

Percepção de saúde e percepção de competência: a psicologia positiva no tratamento da obesidade.

Sónia Mestre¹ & José Pais Ribeiro¹

¹Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

Nos últimos anos, inúmeros foram os estudos acerca das implicações de variáveis psicológicas no tratamento da obesidade. No entanto, o desafio continua a ser o de perceber o que leva o indivíduo obeso a continuar num tratamento médico.

O objectivo deste estudo foi o de examinar, num período de 6 meses, a relação entre a percepção de saúde e de competência, no tratamento do sujeito com diagnóstico de obesidade (N=90). Os resultados demonstram elevadas correlações entre a saúde física e saúde mental ao longo de todo o tratamento. Os indivíduos percebem-se como mais competentes no final do tratamento, sendo nesta fase que todas as variáveis em estudo se correlacionam positivamente.

Estes resultados demonstram a importância de regulações comportamentais no estudo da obesidade.

Palavras-chave: Saúde, Percepção Competência, Obesidade

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crónica, que envolve factores genéticos, metabólicos, comportamentais e psicológicos. Baseado nestas premissas, há autores que defendem que para se atingir êxito terapêutico, é necessário que o sujeito perceba a doença e o seu tratamento. E isto é conseguido pelo estudo individual do sujeito, em termos de predisposição biológica para a obesidade e as consequências psicológicas causadas pelo excesso de peso (Lang & Froelicher, 2006). Os autores salientam ainda, a importância de examinar os objectivos, as expectativas e motivação do indivíduo para a perda de peso.

A Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985, 2002) tenta explicar a razão pela qual os indivíduos apesar de terem capacidade para agir optarem por não o fazer. Os autores sublinham, que o excesso de incentivo extrínseco pode comprometer a motivação autónoma, uma vez que a motivação humana é mantida por níveis óptimos de estimulação e pela necessidade de competência. Esta última característica associada à auto-determinação e confiança, são as responsáveis pela procura e manutenção de actividades que interessam particularmente ao sujeito. Existe assim, uma relação positiva entre a percepção de competência e a motivação autónoma e uma relação negativa entre esta medida e a motivação controlada (Deci & Ryan, 2000). A

investigação demonstra, que a motivação autónoma está interligada a uma maior predisposição para comportamentos de saúde (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004) e que isto pode ser facilitado pelo apoio dos técnicos de saúde ao longo do tratamento (Ryan, 2008).

A obesidade está associada ao desenvolvimento de outras doenças, que normalmente têm impacto na saúde do sujeito, quer a nível físico, quer a nível mental. Apesar de saúde e doença formarem entidades diferentes (Pais Ribeiro, 2005), é necessário entendê-las também como um processo dinâmico, pois só desta forma podemos entender a percepção do estado de saúde do sujeito. Com efeito, vários estudos examinaram como a função física pode influenciar de forma directa a saúde mental (Miquelon & Vallerand, 2008; Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz & Joiner, 2001; Ryan & Deci, 2001). Ainda de acordo com a Teoria de Auto-Determinação, todos os sujeitos têm necessidades físicas e psicológicas, que têm que ser satisfeitas, e quando isto acontece ocorre um estado de bem-estar e de saúde (Ryan & Deci, 2000).

Neste contexto, pretendemos analisar a obesidade numa perspectiva motivacional, associando a percepção de saúde com a percepção de competência, e de que forma estas se correlacionam ao longo de 6 meses de tratamento.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Os participantes deste estudo ($N = 90$; 73% do sexo feminino), tinham idades compreendidas entre os 15 e os 62 anos ($M = 36,53$; $SD = 9,70$). A maioria (56,7%) era activa profissionalmente e apresentavam uma média de 8,63 anos de escolaridade ($SD = 4,27$). O tempo médio de doença foi de 16,22 ($SD = 10,61$) e ao longo do processo de tratamento verificou-se perda de Índice de Massa Corporal (IMC). Assim, no início do programa os indivíduos tinham um IMC médio de $41,79 \text{Kg/m}^2$ ($SD = 10,61$); aos 3 meses o IMC foi de $40,60 \text{Kg/m}^2$ ($SD = 7,31$); e no final do tratamento o IMC apresentado pelos sujeitos foi de $39,42 \text{Kg/m}^2$ ($SD = 7,45$).

2.2 Instrumentos

Escala de Percepção de Competências. Esta escala de apenas 4 itens, avalia o grau de confiança que o sujeito tem em manter uma dieta saudável. Foi desenvolvida no âmbito da teoria de auto-determinação, sendo o seu nome original de Perceived Competence Scale. Na tradução para a população portuguesa (Mestre & Pais Ribeiro,

2008) este instrumento de avaliação apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=0,90$). As respostas são dadas numa escala de Likert de 7 pontos, sendo o score total dado pela soma dos 4 itens. Neste estudo o alpha de cronbach variou entre 0,90 (início do estudo) e 0,92 (aos 3 meses de tratamento) e 0,95 (no final da investigação).

Questionário de Avaliação do Estado de Saúde Geral, versão reduzida (SF-8). Este questionário é uma versão reduzida do SF-36 e foi adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro (2005). É uma medida genérica do estado de saúde, contendo 8 itens agrupados em duas escalas: uma escala de saúde física ($\alpha=0,71$), e uma escala de saúde mental ($\alpha=0,72$). A nota final para a escala de saúde física é calculada da seguinte forma: $((\text{soma dos itens}-4)/12)\times 100$. Para a escala mental, o valor final é obtido da seguinte maneira: $(\text{soma itens}-4)/15)\times 100$. Na presente investigação os valores obtidos para este questionário para a componente física variaram entre 0,85 (início do tratamento) e 0,55 (aos 3 meses de tratamento) e 0,74 (aos 6 meses de tratamento). Para a escala de saúde mental os valores variaram entre 0,64 (início da investigação), e 0,70 (aos 3 meses de tratamento) e 0,55 (no final do estudo).

2.3 Procedimentos

Todos os sujeitos desta investigação estavam integrados num programa para perda de peso num hospital comunitário, tendo respondido aos questionários de forma voluntária. Em todos os momentos em estudo foram aplicados a versão portuguesa do Perceived Competence Scale, e a versão reduzida do questionário de avaliação do Estado de Saúde (SF-8). No início da investigação os sujeitos responderam ainda a um questionário demográfico, com questões relativas à idade, ao sexo, ao tempo de doença e ao Índice de Massa Corporal.

3. RESULTADOS

Os resultados foram examinados com base na análise de médias e desvio padrão, e no estudo de associações usando para o efeito a correlação de Pearson.

A tabela 1 mostra a diferenças de médias, entre sexos e a avaliação do estado de saúde. De um modo geral, ao longo do tratamento, os homens percebem a sua saúde de forma mais positiva do que as mulheres. Esta diferença é mais notória em relação à função física, e no início do estudo. De salientar, que ambos os sexos parecem avaliar-se com mais capacidade funcionais ao fim de 6 meses de tratamento.

Tabela 1 - *Diferenças de médias entre sexos para as variáveis: Função Física e Função Mental*

Variáveis		Média Homens	Média Mulheres	t
Tempo 1	Função Física	2,89	1,91	5,43*
	Função Mental	3,36	2,51	4,33*
Tempo 2	Função Física	3,13	2,34	5,85*
	Função Mental	4,01	3,22	4,61*
Tempo 3	Função Física	3,40	2,69	5,01*
	Função Mental	4,10	3,32	4,49*

Nota: Tempo 1: início do estudo; Tempo 2: 3 meses de tratamento; Tempo 3: 6 meses de tratamento; * $p < 0,0001$

Relativamente à percepção de competência, os resultados mostram, que os sujeitos ao longo do processo terapêutico vão aumentando o seu nível de confiança em manter uma dieta saudável: no início do tratamento $M=4,79$, $SD= 1,27$; aos 3 meses de tratamento $M=5,23$; $SD= 1,09$; aos 6 meses de tratamento $M= 5,71$; $SD= 1,29$.

Similarmente, na análise de avaliação do estado de saúde, os sujeitos também demonstram um aumento da avaliação da componente física: no início do tratamento $M=2,10$, $SD= 0,79$; aos 3 meses de tratamento $M=2,49$; $SD= 0,59$; aos 6 meses de tratamento $M= 2,88$; $SD= 0,59$. O mesmo acontece para a avaliação da componente mental, denotando-se um aumento da sua avaliação: no início do tratamento $M=2,67$, $SD= 0,79$; aos 3 meses de tratamento $M=3,37$; $SD= 0,70$; aos 6 meses de tratamento $M= 3,46$; $SD= 0,71$.

Na tabela 2, constata-se correlações significativas entre a escala de Percepção de Competências e a versão reduzida da Escala de Estado de Saúde, em todos os momentos em estudo. Verifica-se igualmente, que uma elevada avaliação de competência no início do estudo, não parece influenciar a avaliação do estado de saúde aos 3 e 6 meses de programa. O mesmo não se verifica com a avaliação que o sujeito faz do seu estado de saúde na componente física, que parece ter influência com a avaliação que faz posteriormente não só da sua capacidade em manter uma dieta saudável, mas também com o seu estado de saúde mental.

Tabela 2- *Correlações entre escalas*

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tempo 1									
1. Percepção Competência	—								
2. Função Física	0,31**	—							
3. Função Mental	0,24*	0,52**	—						
Tempo 2									
4. Percepção Competência	0,57**	0,21*	ns	—					
5. Função Física	ns	0,55**	0,42**	0,25*	—				
6. Função Mental	ns	0,51**	0,63**	0,26*	0,40**	—			
Tempo 3									
7. Percepção Competência	ns	ns	ns	0,58**	ns	ns	—		
8. Função Física	ns	0,48**	0,23*	0,46**	0,45**	0,56**	0,47**	—	
9. Função Mental	ns	ns	0,35**	0,42**	0,32**	0,53**	0,47**	0,63**	—

Nota: Tempo 1: início do tratamento; Tempo 2: 3 meses de tratamento; Tempo 3: 6 meses de tratamento; ns: não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Identifica-se ainda uma correlação negativa entre o tempo de doença e a avaliação que o sujeito faz da sua função física, aos 6 meses de programa para perda de peso ($r = -0,21$ $p < 0,05$). Esta variável teve ainda uma correlação positiva com a idade ($r = 0,39$ $p < 0,01$).

Relativamente à idade verifica-se, que no final do estudo, estava correlacionada negativamente com a avaliação do estado de saúde; na função física ($r = -0,36$, $p < 0,01$) e na função mental ($r = -0,30$, $p < 0,01$).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base na Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985, 2002), realizou-se um estudo longitudinal onde se estabelece a relação entre a percepção de competência e a avaliação do estado de saúde.

Nesta teoria, consideram-se dois conceitos centrais. São eles: o conceito de autonomia e o de percepção de competência. De um modo geral, os autores propõem que as pessoas são autonomamente motivadas quando sentem que têm escolha para agir e para iniciar um comportamento. Neste sentido, num programa para perda de peso o

sujeito obeso irá sentir-se autónomo se a decisão para entrar no programa for sua, pois quer melhorar a sua saúde. Contrariamente, à noção de autonomia existe a regulação controlada (Reeve, 2002), quando o sujeito é coagido por factores externos para perder peso. No contexto da obesidade, os estudos revelam que este tipo de regulação está associado a um programa dietético rígido, e que isto contribui para uma pior saúde (Strong & Huon, 1999).

Em relação à percepção de competência, constata-se que esta é similar ao conceito de auto-eficácia de Bandura (1987, 1997), pelo que em contexto de saúde, os indivíduos percebem-se competentes quando sentem capacidade para atingir objectivos que melhorem o seu estado de saúde. Vários estudos demonstram que existe uma clara associação positiva entre autonomia e competência, pois quando os sujeitos eram motivados de forma autónoma, sentiam-se mais competentes para alcançar o objectivo do programa de saúde que integravam (Williams & Deci, 1996; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Deci, 2004).

A nossa investigação é concordante com estes resultados. De facto, a confiança para agir aumentou desde o início do programa até aos 6 meses de tratamento médico, à medida que aumentava a percepção de melhor estado de saúde física e mental. Contudo, apesar de ambas as variáveis estarem associadas, denota-se que a confiança em manter uma dieta saudável no início não prenunciava a avaliação da saúde aos 6 meses. Esta situação poderá ser uma consequência da pouca internalização, apesar de existir autonomia. De acordo com a teoria de auto-determinação, existe um continuum entre a regulação autónoma e a regulação controlada. Quando o sujeito é inteiramente internalizado diz-se que tem uma regulação integrada; quando possui uma regulação parcialmente internalizada significa que é intjectado (Deci & Ryan, 2000). Assim, estes diferentes graus que separam a regulação autónoma da controlada podem ser uma possível explicação para estes resultados entre os sujeitos.

Por outro lado, quando os sujeitos se sentem competentes na realização de um objectivo, apresentam uma melhor saúde mental, com menos sintomas depressivos e ansiedade; avaliam melhor o seu estado de saúde e adoptam hábitos alimentares mais saudáveis (Ryan, 2008). Estes resultados vão de encontro com os nossos, pois uma maior percepção de competência foi associada positivamente com a função física e mental.

Analisando diferenças entre género, constata-se uma diferença entre homens e mulheres na avaliação do estado de saúde, mas não na percepção de competência. Uma

vez mais estes resultados salientam a multidimensionalidade desta doença, pelo que no tratamento é necessário considerar diferenças entre sujeitos que dependem de factores típicos do próprio género.

Importa ainda salientar, que apesar de a obesidade depender de muitos factores, tem sido demonstrado que os programas para perda de peso com mais sucesso são aqueles que integram uma componente interventiva ao nível médico, dietético e terapia comportamental (Lang & Froelicher, 2006). Na presente população os sujeitos estavam integrados num programa para perda de peso onde tinham as três valências descritas. Talvez por isso, conseguiram cumprir o objectivo terapêutico e diminuíram o IMC ao longo dos 6 meses de tratamento

5. CONCLUSÕES

O termo motivação significa “agir” e está extraordinariamente associado com o conceito de objectivo. Em contexto de reabilitação a motivação é um conceito bastante importante, porém de difícil medição. Nesta investigação demonstra-se a partir da percepção de competência, que a motivação autónoma regula o comportamento do indivíduo obeso e que condiciona a avaliação que faz da sua saúde.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), bolsa de doutoramento SFRH/BD/23562/2005

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sónia Mestre
e-mail: soniamest@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, *44*, 1175-1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: The University of Rochester Press.

- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology, 49* (1), 14-23.
- Lang, A., & Froelicher, E.S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioural intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*, 102-114.
- Mestre, S., & Pais Ribeiro, J. L. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na Teoria de Auto-Determinação. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 623-625*.
- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2008). Goal Motives, Well-Being, and Physical Health: An Integrative Model. *Canadian Psychology, 49* (3), 241-249.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). O Importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde-SF-36. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. E. (2001). Are happy people healthier? The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality, 35*, 521-536.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviours, sustained dietary behaviour change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion, 28* (3), 245-277.
- Reeve, J. (2002). Self-determination theory applied to educational settings. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.). *Handbook of self-determination research* (pp.183-203). Rochester: University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self – determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55* (1), 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Strong, K. G., & Huon, G. F. (1999). Motivational processes and the persistence of weight-loss dieting. *British Journal of Health Psychology, 4*, 151-163.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: a test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 767-779.

Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23*, 58-66.