pessoal, saúde física e mental) ou extrínseca (e.g., dinheiro, imagem, reconhecimento social) do indivíduo (Ryan & Deci, 2017). É de salientar que os motivos não devem ser vistos como sinónimos de motivações, sendo que os motivos intrínsecos e extrínseco podem desempenhar um papel preditor na qualidade da motivação.

f) Teoria da Motivação nos Relacionamentos – é o micromodelo mais recente e postula que a necessidade psicológica básica de relação é o que mobiliza os indivíduos em busca de relacionamentos duradouros, mas que

nem todos os relacionamentos são de alta qualidade e satisfazem a necessidade psicológica básica de relação. Mesmo em ligações ou relacionamentos afetuosos entre pares, apenas aqueles em que ambos experimentam autonomia e fornecem suporte de autonomia ao outro satisfazem profundamente a necessidade psicológica básica de relação (Deci & Ryan, 2014).

Cada uma destas micro teorias sistematiza aspetos chaves da Teoria da Autodeterminação. No entanto, apesar de cada micro teoria desempenhar o seu papel na explicação do comportamento autodeterminado (Vansteenkiste et al., 2010), serão abordados apenas os modelos mais usados na investigação no que concerne à mudança comportamental em atividade física e saúde.

TEORIA DA INTEGRAÇÃO ORGANÍSMICA

Ao contrário das suposições teóricas envelhecidas sobre a dicotomia de motivação extrínseca e intrínseca, a teoria da autodeterminação veio a revolucionar a motivação como um continuum motivacional, variando a qualidade da motivação com base no grau de autodeterminação. Assim, a motivação pode ser manifestada através de seis formas, que varia desde formas mais autodeterminadas a formas menos autodeterminadas, dividindo-se numa perspetiva macro em motivação intrínseca, motivação extrínseca e amotivação (Deci & Ryan, 1985).

A motivação intrínseca é a manifestação mais autodeterminada da motivação. Tal como referido anteriormente, pessoas que realizam um determinado comportamento, regulado por uma motivação intrínseca, experienciam prazer, divertimento, sensação de exploração, entre outras sensações inerentes ao comportamento em si (Ryan & Deci, 2017). Pessoas intrinsecamente motivadas não procuram obter recompensas através da realização do comportamento. A sua execução é puramente uma expressão da pessoa e da identidade da mesma. A experiência do comportamento é enriquecedora e por isso existem um gosto ou paixão pela realização do comportamento. Crianças a brincarem num parque são um bom exemplo no que diz respeito a motivação intrínseca. Uma criança explora os cantos da casa, dos jardins e espaços verdes, na praia, com brinquedos ou com outros objetos, sem noção do tempo ou de possíveis consequências. A criança brinca por puro prazer. Quando o comportamento deixa de ser interessante ou estimulador, a criança desconectasse desse comportamento e passa para outro, sem que coloque em ris-

co a motivação da criança em brincar e explorar. Assim sendo, a motivação intrínseca leva a que a pessoa se autodetermina a realizar um determinado comportamento enquanto este for estimulante para o indivíduo.

Seguindo o continuum motivacional para regulações menos autodeterminadas, surge a motivação extrínseca, que caracteriza as situações nas quais o comportamento é realizado com o intuito de obter determinados benefícios, que não o prazer e o divertimento advindos da sua realização. Ao longo do continuum motivacional existem diferentes formas de regulação da motivação extrínseca. A forma mais autodeterminada é denominada regulação integrada. Neste tipo de regulação, o sujeito integra o comportamento de forma volitiva, existindo um elevado grau de congruência com os seus valores e necessidades (Ryan & Deci, 2017). Porém, realiza o comportamento com o intuito de obter benefícios adjacentes (e.g., praticar atividade física porque pretendo melhorar a minha condição física). Neste tipo de regulação, existe uma certa harmonia com as restantes atividades do dia-a-dia da pessoa, havendo por isso, uma sensação de congruência. A pessoa que realiza um comportamento, considerando a regulação integrada, está no ponto mais autodeterminado da motivação extrínseca.

De seguida, surge a regulação identificada, na qual o sujeito reconhece a importância do comportamento e age motivado pela apreciação dos resultados e benefícios da participação nesse comportamento (Deci & Ryan, 2000), embora possa não gostar de o realizar e nem sequer o considerar interessante (e.g., a pessoa vai a uma aula de grupo porque se identifica com toda a envolvente inerente ao *fitness*). Muita das vezes confundido com regulação integrada (Howard et al., 2020a; 2020b; 2017), esta regulação define a forma como a pessoa se identifica e valoriza pessoalmente com o comportamento. Ao contrário da regulação integrada, onde o comportamento está envolvido das atividades do quotidiano em plena harmonia, na regulação identificada, a pessoa aceita de forma consciente o comportamento e, assim, experimenta um grau relativamente alto de vontade ou disposição para agir.

Numa vertente menos autodeterminada, mas ainda integrada nas regulações extrínsecas, a regulação introjetada é conceptualizada por pressões internas, nomeadamente sentimentos de culpa e ansiedade, que levam à realização do comportamento (Ryan & Deci, 2000). Nestes casos o indivíduo aceita a razão pela qual realiza o comportamento, mas não se identifica com ela, nem a interioriza (e.g., a pessoa força-se a perder peso porque acha que o deve fazer). A fonte de motivação tendo por base a regulação introjetada para

um comportamento é a culpa, preocupação ou vergonha. Assim, a regulação introjetada inspira o indivíduo a realizar um comportamento não porque ele queira, mas porque teme que ao não o fazer poderá colocar em risco a sua representação junto dos pares (i.e., um senso de obrigação social).

Grande parte das investigações tendo como base a Teoria da Autodeterminação tem vindo a considerar a regulação introjetada como um fator só (Howard et al., 2017; Ryan & Deci, 2017). No entanto, uma análise mais aprofundada sobre o conceito de regulação introjetada levanta uma possível diferenciação entre uma componente introjetada de aproximação e uma introjetada de afastamento (Assor et al., 2009). A componente de afastamento refere-se a tentativas do indivíduo em atender a padrões de introjeção como forma de evitar sensações de culpa, vergonha ou constrangimento (e.g., "*Sinto-me culpado(a) quando não faço exercício*"). Por outro lado, a componente de aproximação é conceptualizada pelas tentativas do indivíduo em atender aos padrões para se sentir digno e orgulhoso de si mesmo (e.g., "*Eu faço dieta para que as outras pessoas ficam impressionadas comigo*"). Esta diferenciação aproximação-afastamento tendo como base a Teoria da Autodeterminação foi inicialmente estudada por Assor et al. (2009) dado estes investigadores explicarem de forma clara que os instrumentos existentes que avaliem a regulação introjetada são, em grande parte, orientados para a afastamento. No entanto, não se pode descartar a possibilidade de que os efeitos negativos da motivação introjetada de afastamento, sejam equiparados aos efeitos da regulação introjetada de aproximação, sendo esta última, parcialmente comparável à regulação identificada (Assor et al., 2009). Ou seja, a componente de aproximação pode ter efeitos positivos que são confrontados à regulação identificada no que diz respeito a resultados comportamentais ou emocionais positivos (e.g., bem-estar).

Por fim, a no extremo das regulações extrínsecas, encontra-se a regulação externa, considerada a forma mais controlada dentro das regulações menos autodeterminadas. Nesta regulação, o sujeito realiza o comportamento para satisfazer exigências externas, por vezes relacionadas com obtenção de recompensas (e.g. o indivíduo deixa de fumar porque o médico o obrigou a fazer; o atleta pratica desporto como meio de alcançar prémios e recursos monetários). Esta regulação é a mais controlada de todas pois a manutenção da motivação e consequentemente do comportamento depende da presença contínua de monitorização e reforços externos (Deci & Ryan, 1985).

A amotivação surge no extremo do continuum motivacional e representa a

forma menos autodeterminada de motivação. Neste caso, verifica-se a ausência de regulação ou falta de intenção para realizar um determinado comportamento, pelo que o comportamento é realizado sem intenção ou pensamento proactivo (e.g., a pessoa já não pratica atividade física, ou não sabe porque é que ainda haverá de o fazer no futuro). O indivíduo não percebe mais importância nas suas ações havendo um sentimento de incompetência e perda de controlo (Ryan & Deci, 2017). Esta ausência de regulação ou falta de intenção para agir para um determinado comportamento indica que a probabilidade de desistência é elevada e que o seu retorno pode estar comprometido a não ser que haja suporte por parte do contexto para a mudança (Ryan & Deci, 2000).

São várias as evidências que têm agrupado as seis regulações em duas dimensões macro designadas por motivação autónoma e motivação controlada (Ryan & Deci, 2017; 2000) inclusive no contexto da atividade física estruturada (Teixeira et al., 2012; Rodrigues et al., 2018). A regulação autónoma pressupõe que a realização do comportamento ocorre devido aos valores positivos inerentes ao comportamento, ao mesmo tempo que a pessoa integra o comportamento no seu quotidiano, e abrange a regulação identificada, a regulação integrada e a motivação intrínseca, ou seja, as três formas mais autodeterminadas da motivação presentes no continuum motivacional. Esta motivação autónoma é definida como envolvimento em um comportamento porque é percebido como consistente com objetivos ou resultados intrínsecos e emana da identidade do indivíduo. Os indivíduos que se envolvem em comportamentos de acordo com uma motivação autónoma têm uma sensação de escolha, interesse e satisfação e, como consequência, tendem a persistir no comportamento em causa. Fundamentalmente, indivíduos agindo por motivação autónoma são mais propensos a iniciar e persistir num comportamento sem qualquer reforço externo e ou contingência imposta (Hagger et al., 2014).

A motivação controlada pressupõe que a realização do comportamento está adjacente a pressupostos coercivos ou autoimpostos e engloba a regulação introjetada, a regulação externa e a amotivação, ou seja, as três formas menos autodeterminadas presentes no continuum motivacional. Indivíduos que se envolvem num determinado comportamento de forma controlada sentem uma sensação de obrigação e pressão e só tendem a persistir com o comportamento enquanto a contingência externa ou autoimposta estiver presente (Ryan & Deci, 2000). Se o estímulo for removido, a ação é provável que seja abandonada. Indivíduos que agem em função de motivação controla-

da são, portanto, menos propensos a serem autodeterminados a longo prazo.

A Teoria da Integração Organísmica indica que um indivíduo pode regular o seu comportamento de acordo com tipo de regulação adjacente ao continuum motivacional, mas que, essa situação não é finita e estática (Ryan & Deci, 2017). A distinção entre regulações mais e menos autodeterminadas é a uma característica nuclear da Teoria da Integração Organísmica (Ryan & Connell, 1989), na qual é descrito o processo pelo qual as regulações controladas se internalizam até à autodeterminação, bem como o impacto que as diversas regulações têm no comportamento do indivíduo (Howard et al., 2017). Quanto mais internalizado uma regulação ou valor atribuído pelo indivíduo, mais vivenciado será um comportamento como autónomo (Ryan & Connell, 1989). Perante o processo de internalização, são os contextos sociais que aumentam ou evitam a internalização do comportamento- isto é, com o que leva as pessoas a resistir, adotar parcialmente ou internalizar profundamente valores, objetivos ou sistemas de crenças. O tipo de regulação que uma pessoa adota perante um comportamento está determinado de acordo com a satisfação ou a frustração de três necessidades psicológicas básicas, seguidamente abordadas na micro teoria com a mesma designação.

TEORIA DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS

Tal como referido anteriormente, a autonomia, competência e relação são relevantes para o comportamento humano independentemente do género, etnia ou repertório cultural, mesmo considerando que os meios para a sua satisfação possam diferir, que explicam a regulação da motivação (Deci & Ryan, 2008).

A necessidade de autonomia é definida pela capacidade do indivíduo em regular as suas próprias ações. O indivíduo age em conformidade com o comportamento porque o objetivo é valorizado pelo próprio indivíduo. É coerente com os valores internos mais profundos da pessoa e não visa nada a além da realização do comportamento. O comportamento é considerado autónomo quando os interesses, preferências e vontades guiam o processo de tomada de decisões sobre participar ou não numa atividade em particular.

A autonomia não deve ser confundida com o conceito de independência (Chirkov et al., 2003; Ryan & Deci, 2017). A Teoria da Autodeterminação faz uma distinção crítica entre ser autónomo e ser independente. De acordo com

este modelo teórico, uma pessoa sente-se autónoma quando seu comportamento é experienciado como voluntário encenado e quando esta esta assume a responsabilidade total das suas ações e os valores por eles expressos. As pessoas são, portanto mais autónomos quando agem de acordo com os seus interesses ou valores e desejos integrados (Chirkov et al., 2003). A dependência é definida em termos de confiança individual: uma pessoa é dependente se depender de outras pessoas para obter bens ou orientação. Dada esta definição, as pessoas podem escolher racionalmente contar com os outros, sendo assim autonomamente dependentes, ou podem escolher ponderadamente não ser dependentes, sendo assim autonomamente independentes. Da mesma forma, os indivíduos podem também sentirem controlados ou pressionados a depender da liderança ou orientações de outras pessoas (e.g., pressão autoritária dos cuidados médicos) ou em certas circunstâncias a voz introjetada de que devem ser benévolas (Deci & Ryan, 2012). Como tal, o oposto de autonomia não é dependência ou interdependência, mas sim ser controlado ou sentir a frustração da necessidade psicológica básica de autonomia, como será abordado de seguida. Isto significa ser pressionado a pensar, sentir ou comportar de maneiras específicas, seja por meio de coerção ou manipulação.

A competência é outra necessidade psicológica conceptualizada dentro do macro modelo da autodeterminação. A competência é definida de eficácia na interação com o contexto onde a pessoa se encontra inserida. A Competência refere-se à capacidade de lidar com os desafios relacionados com o contexto, de modo a alcançar um maior crescimento e desenvolvimento pessoal (Ryan & Deci, 2017). A necessidade de competência é refletida no desejo do indivíduo de poder exercitar suas capacidades, buscar dominar os desafios em um nível ótimo e obter um feedback positivo.

Por último, mas não menos importante, a relação é a necessidade psicológica básica é definida como sendo a capacidade do indivíduo em procurar e desenvolver ligações e relações interpessoais com os restantes pares no contexto onde se encontra inserido (Deci & Ryan, 1985). Também representa o sentimento de vínculo pessoal, emocional e carinho por outros. Isso sugere que a relação, a necessidade de sentir conexão com os outros é centralmente importante para a internalização do comportamento (Ryan & Deci, 2000).

As três necessidades psicológicas básicas são conceptualmente distintas no entanto altamente correlacionadas e interdependentes. Desse modo, a satisfação de cada uma delas reforça e fortalece as demais e é a satisfação de todas que promove desenvolvimento pessoal e bem-estar (Deci & Ryan, 2008).

Os fatores contextuais e sociais que promovam o suporte de competência no decorrer de um comportamento, aumentam a sensação de competência (Ryan & Deci, 2017), no entanto, a sensação de competência, por si só, não é suficiente, para promover um aumento da motivação mais autodeterminada. É fundamental que seja acompanhado por uma sensação de autonomia, ou seja, a situação não deve sufocar o senso de liberdade individual, como também o sujeito precisa de se sentir acompanhado e ligado aos restantes pares no contexto em cooperação, onde são desenvolvidas e criadas relações afetivas entre os indivíduos que podem facilitar a concretização dos objetivos.

As descrições anteriormente feitas relativamente às necessidades psicológicas básicas foram percorridas na vertente de satisfação. Ou seja, quando as três necessidades psicológicas básicas são satisfeitas, o indivíduo tende a regular o seu comportamento de formas mais autodeterminadas (i.e., regulação integrada, introjetada e motivação intrínseca). A literatura é abundante que suporta esta afirmação (Ryan & Deci, 2020; 2017; 2000), indicando especificamente que satisfação das necessidades de autonomia, competência e relação é fundamental na internalização e integração do comportamento. No entanto, existem evidências de que a autonomia, a competência e a relação podem ser frustradas, de acordo com as características do ambiente social e contextual que podem minar ou controlar desenvolvimento destas necessidades (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

A frustração de autonomia é caracterizada quando o indivíduo não tem controlo sobre as suas próprias ações (Ryan & Deci, 2017). O indivíduo sente-se compelido em agir em conformidade com os valores impostos pelo contexto onde se encontra inserido. Assim, qualquer comportamento é feito de acordo com padrões que não são voluntários nem orientados pela pessoa. A frustração de competência envolve sentimentos de fracasso e dúvidas sobre a própria eficácia no comportamento em causa. Ou seja, a frustração de competência ocorre quando um indivíduo se sente incapaz de operar corretamente, havendo um sentimento de culpa e insucesso (Chen et al., 2015). A frustração de relação refere-se a sentimentos de desconexão, solidão e exclusão social. O indivíduo sente que está a ser excluído do grupo social ou "tribo" onde gostaria de pertencer (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Quando a autonomia, competência e relação são frustradas, então o comportamento tende a ser regulado por forças menos autodeterminadas (i.e., amotivação, regulação externa e introjetada). Assim, o comportamento não tende a ser internalizado, mas sim, controlado por forças externas ou autoimpostas no indivíduo.

É de salientar que baixos níveis de satisfação das necessidades psicológicas básicas não são indicação de elevados níveis de frustração de autonomia, competência e relação (Vansteenkiste & Ryan, 2013) e que as suas implicações se manifestam com intensidade e duração diferente. Assim, baixa satisfação das necessidades não envolve necessariamente frustração das necessidades, mas a frustração das necessidades pode estar relacionada a baixa satisfação das necessidades numa perspetiva de determinantes ortogonais da motivação (Vansteenkiste & Ryan, 2013). De facto, uma baixa satisfação das necessidades irá ter os seus efeitos negativos ao longo do tempo, mas uma ativa frustração das necessidades irá acelerar este processo. Evidências demonstram que os ambientes promotores de suporte às necessidades psicológicas básicas não explicam baixos níveis de frustração das necessidades e vice-versa (Ryan & Deci, 2017). Isto é, o contexto onde o indivíduo está inserido é que pode ativamente proporcionar elevados níveis de satisfação ou frustração das necessidades, dependendo da perceção deste (Bidee et al., 2020).

TEORIA DA AVALIAÇÃO COGNITIVA

Este micromodelo teórico pressupõe que evento externos ao individuo podem promover ou minar a motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2000). A Teoria da Avaliação Cognitiva aborda especificamente os efeitos do contexto social na motivação intrínseca, e como recompensas, controlos interpessoais, pressões impostas podem minar a motivação intrínseca e o interesse pelo próprio comportamento. Por outras palavras, a ausência de pressão controladora, a apresentação de escolhas e desafios ótimos de desenvolvimento e a cordialidade interpessoal pode promover a motivação intrínseca. Por outro lado, avaliações normativas, supervisão controlada, apresentação de tarefas extremamente fáceis ou difíceis e comportamentos frios e distantes podem minar este tipo de motivação. Este micro modelo aborda a forma como a pessoa avalia de forma cognitiva todos os fatores contextuais que podem influenciar a regulação da motivação, sendo que é pressuposto que as determinantes contextuais possam promover o protótipo da motivação autodeterminada, a motivação intrínseca (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2020;2017)

Primordialmente este modelo surgiu no estudo do suporte à autonomia, determinado pelo contexto, e como este comportamento de suporte promovia a satisfação da necessidade psicológica de autonomia, competência e re-

lação, estando estas, consequentemente ligadas à motivação intrínseca (Deci & Ryan, 1985). O suporte a autonomia representa a perceção que o individuo tem dos pares, figuras autoritárias, familiares ou outros elementos representativos no contexto onde este está inserido. Este comportamento interpessoal engloba a possibilidade de escolha que o indivíduo tem ("*preferes fazer o exercício A ou o exercício B?*"), a comunicação é centrada na pessoa e não imposta ("*o que tu queres/gostavas de fazer?*") e quais são os obstáculos que a pessoa enfrenta e quais os motivos que poderão mudar a perspetiva atual. Quando os profissionais de saúde são capazes de se colocarem na posição do utente, estes são mais capazes de ajudarem eficazmente na mudança comportamental e na integração do comportamento saudável a longo prazo (Ryan & Deci, 2017). Os comportamentos de suporte à autonomia também considerem o encorajamento de iniciativas próprias de novos comportamentos ("*parabéns por teres deixado de fumar de forma autónoma*"). Quando as pessoas são apoiadas pelas suas próprias iniciativas e ações, então este reforço aumenta substancialmente a internalização do comportamento (Ryan & Deci, 2000). Quando o indivíduo é levado a comportar-se de determinada maneira ou realizar certas tarefas, é fundamental que este percecione os motivos e que lhe seja apresentado de forma clara os argumentos para que o indivíduo faça o que é pretendido fazer. O uso de recompensas pode ser uma forma de suporte, desde que o indivíduo esteja consciente do resultado e que os argumentos sejam válidos para que este pretenda a recompensa. Caso contrário, se a recompensa for usada como regulador do comportamento, então o tiro poderá sair pela culatra.

O suporte à competência refere-se ao desenho de atividades em que a mestria seja uma experiência dominante. Isto é, a pessoa sentir que o contexto social está a criar condições de melhoria das capacidades, exigentes e desafiadoras, mas dentro de um padrão de progresso contínuo. Por exemplo, a prescrição de um programa de exercício físico deve ir de encontro das necessidades da pessoa, bem como das capacidades físicas e mentais, com ênfase no progresso de forma que a pessoa se sinta desafiada a evoluir, preferencialmente, sempre de forma ótima. Suporte à competência também considera o feedback positivo e específico ("*hoje melhoraste imenso a técnica do agachamento*") em vez de normativo e ambíguo ("*hoje o teu rendimento no treino foi fraco comparativamente aos outros clientes aqui no ginásio*"). Por último, o elogio deve ser tido em conta nos comportamentos de suporte, principalmente, quando o comportamento fora iniciado pelo indivíduo ("*já lá vão duas*

semanas sem te embebedares, isto graças à tua decisão de deixares-te levar a pontos extremos. Estás de parabéns!”) e não elogios por comportamentos que foram incutidos pelo contexto.

O suporte à relação indica uma comunicação respeitosa e clara de forma que o indivíduo se sinta valorizado e significante. Perceção de empatia, de atenção, de conexão com são peças-chave (“*eu sinto que os meus colegas de trabalho apoiam a minha dieta alimentar*”). Quando indivíduo perceciona que o contexto social (e.g., amigos, treinadores, pares) proporciona uma sensação de ligação afetiva, também chamada de “tribo”, em que existe uma preocupação mútua no seio social, então este perceciona que o contexto está a promover a satisfação da necessidade psicológica de relação. Comportamentos de suporte à relação também incluem experiências de inclusão e de carinho (“*o meu treinador gosta de mim*”) são igualmente fatores determinantes da satisfação da relação. Reparem que referimos a perceção que o indivíduo tem do contexto (“*sinto que o meu treinador gosta de mim*”) que é substancialmente diferente da forma como o indivíduo perceciona o contexto (“*eu gosto do meu treinador*”). As pessoas sentem-se mais autonomamente motivadas quando o “motivador” é alguém que se preocupa com elas (Ryan & Deci, 2020). Por vezes a simples presença empática é suficiente para que a pessoa se sinta conectada.

Por outro lado, comportamentos de frustração estão ligados à forma como as necessidades psicológicas básicas são frustradas (Vansteenkiste & Ryan, 2013). A perceção de comportamentos de frustração à autonomia é definida pelos fatores que minam a autonomia tais como comportamentos controladores e externamente impostos (“*tens que fazer este exercício porque eu te digo par o fazer*”), visão do contexto e não da pessoa (“*eu acho que tens que perder peso porque estás com muito peso/eu acho que tens que deixar de fumar porque isso te faz mal*”) e uso de recompensas controladoras (“*se fizeres o que eu te digo, vais ganhar um prémio fantástico!*”). Este tipo de comportamento não deve ser visto como o oposto do suporte à autonomia, mas sim como um comportamento coercivo e manipulador face à autonomia da própria pessoa. A pessoa sentes controlada por forças externas sem uma orientação para uma regulação mais autónoma.

Comportamentos de frustração à competência engloba feedback normativo focado a contingências normativas (“*estás a ganhar peso e já estás mais pesado que os outros clientes que eu tenho*”). Este tipo de comportamento indica desafios ou ações que vão além das capacidades físicas e psicológicas

das pessoas, levando a uma sensação de ineficácia perante o contexto, em muitas instâncias pela insensibilidade do contexto social em adaptar-se ao indivíduo e não vice-versa ("*o meu treinador disse que deveria correr durante uma hora sem paragens, mas nunca corri na minha vida*"). Comportamentos deste género apontam falhas, incompetências e promovem uma adaptação inadequada, levando o indivíduo a questionar-se sobre as suas competências. Como consequência, é teoricamente esperado que este tipo de comportamentos leve a frustração da necessidade psicológica de competência.

Por último, comportamentos de frustração à relação são aqueles em que o indivíduo perceciona que o contexto está ativamente a frustrar a necessidade psicológica básica da relação. Comportamentos frios, negligentes, distantes, apáticos ("*o meu nutricionista não se preocupa comigo, nem está interessado em conhecer a minha realidade*") são exemplos de comportamentos de frustração da relação. Sendo um ser humano um ser biossocial é expectável que as ligações entre pessoas, nos diversos contextos, sejam o mais interativo e comunicativo possível numa vertente de respeito mútuo e valorização. No entanto, neste tipo de comportamentos, o contexto social (e.g., treinadores, nutricionistas, médicos) ignoram e desvalorizam as interações sociais, assumindo comportamentos impassíveis, descuidados e desleixados.

Quando as pessoas percecionem comportamentos de suporte a autonomia, competência e relação, elas tendem a sentir que as suas necessidades psicológicas básicas estão a ser satisfeitas. Pelo contrário, quando estas percecionem que o contexto social está a minar ou frustrar as três necessidades psicológicas básicas, então estas pessoas tendem a sentir a frustração de autonomia, competência e relação (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Convém salientar que comportamentos de suporte às necessidades não são per se, as necessidades psicológicas básicas. Os comportamentos interpessoais, sejam eles de suporte ou de frustração, são fatores determinantes da forma como as necessidades psicológicas básicas poderão ser satisfeitas ou frustradas (Ryan & Deci, 2017). Assim, é aconselhado vivamente que os profissionais de atividade física e saúde promovam e assumam comportamentos de suporte às necessidades psicológicas básicas dos utentes como forma de promoção à satisfação da autonomia, competência e relação. É também recomendado que estes profissionais reduzem ou evitem comportamentos de frustração, sabendo que, teoricamente, estará a promover a frustração das necessidades psicológicas básicas.

TEORIA DO CONTEÚDO DOS OBJETIVOS

Esta teoria foi desenvolvida para entender como o conteúdo de um objetivo ou motivo pode levar a resultados diferenciados que afetam a realização do comportamento (Deci & Ryan, 2000). De facto, alguns motivos que os indivíduos buscam têm mais probabilidade de promover o bem-estar do que outros objetivos (Schmuck et al., 2000). Nesta fase é de salientar que motivos e motivação são dois conceitos totalmente dispares (Ryan & Deci, 2017), no entanto, intimamente ligados pela Teoria da Autodeterminação. Num esforço para diferenciar o conteúdo dos objetivos (i.e., motivos) de regulações comportamentais (i.e., motivação), Deci e Ryan (2000) propuseram que, um motivo é concetualmente "*o que*" uma pessoa espera obter em função da participação num certo comportamento (e.g., "*eu faço exercício físico para melhorar minha saúde*"). Por outro lado, a regulação da motivação foca-se no "*porque*" de a pessoa comprometer-se a realizar o comportamento (e.g., "*faço porque o médico me disse para o fazer*"). A Teoria do Conteúdo dos Objetivos distingue concetualmente motivos intrínsecos e motivos extrínsecos.

Os motivos intrínsecos são aqueles que geram a satisfação no trabalho ou no contexto onde atuam que visam o desenvolvimento dos interesses pessoais, valores e potencialidades e são naturalmente satisfatórios de realizar. Saúde, melhoria das competências, divertimento, prazer ou vitalidade são exemplos de motivos intrínsecos. Estes motivos são internamente orientados sendo por isso a sua busca ativa e no desenvolvimento pessoal (Sebire et al., 2009). Os motivos intrínsecos, embora relacionados à motivação intrínseca e motivação autónoma (Ryan & Deci, 2017), são distintos. Por exemplo, um indivíduo pode agir de forma altruísta, um objetivo definido como sendo intrínseco, apenas para impressionar um familiar o amigo, uma regulação comportamental inserida na motivação extrínseca. Assim, os motivos intrínsecos, apesar de estarem mais associados à motivação intrínseca e motivação autónoma, podem igualmente orientar a motivação para regulações extrínsecas (Sheldon et al., 2004).

Motivos extrínsecos, por outro lado, são aqueles possuem uma natureza extrínseca encontrando-se orientados para "fora" do indivíduo, sendo por isso procurados por contingências externas (Deci & Ryan, 2000). Dinheiro, fama, reconhecimento social, competição são exemplos de motivos extrínsecos que levam o indivíduo a orientar a sua motivação por regulações extrínsecas (e.g., externa e introjetada). Estes objetivos muitas vezes impedem a satisfação de

autonomia, competência e relacionamento, que consequentemente, prejudicam o bem-estar (Kasser & Ryan, 1996) e o desenvolvimento pessoal do indivíduo (Ryan & Deci, 2017).

JUNTANDO AS PEÇAS: AS ASSOCIAÇÕES ENTRE MODELOS TEÓRICOS

Existem evidências teóricas e empíricas que descrevem uma sequência causal entre as determinantes motivacionais descritas nas micro teorias e respostas emocionais, cognitivas e comportamentais (Ryan & Deci, 2017). De forma sucinta o ambiente social onde o individuo se insere (Teoria da Avaliação Cognitiva) ou os motivos para a realização de um determinado comportamento (Teoria do Conteúdo dos Objetivos) poderá determinar o grau de satisfação ou frustração das necessidades psicológicas básicas (Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas) que por sua vez determinará o tipo de regulação motivacional (Teoria da Integração Organísmica) que a pessoa adota perante o comportamento (Ryan & Deci, 2017; Vallerand, 1997).

Esta sequência motivacional foi proposta pela primeira vez por Vallerand (1997) e revisto por Vallerand & Ratelle (2002), e incorpora os elementos principais da micro teorias adjacentes à Teoria da Autodeterminação designado de Modelo Hierárquico da Motivação Extrínseca e Intrínseca. Este modelo preconiza que a regulação da motivação é consequência das determinantes sociais ou personalidade, mediada pelas necessidades psicológicas básicas. Por sua vez, a forma como o indivíduo regula o seu comportamento obterá as respetivas consequências cognitivas, afetivas e comportamentais, que podem ser definidas a três níveis: global (personalidade), contextual (atividade humana distinta) e situacional (estado).

A nível vertical, estes três diferentes níveis variam de estável (na parte superior) para elementos momentâneos ou de estado (na parte inferior), ou seja, do global para o contextual e no fundo o nível situacional. O nível global é o mais geral e refere-se à personalidade de uma pessoa ou modo usual de funcionamento operacional (Vallerand & Lalande, 2011). A motivação neste nível assume a forma de amplas disposições para se envolver em atividades de uma forma tipicamente intrínseca ou forma extrínseca. Pode ser considerado o nível de motivação do traço. O próximo na hierarquia é o nível contextual. Este nível representa contextos de vida específicos, como

educação (e.g., aula no ensino superior), lazer (e.g., prática de atividade física) e relacionamento interpessoal com os pares no contexto profissional. Este nível é responsável pela probabilidade que os indivíduos podem desenvolver orientações motivacionais que podem diferir em diferentes contextos. Por exemplo, um indivíduo pode envolver-se nas atividades de lazer de uma forma mais intrínseca, mas participando em atividades relacionadas ao trabalho por motivação extrínseca. Além disso, pode ser o oposto para outro indivíduo. Portanto, é importante levar em consideração o tipo de atividade em que a pessoa se envolve para refinar possíveis associações entre a motivação e o comportamento (Vallerand, 1997). Finalmente, o nível situacional é o mais específico e refere-se ao "aqui e agora" da motivação. É o estado motivacional que um indivíduo experimenta ao envolver-se num comportamento específico num determinado momento, como por exemplo, alguém realizar uma caminhada pela floresta de forma intrínseca motivação a um domingo de manhã.

Em termos horizontais, a motivação (autónoma vs. controlada; intrínseca vs. extrínseca) como consequência da forma como as necessidades psicológicas básicas são satisfeitas ou frustradas, sendo estas consequência de fatores contextuais e/ou traços de personalidade do próprio indivíduo (Ryan & Deci, 2017). Por outras palavras, a perceção dos comportamentos interpessoais dos outros (e.g., *coaches*, profissionais de saúde, técnicos de exercício físico) irá determinar a forma como o indivíduo sente a satisfação ou frustração das suas necessidades psicológicas básicas (Ryan & Deci, 2017; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Assim, as características do contexto social podem suportar o desenvolvimento ou destas necessidades psicológicas básicas. No oposto, agentes a atuar em ambientes controladores podem igualmente influenciar e controlar diretamente pensamentos, sentimentos e comportamentos das pessoas com quem interagem, podendo socorrer-se de táticas externas de pressão, manipulação, indução de culpa e vergonha com a frustração das necessidades psicológicas básicas (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Num exemplo prático, o praticante de exercício físico que percecione o técnico de exercício físico como uma figura de suporte, demonstrando competência, apoio e feedback positivo, está mais próximo de satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas (Ntoumanis et al., 2017; Rodrigues et al., 2020). Por outro lado, um praticante que percecione comportamentos interpessoais de frustração ou impedimento, isto é, que identifique comportamentos negligentes por parte do técnico de exercício físico, seja alvo de feedback negativo ou sinta pressão

imposta, pode estar a experienciar a frustração da autonomia, competência e relação (Costa et al., 2015; Rodrigues et al., 2019). Nesse sentido, Ryan e Deci (2017) propõem que, teoricamente e empiricamente, os comportamentos interpessoais de suporte e de frustração tenham uma associação significativa à satisfação e a frustração das NPB, respetivamente.

A parte seguinte da sequência motivacional explica a forma como a satisfação e/ou frustração das necessidades psicológicas básicas afetam a regulação do comportamento. Vansteenkiste & Ryan (2013) propõem uma relação positiva e significativa entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas e a motivação autónoma (i.e., a pessoa identifica e integra o comportamento como fazendo parte de si), motivação esta composta pela regulação identificada, integrada e motivação intrínseca. Contrariamente, é expectável que a frustração da autonomia, competência e relação tenha um efeito positivo e significativo na regulação da motivação controlada (i.e., a pessoa envolve-se no comportamento por pressões internas e externas ou em busca de recompensas externas), motivação esta composta pela regulação introjetada e externa, e, em certas instâncias, da amotivação (Ryan & Deci, 2017). Estudos empíricos no contexto da atividade física e saúde têm suportado estas evidências, reforçando igualmente uma associação negativa entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas com a motivação controlada e a frustração da autonomia, competência e relação com a motivação autónoma (e.g., Costa et al., 2015; Ng et al., 2013; Rodrigues et al., 2020).

A última parte da sequência motivacional proposta por Vallerand (1997), considerando as determinantes motivacionais descritas por Ryan e Deci (2017) com base na Teoria da Autodeterminação, explica como é que a regulação da motivação está associada às respostas cognitivas, emocionais e comportamentais. A literatura indica que a motivação autónoma tem uma relação positiva e significativa com respostas emocionais, tais como o divertimento para a prática de atividade física estruturada e regular (Rodrigues et al., 2018), afetos positivos (Teixeira et al., 2018), vitalidade subjetiva (Ryan & Deci, 2017). Além disso, evidências empíricas sugerem uma correlação positiva entre a motivação autónoma e a intenção de manter o comportamento no futuro (Ntoumanis et al., 2017; Teixeira et al., 2012), adesão à atividade física (Rodrigues et al., 2020; Silva et al., 2011). A motivação autónoma também explica diversos comportamentos saudáveis tais como dietas alimentares, uso de cinto de segurança, consumo de vegetais e frutas, entre

outros, tal como descrito por diversos estudos (Gillison et al., 2019; Hagger et al., 2014; Williams et al., 2002). Contrariamente, a literatura (Ryan & Deci, 2017; Vansteenkiste & Ryan, 2013) demonstra que a motivação controlada está positivamente associada à aspetos emocionais tais como afetos negativos (Teixeira et al., 2018). A motivação controlada também está igualmente significativamente associada a baixos níveis de intenção para a prática de atividade física (Rodrigues et al., 2019; Teixeira et al., 2012) e maior risco de abandono do comportamento (Rodrigues et al., 2020; Silva et al., 2011). Em relação a comportamentos saudáveis, a motivação controlada tende a ter um efeito nefasto, apresentando-se positivamente relacionado com comportamentos de risco tais como o consumo de tabaco e álcool, comportamentos sedentários ou de risco de transmissão de infeções sexualmente transmissíveis, entre outros (Hagger et al., 2014).

MEDIÇÃO DAS DETERMINANTES MOTIVACIONAIS

Considerando que este modelo teórico é um dos mais contemporâneos e generalistas usados na análise das determinantes motivacionais do comportamento (Ryan & Deci, 2020), existem diversos instrumentos validados que avaliem os fatores contextuais, a satisfação e a frustração das necessidades psicológicas básicas, bem como, a regulação da motivação de acordo com o continuum motivacional (Ryan & Deci, 2017). Seria redundante expor todos os questionários validados, havendo uma plataforma onde estão disponíveis todos os questionários validados e aceites pela comunidade da Teoria da Autodeterminação (https://selfdeterminationtheory.org/). Acresce que, caso os questionários não estejam anexados aos respetivos estudos de validação, por norma, os autores cedem os questionários através de um pedido formal para uso académico ou profissional.

Para facilitação e interpretação, os exemplos 4, 5 e 6 correspondem, respetivamente, a avaliação dos fatores contextuais (i.e., comportamentos interpessoais), a satisfação e a frustração das necessidades psicológicas básicas, bem como, a regulação da motivação. São três questionários validados para a população portuguesa praticante de atividade física. São questionários robustos que foram submetidos a testes fatoriais e de fiabilidade recentes, demonstrando, por isso, um elevado grau de validade para aplicação teórica e empírica.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS NO CONTEXTO DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Considerando a importância apresentada neste estudos, em particular sobre o efeito dos comportamentos interpessoais de suporte como indicadores da satisfação das necessidades psicológicas básicas, motivação autónoma e consequentemente na adesão à prática de exercício físico, será importante que os técnicos de exercício físico, bem como os agentes responsáveis pela promoção da saúde, tenham em consideração as necessidades do praticante e não as suas próprias necessidades. De acordo com os resultados obtidos em diversos estudos (Ng et al., 2015; Rodrigues et al., 2020; Silva et al., 2011), parece ser fundamental que os profissionais de atividade física e saúde olhem para a prescrição do exercício físico e comportamentos saudáveis como uma ferramenta de melhoria da qualidade de vida da pessoa, mas também como uma atividade que esteja em harmonia com aquilo que o praticante quer e procura. Tal como evidenciado em estudos prévios (Rodrigues et al., 2019; Vansteenkiste & Ryan, 2013), a imposição de comportamentos controladores ou avaliações normativas representam uma associação nula ou até mesmo negativa com a atividade física ou comportamentos saudáveis, que por sua vez poderá ser responsável pelo abandono da prática de exercício físico ou desistência da adoção de comportamentos que melhorem a qualidade de vida do indivíduo. Especificamente, é recomendado que os profissionais de atividade física e saúde se foquem nas respostas aos objetivos e problemas apresentados pelos praticantes, em vez de investirem tempo e recursos no crescimento comercial e/ou recompensas externas. De facto, os resultados de diversos estudos empíricos (e.g., Chen et al., 2018; Patrick & Williams, 2012; Rodrigues et al., 2021) suportam a afirmação que a relação paciente-profissional é um dos fatores nevrálgicos para a adesão à atividade física e comportamentos saudáveis.

Desta forma, parece-nos evidente que a forma como os indivíduos percecionam os comportamentos interpessoais vai ter um impacto significativo na forma como regulam o seu comportamento, ou seja, a promoção de formas mais autónomas do comportamento dependerá do suporte do contexto. A falta de integração social e acompanhamento, o uso de abordagens meramente comerciais e o foco em componentes meramente do "consumidor" e o seu "ciclo de vida" revela um desconhecimento sobre a estrutura pela qual se

rege o ser humano: ligações respeitáveis e honestas. A quantidade da prática de atividade física, bem como de comportamentos que promovam a qualidade de vida e saúde do indivíduo, parece estar dependente da qualidade das abordagens feitas pelos profissionais de saúde e técnicos de exercício físico, que por sua vez se inserem como variável na equação da sustentabilidade comportamental.

É de salientar que o contexto social não é a única variável que explica a adoção de atividade física e comportamentos saudáveis por parte do indivíduo, tal como demonstrado evidenciado na literatura (Ryan & Deci, 2017). No entanto, parece de extrema importância a sua análise e compreensão de forma que sejam criadas intervenções eficientes para que os técnicos de exercício físico e profissionais da saúde possam contribuir com melhores práticas interpessoais. Os profissionais de atividade física devem focar-se na promoção de um conjunto de atividades moderadamente exigentes e desafiantes, que possibilitem o desenvolvimento das capacidades físicas dos praticantes, mantendo em mente os objetivos e as necessidades destes em termos pessoais. O planeamento de atividade física deve ser atribuído de forma individual e deve ser dada oportunidade aos indivíduos de participarem ativamente na definição dos objetivos a curto prazo em relação ao programa de treino, garantido que estes são desafiadores, mas ao mesmo tempo realistas (p. ex. questionar o praticante sobre quanto tempo quer conseguir correr sem descanso, e até quando deve estar alcançado esse objetivo). Paralelamente, os técnicos de exercício físico devem igualmente incentivar o envolvimento ativo dos praticantes no seu progresso, permitindo-lhes escolher quais os exercícios a realizar, dando-lhes liberdade para propor novos desafios e incutindo-lhes autonomia para serem responsáveis pelo próprio progresso, sem colocar em risco a estrutura primordial do pograma de treino, a segurança e a saúde do praticante. Os praticantes de exercício físico devem ter oportunidade de escolher os exercícios que desejam completar, dentro dos padrões estabelecidos pelo profissional, sendo-lhes dado a possibilidade de monitorizar e avaliar os seus próprios desempenhos físicos (p. ex., questionar o praticante sobre como se sentiu ao fazer o agachamento com mais carga ou a uma velocidade de execução mais lenta).

Em suma, os profissionais promotores de saúde devem auxiliar os indivíduos a incorporem o exercício físico e outros comportamentos saudáveis no seu quotidiano para que estes possam sentir e experienciar os seus benefícios, como forma de melhorarem a sua qualidade de vida ao longo do tempo.

Estes profissionais devem orientar e acompanhar o processo de crescimento da pessoa e resposta às necessidades desta, como forma de contribuir para uma relação saudável, sustentável e duradoura.

LIMITAÇÕES DO MACRO MODELO TEÓRICO

Apesar de a Teoria da Autodeterminação apresentar avanços científicos relevantes para o contexto da atividade física e saúde, é fundamental perceber as limitações e críticas existentes. Em primeiro lugar, olhando para o continuum motivacional, faz sentido distinguir entre motivação extrínseca e intrínseca. Essa distinção, entretanto, não deve ser vista como uma distinção "A ou B" fixa. Basta dizer que um indivíduo pode estar intrinsecamente motivado num determinado comportamento, por exemplo prática de atividade física, e extrinsecamente motivado noutro comportamento saudável, como por exemplo dieta alimentar. Assim, o mesmo indivíduo pode estar ao mesmo tempo intrínseca e extrinsecamente motivado em dois comportamentos teoricamente benéficos para a sua qualidade de vida. Além disso, um indivíduo pode regular o seu comportamento de forma externa (e.g., "*faço exercício físico porque a minha parceira o diz para fazer*") e igualmente de forma identificada (e.g., "*faço exercício físico porque melhora a minha capacidade física para correr*"). O processo de internalização e integração indicam a evolução do comportamento menos autodeterminado para mais autodeterminado (Ryan & Deci, 2020; 2017). Assim, a forma como o indivíduo regula o seu comportamento está em constante processo de alteração. E se tivermos em conta os níveis verticais da motivação de acordo com Vallerand (1997), níveis gerais podem influenciar contextuais e situacionais, algo que o profissional de saúde e de atividade física não consegue manipular. Esta constante progressão/regressão da motivação implica, por vezes, uma avaliação exigente por parte do profissional de forma que este possa aplicar as melhores ferramentas (e.g., TMC; Michie et al., 2013) para a manutenção do comportamento saudável.

Em segundo lugar, modelos teóricos motivacionais explicam aproximadamente 25-30% o comportamento (Ekkekakis & Dafermos, 2012), o que deixa uma margem de 75-70% de variância que é explicada por outras determinantes. Dessa forma, os fatores motivacionais não são as variáveis com maior poder explicativo do comportamento, o que indica a existência de outras variáveis que devam ser consideradas aquando da análise comportamental. De

facto, existem evidências de que outros modelos (e.g., Modelo Circumplexo dos Afetos; Russell, 1980) que podem explicar melhor o comportamento, principalmente se for o caso da prática de atividade física (Ekkekakis, 2008). No entanto, no que diz respeito a comportamentos saudáveis, a Teoria da Autodeterminação parece ser um modelo robusto aquando do poder explicativo das determinantes do contexto social (Gillison et al., 2019).

Em terceiro lugar, grande parte dos estudos que tenham usado a Teoria da Autodeterminação como referencial teórico têm recorrido a um desenho transversal, carecendo, assim, de evidências inferenciais. Uma meta-análise recente (Ntoumanis et al., 2020) considerou apenas estudos de intervenção, em que apenas setenta e três estudos cumpriram com os critérios de inclusão. Apesar de os autores terem encontrado evidências que demonstram alguma eficácia das intervenções baseadas na Teoria da Autodeterminação na melhoria dos índices de saúde, os autores apontam para uma lacuna de mais estudos de intervenção, principalmente objetivando a manipulação das variáveis contextuais, sendo estas as determinantes da sequência motivacional que explica resultados emocionais, cognitivos e comportamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assor, A., Vansteenkiste, M., & Kaplan, A. (2009). Identified versus introjected approach and introjected avoidance motivations in school and in sports: The limited benefits of self-worth strivings. *Journal of Educational Psychology*, 101(2), 482-497. https://doi.org/10.1037/a0014236

Bidee, J., Vantilborgh, T., Pepermans, R., Griep, Y., & Hofmans, J. (2016). Temporal dynamics of need satisfaction and need frustration. Two sides of the same coin? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(6), 900-913. https://doi.org/10.1080/1359432X.2016.1176021

Chen, M., Chang, R., Tsai, H., & Hou, Y. (2018). Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 27(3), 765-773. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1714-2

Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., Duriez, B., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R., Sheldon, K., Soenens, B., Van Petegem, S., & Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, 39(2), 216-236. https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1

Chirkov, V., Ryan, R., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 97-110. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.97

Costa, S., Ntoumanis, N., & Bartholomew, K. (2015). Predicting the brighter and darker sides of interpersonal relationships: Does psychological need thwarting matter? *Motivation and Emotion*, 39(1), 11-24. https://doi.org/10.1007/s11031-014-9427-0

Deci, E., Olafsen, A., & Ryan, R. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108

Deci, E., & Ryan, R. (2014). *Autonomy and Need Satisfaction in Close Relation-*

ships: Relationships Motivation Theory. In: Weinstein N. (eds) Human Motivation and Interpersonal Relationships. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8542-6_3

Deci, E., & Ryan, R. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. The international journal of behavioral nutrition and physical activity, 9, 24. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-24

Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. https://doi.org/10.1037/a0012801

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268. http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7

Ekkekakis, P., & Dafermos, M. (2012). *Exercise is a many-splendored thing, but for some it does not feel so splendid: Staging a resurgence of hedonistic ideas in the quest to understand exercise behavior*. In E. Acevedo: Oxford library of psychology. The Oxford handbook of exercise psychology (p. 295–333). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195394313.013.0016

Ekkekakis, P. (2008). Affect circumplex redux: The discussion on its utility as a measurement framework in exercise psychology continues. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1(2), 139-159. https://doi.org/10.1080/17509840802287200

Gillison, F., Rouse, P., Standage, M., Sebire, S., & Ryan, R. (2019). A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behavior change from a self-determination theory perspective. *Health Psychology Review*, 13(1), 110-130. https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1534071

Hagger, M., Hardcastle, S., Chater, A., Mallett, C., Pal, S., & Chatzisarantis, N. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health-related behaviors: between- and within-participants analyses. *Health*

Psychology and Behavioral Medicine, 2(1), 565-601. https://doi.org/10.1080/21642850.2014.912945

Howard, J., Gagné, M. & Morin, A. (2020a) Putting the pieces together: reviewing the structural conceptualization of motivation within SDT. *Motivation and Emotion*, 44, 846-861. https://doi.org/10.1007/s11031-020-09838-2

Howard, J., Gagné, M., Van den Broeck, A., Guay, F., Chatzisarantis, N., Ntoumanis, N., & Pelletier, L. (2020b). A review and empirical comparison of motivation scoring methods: An application to self-determination theory. *Motivation and Emotion*, 44, 534–548 (2020). https://doi.org/10.1007/s11031-020-09831-9

Howard, J., Gagné, M., & Bureau, J. (2017). Testing a continuum structure of self-determined motivation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1346-1377. https://doi.org/10.1037/bul0000125

Kasser, T., & Ryan, R. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280-287. https://doi.org/10.1177/0146167296223006

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M., Cane, J., & Wood, C. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Annals of Behavioral Medicine, 46(1), 81-95. https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6

Ng, J., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Stott, K., & Hindle, L. (2013). Predicting psychological needs and well-being of individuals engaging in weight management: the role of important others. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 5(3), 291-310. https://doi.org/10.1111/aphw.12011

Ntoumanis, N., Ng, J., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Lonsdale, C., & Williams, G. (2020). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 1–31. https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529

Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Quested, E., & Hancox, J. (2017). The effects of training group exercise class instructors to adopt a motivationally

adaptive communication style. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 27(9), 1026-1034. https://doi.org/10.1111/sms.12713

Patrick, H., & Williams, G. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 18. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-18

Rodrigues, F., Pelletier, L., Rocchi, M., Neiva, H., Teixeira, D., Cid, L., Silva, L., & Monteiro, D. (2021). Trainer-exerciser relationship: The congruency effect on exerciser psychological needs using response surface analysis. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 31(1), 226-241. https://doi.org/10.1111/sms.13825

Rodrigues, F., Teixeira, D., Neiva, H., Cid, L., & Monteiro, D. (2020). The bright and dark sides of motivation as predictors of enjoyment, intention, and exercise persistence. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 30(4), 787-800. https://doi.org/10.1111/sms.13617

Rodrigues, F., Teixeira, D., Cid, L., Machado, S., & Monteiro, D. (2019). The role of dark side of motivation and intention to continue in exercise: A self-determination theory approach. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(6), 585-595. https://doi.org/10.1111/sjop.12582

Rodrigues, F., Bento, T., Cid, L., Neiva, H., Teixeira, D., Moutão, J., Marinho, D., & Monteiro, D. (2018). Can Interpersonal Behavior Influence the Persistence and Adherence to Physical Exercise Practice in Adults? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 2141. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02141

Russell, J. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. https://doi.org/10.1037/h0077714

Ryan, R., & Deci, E. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology,* 61, 101860. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860

Ryan, R., & Deci, E. (2020). Brick by Brick: The origins, development, and future of Self-Determination Theory. *Advances in Motivation Science*, 6, 111-156. https://doi.org/10.1016/bs.adms.2019.01.001

Ryan, R., & Deci, E. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68

Ryan, R., & Connell, J. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749-761. https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.5.749

Schmuck, P., Kasser, T., & Ryan, R. (2000). Intrinsic and extrinsic goals: Their structure and relationship to well-being in German and U. S. college students. *Social Indicators Research*, 50(2), 225-241. https://doi.org/10.1023/A:1007084005278

Sebire, S., Standage, M., & Vansteenkiste, M. (2009). Examining intrinsic versus extrinsic exercise goals: cognitive, affective, and behavioral outcomes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 31(2), 189-210. https://doi.org/10.1123/jsep.31.2.189

Sheldon, K., Ryan, R., Deci, E., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: it's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(4), 475–486. https://doi.org/10.1177/0146167203261883

Silva, M., Markland, D., Carraça, E., Vieira, P., Coutinho, S., Minderico, C., Matos, M., Sardinha, L., & Teixeira, P. (2011). Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(4), 728-737. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181f3818f

Teixeira, D., Silva, M., & Palmeira, A. (2018). How does frustration make you feel? A motivational analysis in exercise context. *Motivation and Emotion*, 42, 419-428. https://doi.org/10.1007/s11031-018-9690-6

Teixeira, P., Carraça, E., Markland, D., Silva, M., & Ryan, R. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 78. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78

Vallerand, R., & Lalande, D. (2011). The MPIC Model: The Perspective of the Hierarchical

Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Psychological Inquiry*, 22,1, 45-51. https://doi.org/10.1080/1047840X.2011.545366

Vallerand, R., & Ratelle, C. (2002). *Intrinsic and extrinsic motivation: A hierarchical model*. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), Handbook of self-determination research (p. 37–63). University of Rochester Press.

Vallerand, R. (1997). *Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation*. In M. Zanna (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology (pp. 271-360). Academic Press.

Vansteenkiste, M., & Ryan, R. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280. https://doi.org/10.1037/a0032359

Vansteenkiste, M., Niemiec, C., & Soenens, B. (2010). *The development of the five mini-theories of self-determination theory: an historical overview, emerging trends, and future directions.* In: T. Urdan and S. Karabenick (eds) The decade ahead: theoretical perspectives on motivation and achievement. Emerald. ISBN: 9780857241115

Williams, G., Minicucci, D., Kouides, R., Levesque, C., Chirkov, V., Ryan, R., & Deci, E. (2002). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research*, 17(5), 512-521. https://doi.org/10.1093/her/17.5.512

Weinberg, R., & Gould, D. (2007). *Foundations of sport and exercise psychology* (4th ed.). Human Kinetics.

Gollwitzer, P., Oettingen, G., (2015). *Motivation: History of the Concept*. In James D. Wright, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (2nd ed.). Elsevier. pp. 936–939. ISBN: 9780080970868

INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO ABREVIADA

As questões seguintes referem-se ao tempo que despendeu em atividade física nos últimos 7 dias. Este questionário inclui questões acerca de atividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, atividades domésticas referentes à casa ou ao jardim e atividades que efetua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. Por favor, responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa ativa. Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

• **ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA** – refere-se a atividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa do que o normal.

• **ATIVIDADE FÍSICA MODERADA** – refere-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais intensa do que o normal.

1a. Nos últimos 7 dias, quantos dias fez atividade física vigorosa tal como levantar e/ou transportar objetos pesados, correr, nadar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

___ dias por semana ___ Nenhum (passe para a questão 2a)

1b. Nos dias em que fez atividade física vigorosa, durante quanto tempo fez essa atividade física?

____ horas ___ minutos

2a. Nos últimos 7 dias, quantos dias fez atividade física moderada tais como levantar e/ou transportar objetos leves de forma contínua, atividades domésticas (exemplo: esfregar, aspirar), andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

___ dias por semana ___ Nenhum (passe para a questão 3a)

2b. Nos dias em que fez atividade física moderada, durante quanto tempo fez essa atividade física?

___ horas ___ minutos

3a. Nos últimos 7 dias, em quantos dias caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa ter feito somente para recreação, desporto ou lazer.

___ dias por semana ___ Nenhum (passe para a questão 4a)

3b. Nos dias que assinalou em cima, quanto tempo por dia caminhou?

___ horas ___ minutos

3c. A que ritmo costuma caminhar?

___ Vigoroso (a respiração ficou muito mais intensa do que o normal)

___ Moderado (a respiração ficou um pouco mais intensa do que o normal)

___Lento (a respiração não se alterou)

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentada diariamente, no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo em que está sentada numa secretária, à mesa durante as refeições, a visitar amigos, a ler ou sentada/deitada a ver televisão.

4a. Quanto tempo esteve sentada num dia de semana?

___ horas ___ minutos

4b. Quanto tempo esteve sentada num dia de fim-de-semana?

___ horas ___ minutos

Codificação:

Converter todas as horas em minutos antes de calcular os MET. Realizar os cálculos em horas e minutos irá promover resultados incorretos. Para calcular os MET minutos por semana, deve multiplicar os MET (caminhar = 3,3; atividade física moderada = 4; atividade física vigorosa = 8) pelo número de minutos de atividade que foi realizada pelo número de dias, nos últimos 7 dias. Por exemplo, se um indivíduo reportou caminhar 30 minutos, 5 vezes por semana, então o total de MET por semana será 3,3 x 30 x 5 = 495 MET por minutos por semana. Pode adicionar os minutos MET alcançados em cada categoria (caminhada, atividade física moderada e atividade física vigorosa) para obter um total de MET minutos de atividade física por semana.

Referências:

Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L., & Braggion, G. (2001). Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e produtibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 6(2), 5-18. https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18

Booth, M. (2000). Assessment of physical activity: an international perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (2), 114–120. https://doi.org/10.1080/02701367.2000.11082794

EXEMPLO 1 - MODELO TRANSTEÓRICO

A atividade física ou exercício físico incluem atividades como caminhadas a um passo acelerado, corrida, andar de bicicleta, nadar ou qualquer outra atividade em que o esforço físico é pelo menos tão intenso quanto estas atividades referenciadas. Por favor leia cada uma das afirmações seguintes e assinale com um círculo a resposta que melhor descreve o que acredita e como se sente. Tente ser o mais honesto possível. Por favor, certifique-se de que dá a sua própria opinião sobre as seguintes questões. Certifique-se de que respondeu a todas as questões.

1. Sou uma pessoa fisicamente ativa.

___ SIM (passe para a questão 3) ___ NÃO

2. Pretendo vir a ser uma pessoa fisicamente ativa nos próximos seis meses.

___ SIM ___ NÃO

Para a atividade física ser considerada como regular, deve fazer um total de 30 minutos ou mais

por dia, pelo menos 5 dias por semana. Por exemplo, pode andar uma vez por 30 minutos ou três sessões de 10 minutos, para um total diário de 30 minutos diários.

3. Atualmente, faço atividade física de forma regular.

___ SIM ___ NÃO

4. Tenho feito atividade física nos últimos seis meses.

___ SIM ___ NÃO

Codificação:

	Item				
	1	**2**	**3**	**4**	**Fase**
Se respondeu	Não	Não	-	-	Pré-Contemplação
Se respondeu	Não	Sim	-	-	Contemplação
Se respondeu	Sim	-	Não	-	Preparação
Se respondeu	Sim	-	Sim	Não	Ação
Se respondeu	Sim	-	Sim	Sim	Manutenção

Referências:

Marcus, B., & Forsyth, L. (2009). *Motivating People to Be Physically Active* (2nd ed.). Human Kinetics. ISBN: 9780736072472

Zamarripa, J., Castillo, I., Baños, R., Delgado, M., & Álvarez, O. (2018). Motivational Regulations Across the Stages of Change for Exercise in the General Population of Monterrey (Mexico). *Frontiers in Psychology*, 9, 2368. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02368

EXEMPLO 2 - TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO

Queremos saber o que pensa sobre a atividade física de realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana. Por favor leia cada uma das afirmações seguintes e utilize a escala para indicar se concorda ou discorda delas. Não há respostas certas ou erradas. Assinale com um círculo a resposta que melhor descreve o que acredita e como se sente. Tente ser o mais honesto possível. Por favor certifique-se que dá a sua própria opinião sobre as seguintes questões. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

		Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1	Realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana é vantajoso para mim.	1	2	3	4	5
2	A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devia fazer atividade física.	1	2	3	4	5
3	Para mim, realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana, é possível.	1	2	3	4	5
4	Nos próximos 6 meses, tenciono realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana.	1	2	3	4	5
5	Realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana, é importante para mim.	1	2	3	4	5
6	O meu médico pensa que eu devia fazer atividade física.	1	2	3	4	5
7	Se eu quisesse realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana, eu conseguiria.	1	2	3	4	5
8	Nos próximos 6 meses, o meu objetivo é realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana.	1	2	3	4	5
9	Realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana, é fácil para mim.	1	2	3	4	5
10	O(a) meu/minha companheiro(a) pensa que eu devia fazer atividade física.	1	2	3	4	5
11	Realizar ou não uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana, depende apenas de mim.	1	2	3	4	5
12	Nos próximos 6 meses, eu pretendo realizar uma caminhada de 30 minutos, três dias por semana.	1	2	3	4	5

Codificação: Atitudes = 1, 5, 9; Normas Subjetivas = 2, 6, 10; Controlo Percebido = 3, 7, 11; Intenção = 4, 8, 12.

Observação: A medição do comportamento poderá ser feita de forma objetiva ou subjetiva, dependendo dos recursos disponíveis. Assim, caso o comportamento seja avaliado de forma subjetiva, sugere-se que os itens sejam ajustados. Por exemplo, se for utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ; Booth, 2000), então as especificidades do comportamento (duração, frequência) terão de ser reformuladas.

Referências:

Ajzen, I. (2006). Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations. Available online: http://www-unix.oit.umass.edu/~{}aizen (acedido no dia 2 de fevereiro de 2021).

Booth, M. (2000). Assessment of physical activity: an international perspective. Research Quarterly for Exercise and Sport, 71 (2), 114–120. https://doi.org/10.1080/02701367.2000.11082794

EXEMPLO 3 - HÁBITO

Queremos saber como avalia o seu consumo de fruta. Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e utilize a escala para indicar se concorda ou discorda delas. Não há respostas certas ou erradas. Assinale com um círculo a resposta que melhor descreve o que acredita e como se sente. Tente ser o mais honesto possível. Por favor, certifique-se de que dá a sua própria opinião sobre as seguintes questões. Certifique-se de que respondeu a todas as questões.

Comer fruta é algo que…

		Discordo Totalmente			**Nem Concordo / Discordo**			**Concordo Totalmente**
1	Faço automaticamente	1	2	3	4	5	6	7
2	Faço sem ter de lembrar conscientemente	1	2	3	4	5	6	7
3	Faço sem pensar	1	2	3	4	5	6	7
4	Começo a fazer antes de perceber o que estou a fazer	1	2	3	4	5	6	7

Codificação: Hábito = 1, 2, 3, 4.

Observação: Os itens mantêm-se sempre iguais, independentemente da frase que antecede. O importante é que a frase que antecede os itens seja clara e específica ao comportamento que se pretende avaliar o hábito.

Referência:

Gardner, B., Abraham, C., Lally, P., & de Bruijn, G. (2012). Towards parsimony in habit measurement: testing the convergent and predictive validity of an automaticity subscale of the Self-Report Habit Index. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 102. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-102

Rodrigues, F., Cid, L., Forte, P., Teixeira, D., Travassos, B., & Monteiro, D. (2021). A avaliação do hábito em praticantes de exercício físico: Testando a validade do Self-Report Behavioral Automaticity Index. *Motricidade*

EXEMPLO 4 – TEORIA DA AVALIAÇÃO COGNITIVA:

(AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS INTERPESSOAIS)

Em baixo iremos questionar-te sobre as tuas experiências atuais de certos sentimentos em relação aos comportamentos que percecionas do técnico de exercício físico com que mais interages durante o teu treino. Por favor lê com atenção cada item em baixo. Podes escolher entre 1 e 7 para indicar o grau em que cada declaração é verdadeira.

O meu técnico de exercício físico…

		Não Concordo de Todo						Concordo Totalmente
1	Dá-me a liberdade para tomar as minhas próprias decisões	1	2	3	4	5	6	7
2	Pressiona-me para fazer as coisas à maneira dele	1	2	3	4	5	6	7
3	Encoraja-me a melhorar as minhas capacidades	1	2	3	4	5	6	7
4	Diz-me que eu provavelmente irei falhar	1	2	3	4	5	6	7
5	Está interessado no que eu faço	1	2	3	4	5	6	7
6	Não me conforta quando me sinto em baixo	1	2	3	4	5	6	7
7	Apoia as minhas decisões	1	2	3	4	5	6	7
8	Impõe as suas opiniões	1	2	3	4	5	6	7
9	Dá-me *feedback* que valoriza aquilo que faço	1	2	3	4	5	6	7
10	Passa-me a mensagem que eu sou incompetente	1	2	3	4	5	6	7
11	Dispensa tempo para me conhecer	1	2	3	4	5	6	7
12	Está distante quando está comigo	1	2	3	4	5	6	7
13	Apoia as escolhas que eu faço para mim	1	2	3	4	5	6	7
14	Pressiona-me para adotar certos comportamentos	1	2	3	4	5	6	7
15	Reconhece a minha capacidade para alcançar os meus objetivos	1	2	3	4	5	6	7
16	Duvida da minha capacidade para melhorar	1	2	3	4	5	6	7
17	Gosta verdadeiramente de passar tempo comigo	1	2	3	4	5	6	7

18	Não cria empatia comigo	1	2	3	4	5	6	7
19	Encoraja-me a tomar as minhas próprias decisões	1	2	3	4	5	6	7
20	Limita as minhas escolhas	1	2	3	4	5	6	7
21	Diz-me que eu consigo alcançar metas	1	2	3	4	5	6	7
22	Questiona a minha capacidade para superar desafios	1	2	3	4	5	6	7
23	Relaciona-se/identifica-se comigo	1	2	3	4	5	6	7
24	Não se preocupa comigo	1	2	3	4	5	6	7

Codificação: Suporte de Autonomia = 1, 7, 13, 19; Frustração de Autonomia = 2, 8, 14, 20; Suporte de Competência = 3, 9, 15, 21; Frustração de Competência = 4, 10, 16, 22; Suporte de Relação = 5, 11, 17, 23; Frustração de Relação = 6, 12, 18, 24

Referência:

Rodrigues, F., Pelletier, L. Neiva, H., Teixeira, D., Cid, L., & Monteiro, D. (2019). Initial validation of the Portuguese version of the Interpersonal Behavior Questionnaire (IBQ and IBQ-Self) in the exercise context: measurement invariance and latent mean differences. *Current Psychology,* 1-12. Doi: https://doi.org/10.1007/s12144-019-00374-y

EXEMPLO 5 – TEORIA DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS: AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS

Seguidamente, apresentamos um conjunto de afirmações referentes às suas experiências em relação ao exercício físico em geral, não considerando qualquer situação em particular. De acordo com a escala de 1-5, responda assinalando o número que melhor reflete o seu grau de concordância com cada uma destas frases.

Quando pratico exercício físico, eu…

		Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	Tenho uma sensação de escolha e liberdade nos exercícios que eu faço.	1	2	3	4	5

2	Sinto que a maioria dos exercícios que realizo são por “obrigação”	1	2	3	4	5
3	Sinto que as pessoas com quem treino também se preocupam comigo.	1	2	3	4	5
4	Sinto-me excluído do grupo ao qual eu quero pertencer no ginásio.	1	2	3	4	5
5	Estou confiante que consigo fazer os exercícios corretamente.	1	2	3	4	5
6	Tenho muitas dúvidas se consigo fazer os exercícios corretamente.	1	2	3	4	5
7	Sinto que os treinos que eu faço refletem o que eu realmente quero.	1	2	3	4	5
8	Sinto-me forçado a fazer exercícios que eu não escolheria fazer.	1	2	3	4	5
9	Sinto-me ligado às pessoas do ginásio que se preocupam comigo e pelas quais me preocupo.	1	2	3	4	5
10	Sinto que, no ginásio, as pessoas que são importantes para mim são frias e distantes comigo.	1	2	3	4	5
11	Sinto-me capaz de realizar bem os exercícios.	1	2	3	4	5
12	Em alguns exercícios, sinto-me desapontado com o meu desempenho.	1	2	3	4	5
13	Sinto que os exercícios que realizo expressam o que eu realmente quero.	1	2	3	4	5
14	Sinto-me pressionado para fazer certos exercícios.	1	2	3	4	5
15	Sinto-me próximo das pessoas no ginásio que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
16	Tenho a impressão de que as pessoas com as quais me relaciono não gostam de mim.	1	2	3	4	5
17	Sinto-me competente para alcançar os meus objetivos.	1	2	3	4	5
18	Sinto-me inseguro acerca das minhas capacidades durante o treino.	1	2	3	4	5
19	Sinto que tenho feito os exercícios que realmente me interessam.	1	2	3	4	5
20	Sinto que as atividades que eu faço são por obrigação.	1	2	3	4	5
21	Eu experiencio um sentimento caloroso com as pessoas com quem me relaciono.	1	2	3	4	5

22	Sinto que os relacionamentos que eu tenho no ginásio são apenas superficiais.	1	2	3	4	5
23	Sinto que consigo realizar com sucesso exercícios avançados.	1	2	3	4	5
24	Sinto-me como um fracassado por causa dos erros que faço durante o treino.	1	2	3	4	5

Codificação: Satisfação de Autonomia = 1, 7, 13, 19; Frustração de Autonomia = 2, 8, 14, 20; Satisfação de Relação = 3, 9, 15, 21; Frustração de Relação = 4, 10, 16, 22; Satisfação de Competência = 5, 11, 17, 23; Frustração de Competência = 6, 12, 18, 24

Referência:

Rodrigues, F., Hair, J., Neiva, H., Teixeira, D., Cid, L., & Monteiro, D. (2019). The Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale in Exercise (BPNSFS-E): validity, reliability, and invariance across gender in Portuguese exercisers. *Perceptual and Motor Skills*, 126(5), 949-972. Doi: https://doi.org/10.1177/0031512519863188

EXEMPLO 6 – TEORIA DA INTEGRAÇÃO ORGANÍSMICA:

AVALIAÇÃO DAS SEIS REGULAÇÕES DA MOTIVAÇÃO

Seguidamente, apresentamos um conjunto de afirmações referentes à forma como se regula perante o exercício físico em geral, não considerando qualquer situação em particular. De acordo com a escala de 0-4, responda assinalando o número que melhor reflete o seu grau de concordância com cada uma destas frases.

Eu pratico exercício físico porque…

		Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	Não vejo porque é que tenho de fazer exercício.	0	1	2	3	4

2	Outras pessoas dizem que devo fazer.	0	1	2	3	4
3	Sinto-me culpado(a) quando não faço exercício.	0	1	2	3	4
4	Dou valor aos benefícios/vantagens do exercício.	0	1	2	3	4
5	Isso está relacionado com os meus objetivos de vida.	0	1	2	3	4
6	É divertido.	0	1	2	3	4
7	Não percebo porque é que tenho de fazer exercício.	0	1	2	3	4
8	Os meus amigos/família dizem que devo fazer.	0	1	2	3	4
9	Sinto-me envergonhado(a) quando falto a uma sessão de exercício.	0	1	2	3	4
10	É importante para mim fazer exercício regularmente.	0	1	2	3	4
11	Considero que o exercício faz parte da minha identidade.	0	1	2	3	4
12	Gosto das minhas sessões de exercício.	0	1	2	3	4
13	Não percebo o objetivo de fazer exercício.	0	1	2	3	4
14	Os outros vão ficar insatisfeitos comigo se não fizer.	0	1	2	3	4
15	Sinto-me fracassado(a) quando não faço exercício durante algum tempo.	0	1	2	3	4
16	Considero importante esforçar-me por fazer exercício regularmente.	0	1	2	3	4
17	É uma parte fundamental daquilo que eu sou.	0	1	2	3	4
18	Acho o exercício uma atividade agradável.	0	1	2	3	4
19	Penso que o exercício é uma perda de tempo.	0	1	2	3	4
20	Sinto-me pressionado pela minha família e amigos para fazer exercício.	0	1	2	3	4
21	Sinto-me ansioso(a) se não fizer exercício regularmente.	0	1	2	3	4
22	Valorizo e sinto-me inquieto(a) se não o praticar com regularidade.	0	1	2	3	4
23	Considero que fazer exercício está em harmonia com os meus valores.	0	1	2	3	4
24	Fico bem disposto(a) e satisfeito(a) por praticar exercício.	0	1	2	3	4

Codificação: Amotivação = 1, 7, 13, 19; Regulação Externa = 2, 8, 14, 20; Regulação Introjetada = 3, 9, 15, 21; Regulação Identificada = 4, 10, 16, 22; Regulação Integrada = 5, 11, 17, 23; Motivação Intrínseca = 6, 12, 18, 24

Referência:

Cid, L., Monteiro, D., Teixeira, D., Teques, P., Alves, S., Moutão, J., Silva, M., & Palmeira, A. (2018). The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3) Portuguese-Version: Evidence of Reliability, Validity and Invariance Across Gender. *Frontiers in Psychology*, 9, 1940. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01940

cieqv

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

POLITÉCNICO DE SANTARÉM

POLITÉCNICO DE LEIRIA