



**FACTORES DE MOTIVAÇÃO PARA O EMAGRECIMENTO EM
ADULTOS OBESOS**

MOTIVATIONAL FACTORS FOR WEIGHT LOSS IN ADULTS

MONOGRAFIA

VERA ALMEIDA

ORIENTADO POR: DRA. SUSANA CARDOSO

PORTO, 2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que sempre acreditaram em mim, nas minhas capacidades e me deram alento para continuar, em especial, ao meu avô.

Agradeço à minha família, ao meu namorado e aos meus amigos que estiveram presentes nos momentos menos bons, sempre com uma palavra amiga que, na hora pode não ter sido bem assimilada, mas que hoje faz todo o sentido.

Agradeço à Dra. Susana Cardoso, pelo seu trabalho, sugestões, persistência, ajuda e apoio, nesta monografia, sem o qual, o resultado não seria o mesmo.

Agradeço à Professora Doutora Flora Correia pelas palavras que direccionaram o rumo deste trabalho e pela sua disponibilidade e atenção.

Agradeço a todos que, directa ou indirectamente, ao longo da realização desta monografia, contribuíram para que tudo funcionasse da melhor forma.

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
LISTA DE ABREVIATURAS	iv
RESUMO E PALAVRAS-CHAVE	v
ABSTRACT AND KEY-WORDS	vi
INTRODUÇÃO	1
DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE OBESIDADE	3
COMPLICAÇÕES DE SAÚDE E CUSTOS ASSOCIADOS À OBESIDADE	5
DETERMINANTES DA OBESIDADE	6
TRATAMENTO DA OBESIDADE	7
DEFINIÇÃO DE MOTIVAÇÃO	14
TEORIA DA AUTO-DETERMINAÇÃO	15
MOTIVAÇÃO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE	20
FACTORES DE MOTIVAÇÃO PARA O EMAGRECIMENTO	24
PROFISSIONAL DE SAÚDE E A MOTIVAÇÃO DO DOENTE	29
ENTREVISTA MOTIVACIONAL	32
ANÁLISE CRÍTICA	34
NOTAS FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

OMS - Organização Mundial de Saúde

IMC - Índice de Massa Corporal

CB - Cirurgia Bariátrica

TAD - Teoria da Auto-Determinação

EM - Entrevista Motivacional

A obesidade representa, actualmente, um grave problema de Saúde Pública. Associa-se frequentemente a comorbilidades, ou seja, a doenças que diminuem a qualidade de vida dos obesos e aumentam consideravelmente as despesas com os cuidados de saúde. São necessárias medidas rápidas e eficazes que impeçam a progressão desta epidemia.

A terapia da obesidade deverá considerar a modificação do estilo de vida, incluindo os hábitos alimentares e de actividade física. Porém, esta alteração comportamental exige que o indivíduo se sinta motivado para tal e, portanto, a motivação é referida como fundamental no tratamento da obesidade.

O objectivo deste trabalho é verificar a importância da motivação na terapêutica da obesidade, considerando que o emagrecimento é parte integrante dessa terapêutica e que se traduz na perda de peso. Para isso, foi abordado o tema geral da motivação e os factores de motivação para o emagrecimento em adultos obesos.

Concluiu-se que os factores de motivação são variados e individualizados, dependendo do próprio indivíduo, em especial da sua vivência. No entanto, é possível agrupar as diversas razões que impulsionam os indivíduos a perderem peso, em 5 tipos de factores: Psicológicos, Financeiros, Qualidade de Vida, Médicos e Outros.

Palavras - Chave: obesidade, motivação, factores, emagrecimento.

Obesity has become an actual serious Public Health problem. It is frequently associated to comorbidities - diseases that reduce the obese people quality of life and improve the health care costs. It is necessary to improve severe steps to stop progression of this epidemic.

Obesity treatment should consider a lifestyle change, including diet and physical activity. However, change in behavior change requires self-motivation that is described as an essential part of obesity treatment.

The aim of this study is to assess the importance of motivation in obesity treatment. The general theme discussed is the motivation and motivational factors for weight loss in obese adults.

It was concluded that the motivational factors are varied and individualized depending on the individual, particularly in their life experience. However, it is possible to include various reasons that drive people to lose weight in 5 factors types: Psychological, Financial, Quality of Life, Medical and Others.

Key - Words: obesity, motivation, factors, weight loss.

INTRODUÇÃO

A obesidade tornou-se um problema global, emergindo como um dos principais contribuintes para complicações de saúde, tendo substituído a malnutrição e as doenças infecciosas⁽¹⁾. É prevalente não só na Europa e nas Américas, mas também tem crescido no sudoeste asiático, onde o Japão e a China têm assistido a um crescimento acentuado. No norte de África, em Marrocos e na Tunísia, mais de metade das mulheres tem excesso de peso ou são obesas, e no Médio Oriente, nos Emirados Árabes Unidos, a obesidade é hoje reconhecida como um problema de Saúde Pública^(1, 2).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que o excesso de peso é um dos desafios mais sérios na Saúde Pública do século XXI, em especial, para a Região Europeia da OMS (que inclui 51 países da Europa), onde a prevalência da obesidade triplicou nas últimas duas décadas e já atingiu proporções epidémicas. A OMS alerta ainda que, se nenhuma acção for tomada e a prevalência da obesidade continuar a aumentar ao mesmo ritmo que nos anos 90, estima-se que 150 milhões de adultos e 15 milhões de crianças e adolescentes, nesta Região, serão obesos em 2010^(3, 4).

O excesso de peso tem associação com uma larga porção do total de doenças que se manifesta na Região Europeia da OMS. É responsável por mais de um milhão de mortes e 12 milhões de anos vividos com doença, por ano, nesta região⁽³⁾.

Estudos recentes demonstraram que, em Portugal, mais de metade da população (51,6%) com idades entre os 18 e os 64 anos, têm excesso de peso ou

obesidade e apresenta um risco cardiovascular aumentado devido a um perímetro de cintura excessivo⁽⁵⁾.

Em estudos mais antigos, o peso corporal já é referido como uma função complexa de factores genéticos, comportamentais, psicológicos e ambientais. Contudo, os factores que mais contribuem são os comportamentais, tais como a alimentação e a actividade física, em conjunto com as determinantes psicológicas e ambientais^(6, 7).

A base da terapêutica da obesidade deve considerar a modificação do estilo de vida, isto é, modificação comportamental no âmbito do padrão alimentar, dos comportamentos sedentários e da actividade física^(1, 4).

Desde a década de 80 até aos dias de hoje, vários autores consideraram que a motivação é a chave da alteração comportamental. É referida como necessária à adesão a uma alimentação saudável, ao seguimento de programas de emagrecimento, à permanência nestes e à manutenção da perda de peso, bem como, a adopção de outros comportamentos saudáveis, como a actividade física regular e a cessação tabágica^(6, 8-10).

Com este trabalho, tendo em conta o supra citado, pretende-se verificar a importância da motivação na terapêutica da obesidade, considerando que o emagrecimento é parte integrante dessa terapêutica e que se traduz na perda de peso. Serão abordados, tanto quanto permitir a investigação científica actual, os factores que compõem essa motivação para o emagrecimento em adultos obesos. Reveste-se também de interesse a abordagem dos efeitos da motivação na manutenção da terapêutica da obesidade, ou seja, na manutenção da alteração comportamental.

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE OBESIDADE

A obesidade é definida como uma condição em que há uma sobrecarga de massa gorda acumulada no indivíduo e que pode afectar a sua saúde. O nível de massa gorda excessiva é avaliado pelo excesso de risco de morbilidade e mortalidade^(2, 4). As medidas clinicamente úteis para avaliar uma situação de peso excessivo são aquelas que, para além de apresentarem uma boa correlação com a ocorrência de riscos para a saúde, não são invasivas, são económicas, fáceis de usar e reflectem modificações, a curto e longo prazo, da gordura corporal⁽¹¹⁾. O procedimento padrão para avaliar o peso e saber se o indivíduo apresenta excesso de peso ou obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet, que se determina dividindo o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m). Nos adultos, o excesso de peso (ou pré-obesidade) corresponde a um valor de IMC entre os 25,0 e 29,9 kg/m², e a obesidade a um valor maior ou igual a 30,0 kg/m²^(4, 12).

A OMS distingue ainda várias categorias de IMC de acordo com os riscos de complicações (comorbilidades) para a saúde. A pré-obesidade (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m²) associa-se a um risco aumentado de comorbilidade, a obesidade de grau I (IMC entre 30,0 e 34,9 kg/m²) associa-se a um risco moderado, a obesidade de grau II (IMC entre 35,0 e 39,9 kg/m²) associa-se a um risco grave e a obesidade de grau III (ou obesidade mórbida) (IMC igual ou superior a 40 kg/m²) associa-se a um risco muito grave de comorbilidade^(2, 13). Este índice deve, porém, ser considerado com precaução, porque o mesmo IMC pode não significar o mesmo risco de morbilidade e mortalidade nos vários grupos populacionais. Há variações de acordo com a etnia, o sexo, a idade e a morfologia do corpo. As

proporções do corpo, nomeadamente o comprimento dos membros inferiores, podem influenciar os resultados do IMC⁽²⁾.

A distribuição anatómica da gordura corporal pode também modificar o risco para a saúde, sabendo-se que a localização da adiposidade no segmento superior do corpo (gordura visceral) origina maiores riscos para a saúde do que a localização no segmento inferior. Indivíduos obesos, cuja localização de gordura se faz sobretudo junto das pernas e nádegas, por oposição aos que têm a gordura distribuída na zona abdominal, apresentam menos complicações de saúde⁽¹⁴⁾. Por esta razão, a medição do perímetro da cintura constitui outro parâmetro de interesse clínico que pode ser utilizado de forma independente, ou em associação com o IMC, para identificar indivíduos em maior risco de desenvolverem problemas de saúde⁽¹²⁾.

A OMS definiu valores de perímetro de cintura para cada sexo, a partir dos quais há um aumento de risco para a saúde (igual ou superior a 80 cm, nas mulheres, e igual ou superior a 94 cm, nos homens) ou aumento substancial do risco (igual ou superior a 88 cm, nas mulheres, e igual ou superior a 102 cm, nos homens). Os valores de perímetro da cintura não devem ser utilizados se o indivíduo apresenta um elevado IMC (acima de 35 kg/m^2), pois tais valores de IMC traduzem, por si só, um aumento de risco importante para a saúde, independentemente da forma como se distribui a gordura^(2, 4, 12).

COMPLICAÇÕES DE SAÚDE E CUSTOS ASSOCIADOS À OBESIDADE

Os indivíduos com excesso de peso ou obesidade apresentam maior risco de desenvolverem várias doenças, particularmente: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, alterações do colesterol e triglicerídeos no sangue (dislipidemia), doença coronária, acidente vascular cerebral, gota, osteoartrite, apneia do sono e certos tipos de cancro, particularmente do ovário, da mama e do cólon^(3, 8, 13). O uso do termo “síndrome metabólica” aumentou acentuadamente e descreve a forte relação entre a obesidade abdominal com a hipertensão, dislipidemia e a resistência à insulina, sendo que este problema afecta 20 a 30% do total da população na Região Europeia da OMS⁽³⁾. Além destes factos, o excesso de peso e a obesidade criam estigmatização, em especial, em mulheres, e são frequentemente associados com estados disfóricos e a problemas psicológicos ou doenças mentais, com relevo para as complicações depressivas e de ansiedade, que poderão afectar a qualidade de vida^(3, 6, 8). Efectivamente, a obesidade pode causar ou associar-se a sentimentos de desvalorização pessoal, depressão, ansiedade, alterações da imagem corporal, perturbações da personalidade, comportamento bulímico e voracidade alimentar^(3, 4). A desaprovação social e consequente desadaptação torna-se evidente a nível dos afectos, oportunidades de instrução, emprego e interacção social⁽⁴⁾.

O excesso de peso também afecta o desenvolvimento económico e social devido ao crescente aumento dos custos com os cuidados de saúde desta patologia e a perda de produtividade e receita. A obesidade em adultos é já responsável por mais de 6% do total de custos com a saúde, na Região Europeia da OMS⁽³⁾.

Em Portugal, num estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 2002, os custos com a obesidade foram de cerca de 500 milhões de euros, representando 4,2% dos gastos em saúde. Os custos directos são estimados em 297 milhões de euros e correspondem a 2,5% dos gastos em saúde, sendo portanto os indirectos 199,8 milhões de euros⁽⁴⁾.

DETERMINANTES DA OBESIDADE

Em virtude das melhorias sócio-económicas alcançadas e dos avanços tecnológicos do último quarto de século, foram obtidos ganhos em saúde importantes, mas a modernização levou também a alterações no estilo de vida e a comportamentos menos saudáveis, como a mudança dos hábitos alimentares e o sedentarismo, que estão na origem de doenças crónico-degenerativas, como a obesidade⁽²⁾.

A obesidade é uma doença complexa de origem multifactorial, que provavelmente, envolve vários mecanismos de regulação e resulta da forma como estes interagem e respondem a factores biológicos, como a hereditariedade, a idade e o sexo, a factores ambientais, assim como a comportamentos e estilos de vida^(1, 2, 4, 6).

A obesidade resulta de um balanço energético positivo crónico, isto é, a energia ingerida regularmente excede a energia gasta e assim, o peso aumenta, especialmente, em indivíduos geneticamente predispostos^(1, 3, 4, 12). É necessário, *a priori*, uma análise das influências no consumo alimentar e na actividade física, para compreender o porquê dos indivíduos obesos consumirem energia em

excesso e não gastarem a energia suficiente para prevenir o ganho de peso, o que representa um tarefa de grande complexidade^(3, 12).

Esta patologia surge quando factores relacionados com o ambiente, nomeadamente a utilização crescente de alimentos ricos em açúcares e gordura, o sedentarismo, o stress e as alterações do comportamento se interligam com factores de ordem genética⁽³⁾. Apesar dos factores ambientais, particularmente os alimentares e o sedentarismo, serem provavelmente os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade, 25 a 70% das variações no peso corporal podem ser atribuídas a factores genéticos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. É importante salientar que o facto de um indivíduo apresentar maior predisposição genética, essa situação não deve ser motivo para desvalorizar as estratégias alimentares e de actividade física para controlar o peso⁽¹²⁾.

A prevalência desta problemática difere amplamente entre países e entre grupos socioeconómicos dentro de cada país, o que revela a importância do ambiente sócio-cultural na definição do padrão de alimentação e de actividade física⁽³⁾. Apontam-se também causas relacionadas com a rede social, seja familiar, seja de amizade e convívio, hipótese formulada após análise das estruturas sociais ao longo de 32 anos do estudo de Framingham⁽¹⁸⁾.

TRATAMENTO DA OBESIDADE

Por definição, magro significa “ter falta de tecido adiposo”, “em que há pouca gordura” e emagrecer significa “ficar magro”⁽¹⁹⁾. Tendo por base estas definições, considera-se um dos objectivos do tratamento da obesidade, o

emagrecimento. O objectivo do emagrecimento deverá ser a perda de massa gorda e não de água e músculo, pelo que a redução deve ser lenta e acompanhada de actividade física⁽⁴⁾.

Segundo a OMS, uma actividade física regular e um peso normal são ambos importantes indicadores do decréscimo do risco de mortalidade por doenças relacionadas com o excesso de peso ou obesidade, como doença cardiovascular e cancro, com a actividade física a conferir um efeito benéfico independente do valor do IMC⁽³⁾. Uma diminuição modesta do peso que corresponda a valores entre os 5 a 10% do peso registado num momento anterior ao tratamento de emagrecimento, pode melhorar, significativamente, algumas doenças que o obeso possa apresentar, para além do excesso de peso, como a diabetes, a hipertensão e a doença cardiovascular^(20, 21). Por este motivo, o objectivo de perda de peso é muitas vezes procurado pelos profissionais de saúde no tratamento dos obesos⁽¹²⁾.

Na generalidade da população, o excesso de massa gorda resulta sobretudo do consumo de energia, sob a forma de alimentos, ser superior à energia dispendida. Assim sendo, sejam quais forem as circunstâncias, o tratamento deve basear-se numa redução da ingestão e num aumento do dispêndio. Ou seja, a dieta hipocalórica e a actividade física são indispensáveis no tratamento da obesidade, raramente sendo suficientes isoladamente⁽⁴⁾.

Modificação do estilo de vida

Uma perda de peso pequena a moderada no adulto pode ser alcançada e mantida com intervenções ao nível do estilo de vida⁽³⁾. A mudança do estilo de vida deverá ser o principal objectivo no tratamento da obesidade e, para uma

mudança mais consistente, podem contribuir a alteração de hábitos alimentares, a actividade física e uma imagem mais satisfatória de si⁽⁴⁾.

Tratamento dietético e nutricional

As estratégias alimentares são a manobra mais utilizada para perder peso e procuram levar o indivíduo a reduzir a sua ingestão energética⁽¹²⁾. Várias evidências científicas suportam a eficácia de dietas com baixo valor energético no tratamento da obesidade. Restringir a gordura na alimentação parece ser um método efectivo na redução da densidade energética e é associada à perda de peso espontânea. Reduções modestas de cerca de 600kcal por dia poderão aumentar a concordância e tem sido recomendada como uma opção dietética para o controlo do peso⁽³⁾.

Relativamente aos planos alimentares, seja qual for a redução calórica e a modalidade (restritivos fixos ou progressivamente restritivos), não deverão representar valores calóricos inferiores a 1200kcal para mulheres e 1500kcal para homens, pois só assim se completam as recomendações de vitaminas e minerais preconizadas pelas *Dietary Recommended Intakes*⁽⁴⁾.

Actividade física

A redução do peso exige um desequilíbrio energético negativo e a actividade física representa a maior componente modificável do dispêndio energético total. Ao gasto energético ocorrido durante a actividade física, acresce um aumento da taxa metabólica de repouso no período pós-exercício⁽⁴⁾.

Pensa-se que a associação de um regime alimentar hipoenergético, promovendo uma diminuição da ingestão de 250 a 350kcal/dia, a um programa de

actividade física de baixa intensidade, relativamente simples, como andar a pé, possa induzir a perda de peso e acrescentar efeitos benéficos em factores de risco para a doença cardiovascular⁽¹²⁾. Vários estudos provaram que o aumento da actividade física é efectiva na manutenção de uma perda de peso modesta. No entanto, a restrição energética alimentar parece ser mais efectiva que a actividade física, quando usada isoladamente, na redução do peso corporal^(3, 12). Com ou sem perda de peso, a actividade física aumenta a aptidão cardiorrespiratória, a capacidade de produzir trabalho muscular, a coordenação e a prontidão musculoesquelética para as actividades do dia-a-dia. Pode ainda reduzir a hipotonia muscular e a tendência para o sedentarismo⁽⁴⁾. Para além de poder alterar o peso e induzir a modificações benéficas da composição corporal, o exercício tem consequências psicológicas positivas, nomeadamente a manutenção da motivação para o controlo do peso, a sensação de bem estar e o aumento da auto-estima⁽¹²⁾.

Tratamento farmacológico e cirúrgico

O uso de fármacos deve ser considerado nos casos de IMC igual ou superior a 30 kg/m² ou IMC igual ou superior a 27 kg/m², se associado a comorbilidades, como diabetes, hipertensão, apneia do sono, ou modificação das gorduras plasmáticas (colesterol e/ou triglicerídeos)^(4, 12).

A indústria farmacêutica, há muito que procura soluções para o combate à obesidade. Ao longo do tempo, vários medicamentos foram usados neste sentido. Com o conhecimento de que a obesidade envolve múltiplos factores, o foco está nos medicamentos com múltiplos mecanismos de acção e medicamentos para serem utilizados em conjunto com uma dieta adequada e actividade física⁽¹⁾.

Os medicamentos utilizados no tratamento da obesidade são efectivos no aumento de uma perda de peso modesta ao longo de 2 anos, no entanto, estes medicamentos devem ser administrados em conjunto com um plano alimentar adequado, sem descurar os seus efeitos secundários⁽³⁾. Os medicamentos usados no tratamento da obesidade podem dividir-se em dois grandes grupos: os de acção central e os de acção periférica⁽⁴⁾.

Entre os fármacos mais utilizados, nomeadamente em tratamentos prolongados, destacam-se a *sibutramina*, com acção central (que actua principalmente no aumento da saciedade), e o *orlistat*, com acção periférica (um potente inibidor da digestão da gordura, o que obriga a que parte dela saia pelas fezes, sem ser absorvida)^(4, 12-14). O *United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence* desenvolveu orientações para o uso destes fármacos^(22, 23).

A cirurgia tem indicações no tratamento da obesidade em doentes com IMC igual ou superior a 40 kg/m² ou igual ou superior a 35 kg/m² com comorbilidades, em que a perda de peso, induzida pela cirurgia, melhore as doenças associadas^(1, 4, 12). Esta intervenção deverá ser escolhida quando as outras formas de tratamento da obesidade, menos invasivas, não resultarem^(1, 3). Entre as técnicas recentemente mais utilizadas, inclui-se a cirurgia bariátrica (CB). Podem distinguir-se técnicas como o *bypass*, em que se promove uma diminuição da digestão dos alimentos através do desvio do estômago e intestino, a bandoplastia gástrica ajustável, em que se reduz a capacidade do estômago, ou a combinação dos dois métodos^(1, 4, 12). A eficácia a longo termo da CB depende da forma como os pacientes controlam a sua ingestão alimentar⁽¹⁾. Esta intervenção está reconhecida como sendo a única forma comprovada de manter a perda de

peso, em obesos mórbidos, e por longos períodos de tempo (mais de 10 anos). Para além da perda de peso, os benefícios metabólicos a ela associados estão provados, especialmente a redução da incidência de diabetes mellitus tipo 2⁽³⁾. No entanto, trata-se de um tratamento dispendioso e que se associa a um risco de mortalidade de 0,5%⁽³⁾. Convém também salientar que, a assistência neste tipo de intervenção, deverá ser realizada por equipas multidisciplinares treinadas para fornecer um acompanhamento a longo termo^(3, 4).

Intervenção psicológica

Existe uma forte associação entre o desenvolvimento da obesidade e a vivência psicológica específica. O tratamento da obesidade pressupõe uma mudança comportamental, o que justifica a intervenção psíquica⁽⁴⁾. Os pensamentos que surgem na mente de qualquer indivíduo são factores que influenciam o estilo de vida e, inevitavelmente, o controlo do peso corporal. A forma como o obeso pensa acerca de si mesmo e das influências exteriores, determina os seus actos e sentimentos. Certos tipos de pensamentos produzem emoções negativas, o que pode piorar o seu estilo de vida⁽¹⁾.

A intervenção a este nível deve incidir na abordagem das características da personalidade, cognições, afectos e comportamentos, sendo necessário que o obeso se reconheça como parte activa das mudanças a desenvolver e concretizar. Para esta terapia, geralmente são usados, individualmente ou em grupo, diferentes modelos terapêuticos, sendo as técnicas mais reconhecidas como úteis, as cognitivo-comportamentais⁽⁴⁾.

Abordagem cognitivo-comportamental

O pressuposto do tratamento comportamental é o de que os padrões alimentares e de actividade física são comportamentos aprendidos e podem ser modificados⁽¹²⁾. Este tratamento deve ser feito tendo em conta o estabelecimento adequado de prioridades, a definição dos objectivos acessíveis, o controlo do stress, a afectividade, a imagem corporal e as relações interpessoais⁽⁴⁾.

Com base na teoria do tratamento cognitivo-comportamental, o manual clínico *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity* fornece, de forma detalhada, informação sobre como ajudar um doente a perder peso, a aumentar o nível de actividade física, e de conceitos como aparência e peso corporal. Foi um trabalho desenvolvido em resposta aos pedidos de clínicos que necessitavam de uma guia para a abordagem cognitivo-comportamental, como terapia dos seus doentes.

Esta terapia cognitivo-comportamental assenta em 3 características fundamentais: 1 - Os tratamentos cognitivo-comportamentais baseiam-se numa conceptualização cognitiva do processo que mantém o problema em questão; 2 - Os tratamentos cognitivo-comportamentais são utilizados para modificar os postulados cognitivos, mantendo os mecanismos comportamentais, considerando que isto é necessário para a mudança; 3 - Os tratamentos cognitivo-comportamentais usam uma combinação de ambos os procedimentos para ajudar os indivíduos a identificar e a modificar os mecanismos que são objectos de tratamento⁽²⁴⁾.

No tratamento da obesidade, desde os anos 60, são usadas terapias comportamentais para a alteração de comportamentos. Ao longo do tempo, houve um acréscimo de procedimentos cognitivos, o que resultou na definição do tratamento como “terapia cognitivo-comportamental”. Actualmente, muitos

tratamentos comportamentais incluem sessões sobre temas como o pensamento negativo e a prevenção da recaída⁽²⁴⁾. Este tratamento, quando aplicado à obesidade, é realizado em várias sessões de grupo, sendo o seu principal conteúdo: a auto-monitorização da ingestão alimentar, a fixação de objectivos comportamentais específicos, relativos à alimentação e à actividade física, lições sobre nutrição, enfoque no aumento da actividade física diária, bem como, da actividade física formal, uso de técnicas de controlo dos estímulos, treino da resolução de problemas, simples reestruturação cognitiva e prevenção da recaída⁽²⁵⁾.

DEFINIÇÃO DE MOTIVAÇÃO

Na Língua Portuguesa, motivação significa “acto de motivar”, “exposição de motivos”, “conjunto de factores que determinam a conduta de alguém”, “processo que desencadeia uma actividade consciente”⁽¹⁹⁾.

Segundo Richard M. Ryan e Edward L. Deci, a motivação relaciona-se com energia, direcção, persistência e finalidade - todos aspectos da activação e intenção^(10, 26). A motivação tem sido uma questão central e interminável na psicologia, por ser o cerne da regulação biológica, cognitiva e social. Talvez por ser ainda mais importante, no mundo real, a motivação tem sido bastante valorizada pelas suas consequências: os resultados da motivação. Assim, revela-se preeminente naqueles que assumem papéis como gestor, professor, líder religioso, treinador, prestador de cuidados de saúde e em todos aqueles que mobilizam outros a agir⁽²⁶⁾.

Os indivíduos podem estar motivados porque valorizam uma actividade, ou porque têm uma forte coerção externa. Podem ser impulsionados por um interesse próprio ou subornados. Podem proceder, de certo modo, por compromisso pessoal em notabilizarem-se ou por medo de serem vigiados. Estes contrastes entre casos de motivação interna *versus* casos de pressões externas são, certamente, situações frequentes no quotidiano de qualquer indivíduo. A comparação entre indivíduos cuja motivação é autêntica (auto-motivação) e aqueles que estão controladas externamente para agirem, revela que, os primeiros em relação aos últimos, apresentam mais interesse, entusiasmo, confiança que, por sua vez, resulta num melhor desempenho, persistência e criatividade nas suas acções⁽²⁶⁾.

TEORIA DA AUTO-DETERMINAÇÃO

Tal como já foi referido anteriormente, a motivação refere-se a energias ou forças que impelem o indivíduo na direcção de uma meta específica^(8, 10, 26). Contudo, durante muitos anos a motivação foi vista de uma forma unidimensional, variando apenas em quantidade. Introduzindo o conceito de qualidade, Deci e Ryan, desenvolveram a Teoria da Auto-Determinação (TAD)^(10, 26). Esta é uma teoria da motivação que foca a necessidade inerente aos indivíduos de estarem envolvidos e integrados num cenário social⁽²⁷⁾. Com o objectivo de compreender a energia e a direcção do comportamento motivado, a TAD considera a existência de necessidades psicológicas básicas e inatas que movem os seres humanos. São fundamentais para um relacionamento efectivo e

saudável, dos indivíduos com o seu ambiente e levam a diferentes tipos de motivação para agir^(26, 27). Neste contexto, esta teoria distingue entre vários tipos de motivação: 1) a “Motivação Intrínseca” (em que o comportamento é adoptado pela satisfação e prazer inerente a este), a mais importante e desejável. Este conceito reflecte a tendência dos indivíduos para procurar a novidade e o desafio, enquanto se sentem competentes e autónomos. Prazer, domínio, e sentimentos positivos surgem a partir desta demanda, o que reforça a continuidade do comportamento; 2) a “Motivação Extrínseca” (em que o comportamento é adoptado de modo a serem atingidos resultados, à parte do comportamento em si). Reflecte uma orientação externa, de forma mais controlada, ou seja, menos autónoma, e mais distanciada do próprio comportamento (mais focada nos resultados); 3) a “Amotivação” (ausência de intenção para adoptar um comportamento), em que o comportamento adoptado não possui valores pessoais e os sentimentos de competência não existem^(8, 26, 27). Os autores referem ainda que a motivação intrínseca associa-se a uma melhor produtividade, criatividade, espontaneidade, conhecimento, flexibilidade e perseverança⁽¹⁰⁾.

A TAD distingue ainda, qualitativamente, diferentes formas de motivação extrínseca. A regulação autónoma dos comportamentos (ou auto-determinada) contrasta com a regulação controlada (ou não auto-determinada)⁽⁸⁾. Esta distinção é representada como algo contínuo e caracterizada conforme o grau em que o processo de regulação do comportamento está interiorizado^(8, 28).

A motivação é autónoma quando o indivíduo percebe que o seu *locus* de causalidade é interno, isto é, percebe que a origem e regulação dos seus comportamentos parte de si mesmo⁽⁸⁾. Envolve um sentido de escolha e de

vontade, fazendo com que o comportamento seja pessoalmente importante e concordante com os seus valores⁽²⁸⁾.

A motivação é controlada quando os indivíduos agem porque estão a ser pressionados ou forçados a agir, quer por outros, quer por eles próprios, e isto exige que percepcione o seu *locus* de causalidade como externo⁽⁸⁾.

Quando controlados, os indivíduos agem no seguimento de um pedido, ordem ou ameaça, que surge de um agente externo (por exemplo, o prestador de cuidados de saúde), ou no seguimento de uma forte crença na necessidade de agir, isto é, que tem de se comportar de determinado modo para se sentir digno⁽²⁸⁾.

Williams *et al.* exemplificam: se um homem baixar a ingestão calórica porque o seu médico lhe disse, o seu comportamento será controlado. É evidente a pressão externa e a ausência de investimento pessoal. Por outro lado, se um homem baixar a sua ingestão calórica, porque acredita que irá melhorar a sua dieta e será vantajoso para a sua saúde, por querer ser mais saudável, o seu comportamento será autónomo. Neste último caso, denota-se o investimento pessoal, sendo o próprio a tomar a decisão de iniciar um comportamento diferente⁽²⁸⁾.

A verdadeira questão, que envolve as práticas não intrinsecamente motivadas, é como os indivíduos adquirem a motivação para levarem a cabo essas práticas e como esta motivação afecta a persistência, a qualidade do comportamento e o bem-estar. Segundo Deci e Ryan, sempre que uma pessoa (sejam os pais, o professor, o patrão, o treinador ou o terapeuta) tenta incutir certos comportamentos nos outros, a motivação dos outros para o comportamento poderá variar desde a amotivação ou ausência de vontade, à

concordância, até ao compromisso pessoal. Como descreve a teoria, estas diferentes motivações reflectem diferentes graus nos quais o valor e regulação do comportamento pedido foram “internalizados” e “integrados”. A internalização refere-se ao adoptar um valor ou regulação, e a integração refere-se à transformação posterior dessa regulação em si próprio, para que resulte num comportamento consciente⁽²⁶⁾.

A internalização e regulação são as questões centrais na socialização ao longo da infância, mas são também relevantes na regulação dos comportamentos ao longo da vida. Desde cedo, certos comportamentos e valores são impostos, comportamentos sem interesse e valores que não são rapidamente adoptados. Tendo em conta este pressuposto, a TAD salienta que o processo pelo qual os comportamentos não intrinsecamente motivados poderão tornar-se verdadeiramente auto-determinados é altamente influenciado pelo ambiente social do próprio indivíduo^(10, 26). Silva *et al.* referem ainda que esta teoria aponta o processo de interiorização como explicação da motivação humana, vitalidade, desenvolvimento e adaptação psicológica⁽⁸⁾, e Williams *et al.*, como sendo relevante na adopção de comportamentos como a cessação tabágica e a melhoria da dieta⁽²⁸⁾.

De acordo com a TAD, uma obtenção, com sucesso, de perda de peso, ocorrerá quando o indivíduo escolhe comportamentos alimentares e de actividade física, porque ele próprio valoriza a manutenção da perda de peso e os seus benefícios para a saúde⁽⁸⁾. Assim, para que a alteração de um comportamento seja mais duradoura, que é necessária à sua manutenção, não basta o cumprimento das exigências da mudança, mas também, aceitar a regulação dessa mudança como própria. Isto exige a internalização dos valores e da

regulação dos comportamentos relevantes e a sua integração na consciência do próprio indivíduo, de modo a tornar-se a base da regulação autónoma^(6, 8, 10).

Efectivamente, a perda de peso com sucesso e a sua manutenção não serão atingidas se as razões para tal forem, na maioria, controladas (por exemplo, porque o médico o aconselhou, ou pelo desejo de ser magro de acordo com os modelos da sociedade). Ser autónomo nas suas principais acções, isto é, possuir a percepção do *locus* de causalidade como interno, é o principal motivo da manutenção da alteração comportamental⁽⁸⁾.

Num estudo baseado na TAD, especificamente desenhado para estudar os efeitos dos factores de motivação durante a permanência num programa de controlo do peso, os resultados mostraram que o grau de motivação prognosticou, não só a participação nas reuniões semanais, que faziam parte do programa, e a perda de peso durante o mesmo, mas, mais importante, a manutenção da perda de peso ao longo dos 23 meses de acompanhamento⁽⁶⁾.

O papel da actividade física também tem sido analisado com base nesta teoria. Num estudo recente sobre os motivos psicológicos da manutenção do peso, Teixeira *et al.*, concluíram que o aumento na motivação intrínseca para a actividade física foi um forte impulsor da perda de peso a longo termo, mesmo depois de ajustado para a perda de peso inicial. Os autores salientaram a importância de garantir que os indivíduos adoptem a actividade física com a qual se sintam intrinsecamente satisfeitos, sintam competência para tal, e que contribua positivamente para a sensação de autonomia, como o factor chave para o sucesso na difícil tarefa da manutenção da perda de peso a longo prazo⁽²⁹⁾.

Em suma, a TAD tem sido usada em áreas como a Nutrição⁽²⁸⁾, o Exercício⁽²⁹⁾, e a manutenção da perda de peso com resultados positivos. É ainda

sugerida como útil para prever a permanência em programas de promoção da saúde em geral, e a manutenção de comportamentos relevantes para a melhoria da condição de saúde⁽⁶⁾.

MOTIVAÇÃO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

Os principais objectivos do controlo do peso no obeso são induzir um balanço energético negativo para reduzir o peso, e manter o menor peso durante um longo período de tempo⁽¹²⁾. Porém, o maior problema no tratamento da obesidade é a manutenção dessa perda de peso^(30, 31). Sabe-se hoje, tal como já foi referido, que pequenas perdas de peso acompanham-se de benefícios para a saúde, pela diminuição das comorbilidades e factores de risco associados à obesidade^(4, 30-32). Sabe-se também que, esses benefícios, são perdidos quando o peso é recuperado e, efectivamente, muitos indivíduos conseguem perder algum peso, mas poucos são capazes de o manter⁽³³⁾.

Segundo Wing *et al.*, os programas de emagrecimento que envolvem dieta, exercício e modificação de comportamentos, produzem uma perda de peso de, aproximadamente 10%. Contudo, a maioria dos indivíduos, após o tratamento, recuperam cerca de 1/3 do peso perdido ao longo do ano seguinte, ou recuperam todo o peso entre 3 a 5 anos⁽³⁰⁾. Como, regra geral, as pessoas obesas se sujeitam, ao longo da vida, a frequentes tratamentos, surge o conceito de obesidade cíclica, ou seja, flutuações importantes do peso corporal durante períodos de tempo com duração variável. Tal facto contribui para uma morbilidade

e mortalidades maiores, por comparação com a obesidade sem flutuações de peso⁽⁴⁾.

Vários estudos têm demonstrado que comportamentos motivados, como a actividade física regular, o seguimento de uma dieta saudável e o não fumar, podem ajudar à manutenção da saúde^(8, 28, 34). Actualmente, muitas pessoas contribuem para a sua própria morbilidade e mortalidade prematura por se comportarem de forma doentia⁽²⁸⁾. E, a maioria, em risco de saúde, dispõem de meios acessíveis para melhorar a sua condição, admitindo que estão dispostos a agir. Na verdade, o fracasso de muitas pessoas a aderir a comportamentos saudáveis representa um problema de Saúde Pública, facto com muitas causas. Porém, uma parte considerável é de natureza motivacional⁽⁸⁾.

Em relação ao tratamento da obesidade, na década de 80, como é referido por William *et al.*, em vários estudos, foi verificada uma grande variabilidade no sucesso da manutenção da perda de peso, sendo relatada a motivação como a chave para compreensão dessa mesma variabilidade. Perceber quais os doentes obesos que vão conseguir aderir a um programa de emagrecimento, perder quantidades significativas de peso, fazer actividade física regular e manter a perda de peso, é possível através da sua motivação⁽⁶⁾. Num estudo em que Wing *et al.* abordaram a problemática da manutenção do peso a longo termo, foi verificado que existem comportamentos chave que distinguem um indivíduo que recuperou o peso perdido daquele que conseguiu manter a perda. Os autores referem que, não é de surpreender que os resultados do seu estudo mostrem que, os participantes que recuperaram o peso perdido, diminuíram significativamente a sua actividade física, aumentaram a percentagem de calorias ingeridas provenientes de gordura e não controlaram a sua restrição alimentar.

Assim, poderá ser associada a recuperação do peso perdido com a incapacidade de manter uma alimentação saudável e actividade física ao longo do tempo. Estes resultados reforçam ainda a importância de manter a alteração comportamental a longo termo na manutenção da perda de peso⁽³⁵⁾.

Com o objectivo de explorar a motivação e as barreiras ao tratamento da obesidade em homens, Sabinsky *et al.* verificaram que os participantes do estudo queriam efectivamente perder peso. No entanto, o insucesso dos resultados foi atribuído à falta de motivação ou às dificuldades na adesão ao tratamento. Estes autores afirmam ainda que, se estes homens se sentissem motivados, a progressão ao longo das diferentes fases de mudança dos comportamentos seria mais fácil e o risco de insucesso seria menor⁽⁹⁾.

Num estudo realizado numa população portuguesa de mulheres obesas, foi pressuposto que a motivação e o acompanhamento poderiam contribuir para uma maior adesão à terapêutica dietética. De facto, Poínhos *et al.*, usando o acompanhamento do grupo de intervenção, como motivador da adesão à terapêutica dietética, conseguiram que fossem ultrapassadas as dificuldades individuais, bem como, as dificuldades inerentes a qualquer alteração dos hábitos alimentares. O maior sucesso obtido no grupo de intervenção poderá ter resultado da maior motivação e adesão bem como ao esclarecimento precoce de dúvidas⁽³¹⁾. Barnes *et al.* realizaram uma investigação numa população de mulheres afro-americanas. Segundo estes autores, entre outros motivos que representaram barreiras à perda de peso para estas mulheres, encontra-se a falta de motivação. Este é um motivo que influencia a perda de peso inicial, ou seja, o início do tratamento da obesidade. Contudo, referem ainda, que é também importante na manutenção da perda de peso⁽³³⁾.

Num outro estudo realizado numa população de mulheres portuguesas, os autores concluíram que as tentativas de tratamento anteriores, nomeadamente dietas fracassadas, baixa auto-motivação e insatisfação com o aspecto corporal estão relacionados com o insucesso na perda de peso⁽³⁶⁾.

Palmeira *et al.*, desenvolveram uma investigação para perceber qual a associação entre as variáveis relacionadas com o tratamento da obesidade (alterações do peso, qualidade de vida, imagem corporal e bem-estar subjectivo) explorando o seu papel como mediadores e geradores de efeitos, durante um programa de tratamento da obesidade. Sugeriram, como conclusão, a inclusão de outras variáveis, em investigações posteriores, como as componentes relacionados com a motivação (por exemplo, a motivação intrínseca), por considerar estas variáveis importantes na mediação do tratamento da obesidade⁽³⁷⁾.

Considerando como critério de sucesso de um programa de tratamento da obesidade, a perda de peso de 5% do peso inicial, um estudo realizado numa amostra feminina, com o objectivo de descobrir as diferenças psicológicas e psicossociais entre o sucesso e o insucesso desse tratamento, concluiu que, a motivação continuada para ser fisicamente activo, é talvez o factor mais importante na manutenção a longo termo da perda de peso⁽³⁸⁾.

Shay *et al.*, numa análise de conceitos sobre a adesão à perda de peso, referem que, entre outros factores, a motivação, é importante e deve ser considerada quando se conduz uma investigação e se desenvolvem estratégias clínicas, de modo a manter a perda de peso e a sua manutenção a longo termo⁽³²⁾.

No fundo, a auto-motivação e a orientação autónoma da própria motivação, foram comprovadas, consistentemente, como preditores do consequente sucesso no controlo do peso^(6, 27, 38).

FACTORES DE MOTIVAÇÃO PARA O EMAGRECIMENTO

A motivação engloba a força interior, os desejos, pressões externas e os objectivos que influenciam cada indivíduo, a percepção do risco, os benefícios que advêm dos comportamentos para si próprio e a apreciação cognitiva da situação⁽³⁹⁾. São factores de motivação aqueles que mantêm a motivação, incluindo a adopção do desafio pessoal, de acordo com as capacidades de cada um e do feedback recebido ao longo do processo⁽⁴⁰⁾.

A motivação pertence ao indivíduo, mas pode e deve ser entendida como o resultado de interacções entre factores individuais, de outros indivíduos e ambientais. Embora os factores internos sejam a base da mudança, os factores externos são as condições para a mudança. Assim, a motivação individual pode ser bastante influenciada pela família, amigos, emoções e pelo apoio da comunidade. A falta de apoio comunitário, como as barreiras aos cuidados de saúde, emprego e a percepção da sociedade, podem também afectar a motivação⁽³⁹⁾.

Num estudo realizado por Herriot *et al.*, o objectivo foi investigar as experiências anteriores com dietas e quais as expectativas dos participantes em 4 programas comerciais de emagrecimento, bem como, analisar e comparar os mesmos tópicos após o tratamento em cada grupo. Antes, durante e após a

intervenção, cada elemento dos vários grupos respondeu a questionários que incluíam perguntas relacionadas com as experiências e as expectativas. Deste questionário fizeram parte as questões: “Qual foi a motivação/incentivo para fazer dieta?” e “Qual é a motivação/incentivo para fazer exercício?”. As respostas foram registadas e descritas no referido artigo. Destas respostas enumeram-se: *comentários verbais negativos de outros acerca do seu peso; não caber nas suas roupas; querer comprar roupas “engraçadas”; desgosto pessoal por ter peso a mais; ganhar confiança para ir a eventos especiais; estar envergonhado pela forma como o seu corpo é visto pelas outras pessoas; o aspecto que o seu corpo tem no espelho ou em fotografias; a época do ano (por exemplo, depois do Natal).* Foi ainda possível, a partir das respostas dadas aos questionários, depreender o porquê da participação no estudo, podendo enumerar-se como razões: *poder comprar roupas de tamanhos mais pequenos e ser capaz de vestir novamente roupas antigas que deixaram de servir; desejo de aumentar a confiança e auto-estima; melhorar a saúde; melhorar a condição física; fazer parte de um estudo reconhecido; receber apoio dos outros participantes do estudo e dos próprios investigadores*⁽⁴¹⁾.

Tal como os autores esperavam, a maioria dos participantes já tinha tido experiências anteriores e fracassadas com dietas, o que se revelou ter efeitos adversos em relação à perda de peso^(38, 41, 42). Este estudo sugere que, a inclusão da componente psicológica nos programas de emagrecimento, que tenham em conta os factores de motivação, aumento da auto-eficácia (isto é, confiança na própria capacidade de perder peso⁽⁴³⁾) e que promovam a ideia de permanência, poderá aumentar o sucesso. Este aspecto já está a ser abordado por algumas companhias comerciais. O apoio dos outros e a pesagem regular foram

considerados factores de motivação consistentes em todos os grupos de intervenção⁽⁴¹⁾.

Embora existam muitas diferenças entre os factores que influenciam a motivação de cada um, alguns tipos de experiências pessoais podem ter efeitos dramáticos no aumento ou diminuição da motivação⁽³⁹⁾.

No estudo de Sabinsky *et al.*, já referido em tópicos anteriores, os resultados mostraram que os factores de motivação tendem a mudar consoante a idade dos homens em análise. De facto, para os homens mais jovens, o principal factor é tornar-se atraente ao sexo oposto e, para os homens mais velhos, o factor é o bem-estar e aumentar a esperança de vida. As visões em relação ao facto de ser obeso também mudam consoante a idade. Os homens mais jovens atribuem a sua obesidade à falta de sorte, enquanto que os homens mais velhos referem como causas da sua obesidade o facto de gostarem de boa comida e bom vinho⁽⁹⁾.

A adesão a programas de emagrecimento para tratamento da obesidade, por vezes, faz surgir problemas como os custos associados a esse tratamento. Para alguns indivíduos, principalmente com recursos financeiros reduzidos, a adesão a um programa de tratamento pode representar um investimento difícil de conseguir. Segundo Kane *et al.*, fazer alterações na dieta e realizar actividade física diária, poderá exigir gastos financeiros e de tempo impraticáveis para alguns indivíduos. Para contornar esta questão, estes autores sugerem incentivos financeiros (como presentes, descontos ou dinheiro) aos indivíduos que adoptarem certos comportamentos ou atingirem objectivos específicos, em tratamentos de saúde⁽⁴⁴⁾.

Arterburn *et al.*, realizaram um estudo com o objectivo de descrever as atitudes de utentes adultos, com síndrome metabólica, face a uma hipotética cobertura total dos custos associados a um programa de emagrecimento, bem como, o hipotético incentivo financeiro a quem conseguisse aderir ao programa com sucesso. Os seus resultados mostraram que efectivamente, os incentivos financeiros funcionaram como factores de motivação para a perda de peso (aproximadamente 7% do peso inicial) e a sua manutenção durante um ano. Estes autores referem ainda que este investimento, para motivar o emagrecimento, poderá ser compensado se as complicações de saúde associadas à síndrome metabólica diminuïrem, reduzindo os custos de saúde associados a estas complicações, a longo prazo⁽⁴⁵⁾.

Num outro estudo já referido, o grupo de mulheres obesas que teve êxito no cumprimento do plano alimentar e, portanto, no tratamento da obesidade, teve acesso a um maior contacto por parte do profissional de saúde, ou seja, foi mais acompanhado. É possível verificar, a partir dos resultados desta investigação, que o acompanhamento pelo profissional de saúde é um factor de motivação para o emagrecimento. Neste estudo é referido que o maior contacto doente - profissional de saúde poderá ter resultado numa maior confiança na terapêutica proposta e na sensação de dever corresponder a esse interesse⁽³¹⁾.

O uso da CB para a perda de peso tem crescido acentuadamente, nos últimos tempos, crescimento este, apoiado pela redução substancial e comprovada dos riscos de mortalidade, morbilidade e comorbilidades em obesos mórbidos, o que aumenta a sua qualidade de vida. Assumindo este tipo de cirurgia como um auxílio à terapêutica dietética, altos níveis de motivação para a perda efectiva de peso são, supostamente, necessários para o sucesso após a

realização da CB⁽⁴⁶⁾. Não sendo um procedimento médico 100% livre de riscos e complicações, assim como 100% eficaz, Monoz *et al.*, consideraram importante avaliar as motivações dos doentes que procuram a CB, para a perda de peso. Para estes autores, os cuidados pós-operatórios requerem que o doente tome atenção aos seus hábitos alimentares, à sua nutrição e à sua actividade física, ou seja, todos os comportamentos que podem ser influenciados pela sua motivação para a cirurgia. No seu estudo, exploraram os factores de motivação para a CB. Agruparam os factores em categorias e subcategorias, consoante as respostas dadas pelos indivíduos da amostra.

Os factores foram: Psicológicos (*imagem corporal* – como se vêem; *controlo da ingestão alimentar* – diminuir a ingestão; *auto-estima* – sentir-se bem consigo próprio); de Qualidade de Vida (*actividade* – conseguir fazer certas actividades do quotidiano; *social* – perder peso para algum acontecimento especial); Médicos (*dor* – diminuir as dores que sente em determinada parte do corpo; *saúde* – baixar a pressão arterial, por exemplo; *prevenção* – para evitar o desenvolvimento de Diabetes, por exemplo), ou Outro (voltar à sua “vida normal”). Os resultados mostram que os factores que mais motivaram o recurso à cirurgia para a perda de peso, foram factores Médicos, quer de *saúde* (73%) quer de *prevenção* (16%). Segundo estes autores, os obesos mórbidos vivem, frequentemente, com comorbilidades associadas à obesidade, que lhes diminuem acentuadamente a qualidade de vida, o que explica os factores de motivação para a perda de peso nestes doentes⁽⁴⁷⁾.

Em síntese, os factores de motivação podem ser agrupados nos seguintes grupos e respectivos subgrupos, nos quais se incluem as razões/causas que impulsionam a motivação: Psicológicos (*imagem corporal* e *auto-estima*),

Financeiros (incentivos monetários e bonificações), Qualidade de Vida (actividade do quotidiano e vida social), Médicos (saúde e prevenção) e Outros (acompanhamento do profissional de saúde, por exemplo).

PROFISSIONAL DE SAÚDE E A MOTIVAÇÃO DO DOENTE

Tendo como base o referido anteriormente, é possível presumir que o profissional de saúde assume um papel de destaque na motivação para o tratamento de utentes obesos⁽³¹⁾. Os profissionais de saúde podem ajudar os seus utentes com excesso de peso a darem os passos necessários para desenvolverem atitudes e assumirem o compromisso com os seus cuidados de saúde, embora não se trate de uma tarefa fácil⁽²⁶⁾.

Wing *et al.*, definem os profissionais dos cuidados de saúde primários como os intervenientes de maior importância no tratamento da obesidade, tendo um grande impacto nos comportamentos dos seus utentes, para a perda de peso⁽³⁰⁾. Num estudo realizado numa amostra destes profissionais, mais de 40% dos participantes concordou que os utentes obesos poderão atingir um peso normal se estiverem motivados. Contudo, concordaram também que a maioria desses utentes não está motivada para perder quantidades significativas de peso⁽⁴⁸⁾. Por outro lado, sabe-se que os indivíduos tendem a adoptar comportamentos mais saudáveis quando se apercebem que os seus profissionais de saúde suportam e encorajam a sua motivação e expectativas da mudança⁽⁴⁹⁾.

Gordon Cochran, numa revisão clínica, salienta que os profissionais de saúde sabem que parte dos seus utentes com excesso de peso tem pouco ou

nenhum interesse em emagrecer e os que até querem ser ajudados, muitas vezes, estão relutantes em aceitar a sua própria responsabilidade na perda de peso. Outros, porém, estão receptivos a aprenderem como podem ter o controlo da sua saúde e valorizam a informação acerca do tratamento, as ferramentas para a mudança de atitude, o suporte e o encorajamento por parte dos seus profissionais de saúde. Refere ainda que, uma relação baseada na verdade e confiança com o utente, dá ao profissional a oportunidade de corrigir conceitos errados, evitar equívocos e assim ajudar, de forma mais eficaz, o seu utente⁽⁵⁰⁾. No tratamento da obesidade em mulheres, ficou provado que, uma abordagem colaborativa e palavras de apoio por parte do profissional, poderão ter efeitos positivos nos seus esforços para a perda de peso⁽⁴³⁾.

Relativamente à questão da recuperação do peso perdido e, portanto, a problemática da manutenção da perda de peso, uma revisão científica concluiu que, uma terapia continuada, realizada por um profissional de saúde, é essencial no sucesso da manutenção. Para ajudar na manutenção da perda de peso, as interações profissional-utente deverão incluir a abordagem dos objectivos do utente, o fenómeno da recuperação do peso perdido, os pontos de decisão nos cuidados de saúde, a entreaajuda e recomendações acerca da auto-monitorização, dieta e exercício⁽⁵¹⁾.

Segundo Galuska *et al.*, todos os profissionais de saúde que tratam obesos têm a oportunidade, não só de promover a saúde desses indivíduos, como também de contribuir para a melhoria do estado de saúde do seu país, implementando as recomendações do *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*⁽⁵²⁾. Este guia de 1998, indica que todos os indivíduos obesos devem perder peso e que os

profissionais de saúde devem abordar o controlo do peso com estes utentes⁽⁵³⁾. Galuska *et al.*, numa investigação realizada em 1996, demonstrou que apenas 42% dos indivíduos obesos que visitaram o seu profissional de saúde nos 12 meses anteriores, referiu que foram avisados pelo profissional para a necessidade de perderem peso. Estes autores, tendo em conta as vantagens inerentes à perda de peso, sugerem que os profissionais de saúde deverão advertir todos os utentes obesos para a perda de peso, sempre que for necessário. Os doentes que recebem informação, mesmo que breve, nos cuidados de saúde primários, reportam reduções de peso, reduções de consumo de gordura e aumento da actividade física. Este facto verificou-se mesmo num número limitado de doentes⁽⁵²⁾.

De modo a avaliar a tendência do número dos utentes obesos avisados pelos profissionais de saúde, entre 1994 e 2000, utilizando a mesma metodologia que a investigação supra citada, Abid *et al.*, verificaram que os números diminuíram 2,4%. Para estes autores, estes resultados exigem a tomada de medidas para reverter esta tendência. Por exemplo, os profissionais de saúde deverão ser consciencializados acerca da sua importância no tratamento de obesos, o que poderá passar pela preparação e treinos destes profissionais para o efeito⁽⁵⁴⁾. Tem-se provado que há associação entre o aconselhamento médico, para a necessidade de perder peso e a tentativa para tal dos seus utentes obesos^(52, 54, 55). Assim, e porque o aviso e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde está fortemente associado à tentativa de perda de peso, estes deverão avaliar os riscos relacionados com a obesidade dos seus utentes, através de medidas antropométricas (isto é, IMC e perímetro da cintura, entre

outros), identificar as co-morbilidades e proceder à advertência de quem se encontra com excesso de peso ou obesidade⁽⁵⁶⁾.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

De modo a avaliar a propensão para a adopção de comportamentos específicos, os profissionais de saúde começam a usar com mais frequência a entrevista motivacional (EM) com os seus utentes⁽⁵⁷⁾. A EM é um estilo eficaz de aconselhamento, directo e centrado no utente que pretende criar mudanças comportamentais, ajudando-os a resolver as suas ambivalências.⁽⁴³⁾ Este estilo de comunicação enfatiza a reflexão sobre os resultados da interacção com o utente. Contudo, o profissional não tira conclusões daquilo que ouve, mas sim, avalia a motivação e expectativas do utente, de uma forma colaborativa, e fornece orientações que levem o utente a aceitar e agir em conformidade⁽⁴⁹⁾.

Num encontro entre o profissional de saúde e o utente, a EM, deve seguir os seguintes parâmetros: a) a motivação para a mudança parte do utente; b) o utente tem de trabalhar para articular e resolver a sua ambivalência; c) a persuasão directa não é usada - o profissional deverá ser passivo, porém, activo apenas na ajuda ao utente, para que este examine a sua própria ambivalência; d) a prontidão para a mudança não é reconhecida como uma característica do utente, mas como resultado da interacção do profissional e o utente; e) a relação profissional-utente deverá ser vista como uma parceria.

No fundo, a forma como os profissionais de saúde abordam o tema do emagrecimento com os seus utentes, pode influenciar as alterações

comportamentais. Quando o profissional cria empatia e usa técnicas consistentes com a EM, os utentes tendem a referir mais mudanças nas suas rotinas de actividade física e na tentativa de perda de peso⁽⁴³⁾.

Os princípios da EM podem ser utilizados em qualquer tipo de tratamento de saúde, nos quais é exigida uma mudança de comportamentos, de modo a serem atingidos benefícios de saúde⁽⁵⁸⁾.

O uso da EM, como adjuvante do tratamento, melhorou significativamente a perda de peso e o controlo glicémico de todas as mulheres com excesso de peso e Diabetes tipo 2, que participaram num programa de tratamento da obesidade. O impacto benéfico parece ter surgido após duas sessões da EM, com melhorias significativas na perda de peso e aumento do controlo metabólico em 6 meses⁽⁵⁹⁾.

Segundo esta revisão feita por Brent Van Drosten, a EM poderá exercer uma influência positiva no aumento da motivação para a mudança do estilo de vida, em melhorar a ingestão alimentar, em aumentar a actividade física, na adesão a uma regime alimentar e na manutenção da perda de peso. Sugere ainda que a EM poderá ter um efeito sinérgico quando utilizado em conjunto com outros tratamentos comportamentais⁽⁵⁷⁾.

Estas estratégias podem ser eficazes, mesmo em breves intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, e ainda melhorar a confiança destes na sua capacidade e impacto positivo que podem ter no tratamento dos seus utentes obesos⁽⁴⁹⁾.

Segundo a Direcção Geral de Saúde, a obesidade é um importante problema de Saúde Pública, uma doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças⁽⁶⁰⁾. Após esta afirmação, não há dúvidas que é necessário investir esforços que impeçam a progressão desta epidemia. Ora, sendo a motivação a base da mudança e a força que impele o ser humano a agir, revela-se importante dedicar alguns desses esforços também a esta questão - a motivação para os cuidados de saúde e prevenção da doença. Assim, e como tem vindo a ser provado, quando um indivíduo obeso se sente motivado para a mudança, a adopção de comportamentos saudáveis e a adesão a qualquer tipo de tratamento da obesidade, torna-se mais eficaz, bem como a manutenção dessa alteração e, portanto, o alcance dos benefícios decorrentes.

Os factores que motivam os indivíduos, em específico, para o emagrecimento, são os mais variados e, de certo modo, dependem do próprio indivíduo, o que dificulta o seu conhecimento total. Porém, é possível agrupá-los em 5 tipos de factores: Psicológicos, Financeiros, Qualidade de Vida, Médicos e Outros. O conhecimento mais aprofundado desta área permitirá desenvolver acções futuras no combate a esta doença, de uma forma mais permanente e continuada, fundamental ao tratamento com sucesso da obesidade.

Apesar da importância comprovada da motivação do doente no sucesso dos tratamentos de saúde, a investigação científica e específica a este nível, ainda não permite determinar, com exactidão, todos os factores de motivação que impulsionam os obesos a aderirem a tratamentos de emagrecimento e a mantê-los, tendo em conta que a obesidade é uma doença crónica. Já nas investigações e estudos dos anos 70 e 80, a motivação é referida como extremamente relevante para os cuidados de saúde, especificamente para o emagrecimento, e é salientada a necessidade de mais investigação nesta área. De facto, até aos dias de hoje, muita investigação se desenvolveu relacionada com a motivação, pois começou-se a perceber a utilidade de trabalhar a motivação e as suas repercussões nos actos e atitudes dos indivíduos. No entanto, a motivação é abordada como um todo, algo geral que funciona de forma individualizada e, portanto, os factores que a influenciam, que a aumentam e/ou diminuem, ainda não foram completamente abordados.

É relevante a realização de mais investigação, que estude especificamente mais factores de motivação que influenciam o emagrecimento, para que, posteriormente, se actue sobre esses mesmos factores, no sentido de estes se tornarem coadjuvantes da terapêutica adoptada. É indubitável que a grande maioria das formas de tratamento necessitam que o obeso se sinta motivado. Salienta-se que, conhecer melhor os factores de motivação, mesmo que de forma generalizada, poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, principalmente nutricionistas, uma vez que estes, se deparam frequentemente, com a desmotivação dos seus doentes.

1. Insel PM, Turner RE, Ross D. Nutrition. 3rd ed ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2007. p. 346 - 366.
2. Obesidade em Portugal e no mundo. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008. p. 2 - 231.
3. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response : summary. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2007. p. 1 - 35.
4. Obesidade, prevenção e terapêutica. Lisboa: Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade; 2008. p. 23 - 95.
5. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Prevalence of obesity in Portugal. *Obes Rev.* 2006; 7(3):233-7.
6. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol.* 1996; 70(1):115-26.
7. Grilo CM, Pogue-Geile MF. The nature of environmental influences on weight and obesity: a behavior genetic analysis. *Psychol Bull.* 1991; 110(3):520-37.
8. Silva MN, Markland D, Minderico CS, Vieira PN, Castro MM, Coutinho SR, et al. A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health.* 2008; 8:234.
9. Sabinsky MS, Toft U, Raben A, Holm L. Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss. *Eur J Clin Nutr.* 2007; 61(4):526-31.

10. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum; 1985. p. 3 - 9
11. Cummings S, Parham ES, Strain GW. Position of the American Dietetic Association: weight management. J Am Diet Assoc. 2002; 102(8):1145-55.
12. Moreira P. Obesidade: muito peso, várias medidas. 2ª ed. Porto: Ambar; 2005. p 13 - 131
13. Labib M. acp Best Practice No 168. The investigation and management of obesity. J Clin Pathol. 2003; 56(1):17-25.
14. Foster GD, Nonas C. Managing obesity : a clinical guide. Chicago: American Dietetic Association; 2004. p. 152 - 154.
15. Segal NL, Allison DB. Twins and virtual twins: bases of relative body weight revisited. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002; 26(4):437-41.
16. Perusse L, Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, et al. The human obesity gene map: the 2004 update. Obes Res. 2005; 13(3):381-490.
17. Segal NL, Allison DB. Twins and virtual twins: bases of relative body weight revisited. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002; 26(4):437-41.
18. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med. 2007; 357(4):370-9.
19. Dicionário da língua portuguesa 2006. rev. e actual. ed. Porto: Porto Editora; 2006.
20. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord. 1992; 16(6):397-415.
21. Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. Am J Clin Nutr. 1992; 56(2):320-8.

22. National Institute for Clinical E. Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults. National Institute for Clinical Excellence; 2001.
23. National Institute for Clinical E. Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults. National Institute for Clinical Excellence; 2001.
24. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive-behavioral treatment of obesity : a clinician's guide. New York ; London: Guilford Press; 2003. p. 2 - 4.
25. Wadden TA, Stunkard AJ. Handbook of obesity treatment. New York ; London: Guilford; 2002. p. 465 - 470.
26. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000; 55(1):68-78.
27. Palmeira AL, Teixeira PJ, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, et al. Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007; 4:14.
28. Williams GC, Minicucci DS, Kouides RW, Levesque CS, Chirkov VI, Ryan RM, et al. Self-determination, smoking, diet and health. *Health Educ Res*. 2002; 17(5):512-21.
29. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, et al. Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Med Sci Sports Exerc*. 2006; 38(1):179-88.
30. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med*. 2006; 355(15):1563-71.
31. Poínhos R, Correia F, Maia A, Pinhão S Oliveira B, Medina JL. Efeitos da motivação e do acompanhamento no tratamento da obesidade. *Alimentação Humana*, vol 11 no. 1 2005. 27 - 38.

32. Shay LE. A concept analysis: adherence and weight loss. *Nurs Forum*. 2008; 43(1):42-52.
33. Barnes AS, Goodrick GK, Pavlik V, Markesino J, Laws DY, Taylor WC. Weight loss maintenance in African-American women: focus group results and questionnaire development. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(7):915-22.
34. Svetkey LP, Stevens VJ, Brantley PJ, Appel LJ, Hollis JF, Loria CM, et al. Comparison of strategies for sustaining weight loss: the weight loss maintenance randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299(10):1139-48.
35. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*. 2005; 82(1 Suppl):222S-25S.
36. Teixeira PJ, Palmeira AL, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, et al. Who will lose weight? A reexamination of predictors of weight loss in women. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2004; 1(1):12.
37. Palmeira AL, Markland DA, Silva MN, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, et al. Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009; 6:9.
38. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(9):1124-33.
39. Medicine NLo. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment [Internet]. [citado em: 20/07/09]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=books&cmd=Search&term=motivation%20AND%20hstat%5Bbook%5D&doptcmdl=TOCView&log%24=booksrch&bnam e=hstat>.

40. Dienstbier RE. Perspectives on motivation. University of Nebraska Press; 1991.
41. Herriot AM, Thomas DE, Hart KH, Warren J, Truby H. A qualitative investigation of individuals' experiences and expectations before and after completing a trial of commercial weight loss programmes. *J Hum Nutr Diet*. 2008; 21(1):72-80.
42. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev*. 2005; 6(1):43-65.
43. Pollak KI, Ostbye T, Alexander SC, Gradison M, Bastian LA, Brouwer RJ, et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *J Fam Pract*. 2007; 56(12):1031-6.
44. Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M. Economic incentives for preventive care. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2004; (101):1-7.
45. Arterburn D, Westbrook EO, Wiese CJ, Ludman EJ, Grossman DC, Fishman PA, et al. Insurance coverage and incentives for weight loss among adults with metabolic syndrome. *Obesity (Silver Spring)*. 2008; 16(1):70-6.
46. Dixon JB, Laurie CP, Anderson ML, Hayden MJ, Dixon ME, O'Brien PE. Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2009; 17(4):698-705.
47. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, et al. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg*. 2007; 17(11):1487-91.
48. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003; 11(10):1168-77. [Abstract]

49. Befort CA GK, Hall S, Pulvers KM, Nollen NL, Carbonneau A, Kaur H, Ahluwalia JS. Weight-Related Perceptions Among Patients and Physicians. How Well do Physicians Judge Patients' Motivation to Lose Weight? . J Gen Interne Med. 2005;21: 1086-90.
50. Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. Can Fam Physician. 2008; 54(4):543-7.
51. Ulen CG. Weight Regain Prevention. Clinical Diabetes. 2008; 26:100-13.
52. Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? JAMA. 1999; 282(16):1576-8.
53. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. Am J Clin Nutr. 1998; 68(4):899-917.
54. Abid A, Galuska D, Khan LK, Gillespie C, Ford ES, Serdula MK. Are healthcare professionals advising obese patients to lose weight? A trend analysis. MedGenMed. 2005; 7(4):10.
55. Nawaz H, Adams ML, Katz DL. Weight loss counseling by health care providers. Am J Public Health. 1999; 89(5):764-7.[Abstract]
56. Bish CL, Blanck HM, Serdula MK, Marcus M, Kohl HW, 3rd, Khan LK. Diet and physical activity behaviors among Americans trying to lose weight: 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Obes Res. 2005; 13(3):596-607.
57. Van Dorsten B. The use of motivational interviewing in weight loss. Curr Diab Rep. 2007; 7(5):386-90.
58. McBride A, Petersen T. Working with substance misusers : a guide to theory and practice. London: Routledge; 2002. p. 103 - 105.

59. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007; 30(5):1081-7.
60. Saúde DGd. A obesidade como doença crónica [Internet]. [citado em: 22/07/09]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.