

MODELOS COGNITIVOS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

O que motiva as pessoas para mudarem o seu comportamento?

- **Crenças normativas**

- Crenças acerca da aprovação ou desaprovação do nosso comportamento por parte da maioria das pessoas (ou das mais significativas/importantes)

- **Controlo percebido**

- Que controlo consideramos ter sobre um comportamento particular
 - e.g., comportamentos de adição = baixo controlo percebido

- **Erro de atribuição fundamental**

- crença de que os resultados são mais função da acção pessoal do que na realidade são (ie, as pessoas tendem a sobrestimar a “quantidade” de controlo individual que têm). Pode ser funcional ou disfuncional

O que motiva as pessoas para mudarem o seu comportamento?

- **Susceptibilidade pessoal**
 - crença de que somos susceptíveis a uma situação que ameaça algo que valorizamos
- **Gravidade percebida**
 - Quantidade de ameaça percebida (quanto maior a gravidade percebida, mais provável a mudança)
- **Os “prós” percebidos suplantam os “contras” percebidos**
- **Expectativas de resultado**
 - Crença de que a mudança terá valor (i.e., que a realização da acção recomendada reduzirá a ameaça percebida)

• TEORIA DA ATRIBUIÇÃO

- As pessoas tentam encontrar uma explicação causal para os acontecimentos no seu mundo particular, sobretudo quando são inesperados e têm relevância pessoal (e.g., uma doença)
- Classificação das dimensões atribucionais ao longo de 3 dimensões:
 - *Locus* – medida na qual a causa está localizada interna ou externamente à pessoa
 - Controlabilidade – medida na qual a pessoa tem controlo sobre a causa
 - Estabilidade – medida na qual a causa é estável ou mutável

- **MODELO DE LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE**
 - Enfatiza atribuições de causalidade e de controlo
 - Está relacionado com o facto das pessoas poderem mudar o seu comportamento e o estilo de comunicação que solicitam dos profissionais de saúde

• OPTIMISMO IRREALISTA

- Ênfase nas percepções de:
 - Susceptibilidade
 - Risco

4 factores cognitivos que contribuem para o O.I.:

- Falta de experiência pessoal com o problema
- Crença de que o problema pode ser prevenido através de uma acção individual
- Crença de que se o problema ainda não apareceu, não irá aparecer no futuro
- Crença de que o problema é pouco frequente

MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE

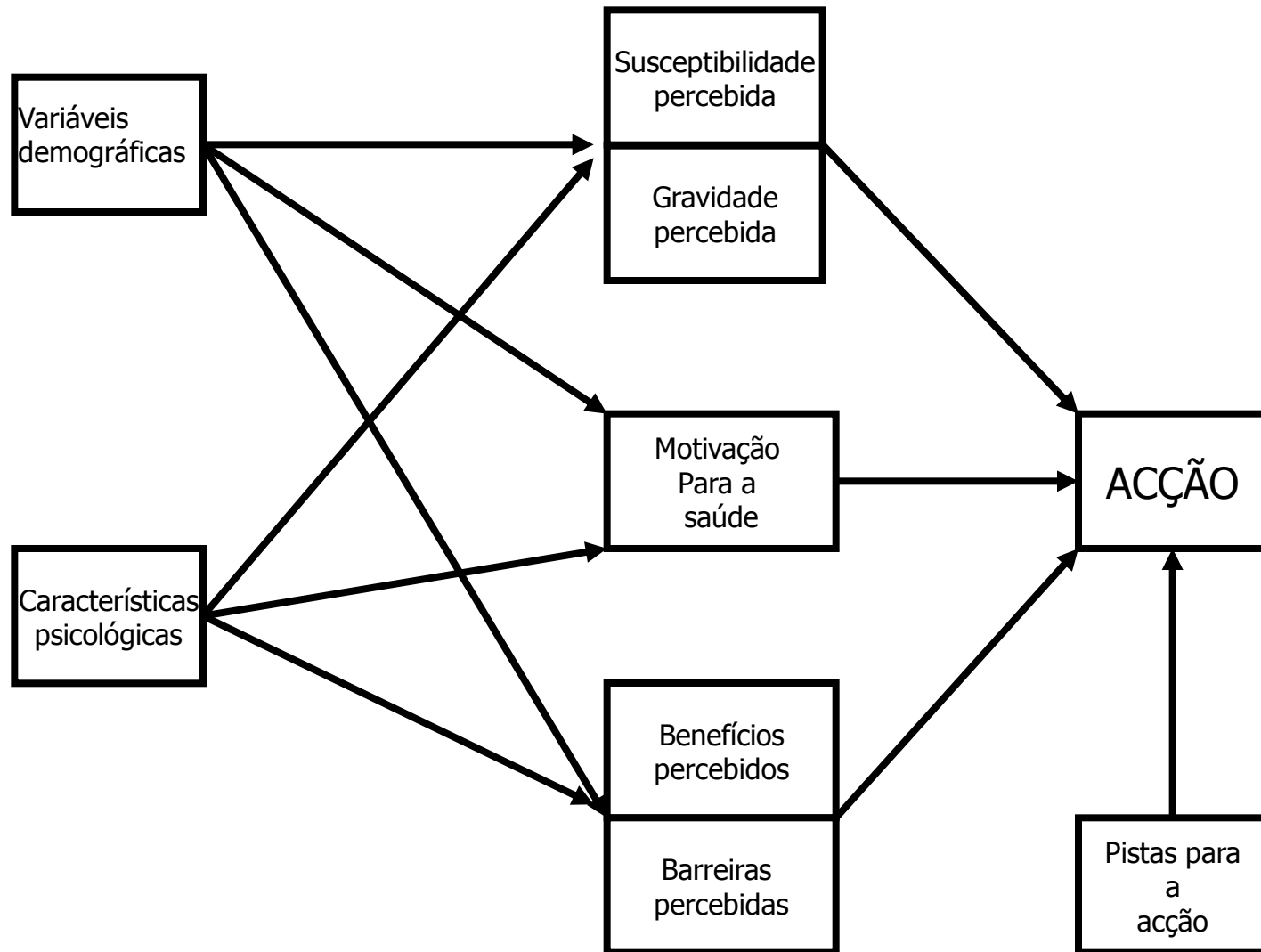
- As pessoas receiam as doenças e as suas acções de saúde são motivadas por:
 - pelo grau de medo (ameaça percebida)
 - Pela redução do medo esperada, tanto mais quanto essa redução seja mais forte que as barreiras práticas e psicológicas encontradas (benefícios)

GRANDES CONCEITOS

- 1- Susceptibilidade percebida
- 2- Gravidade percebida
- 3- Benefícios percebidos
- 4- Barreiras percebidas
- 5- Motivação para a saúde

- Pistas para a acção – acontecimentos (internos ou externos) que podem activar a *prontidão* da pessoa e estimular um comportamento
- Auto-eficácia – confiança da pessoa na sua capacidade para desempenhar uma acção com sucesso

MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE



• TEORIA DA MOTIVAÇÃO PARA A PROTECÇÃO

• Componentes da TMP (5):

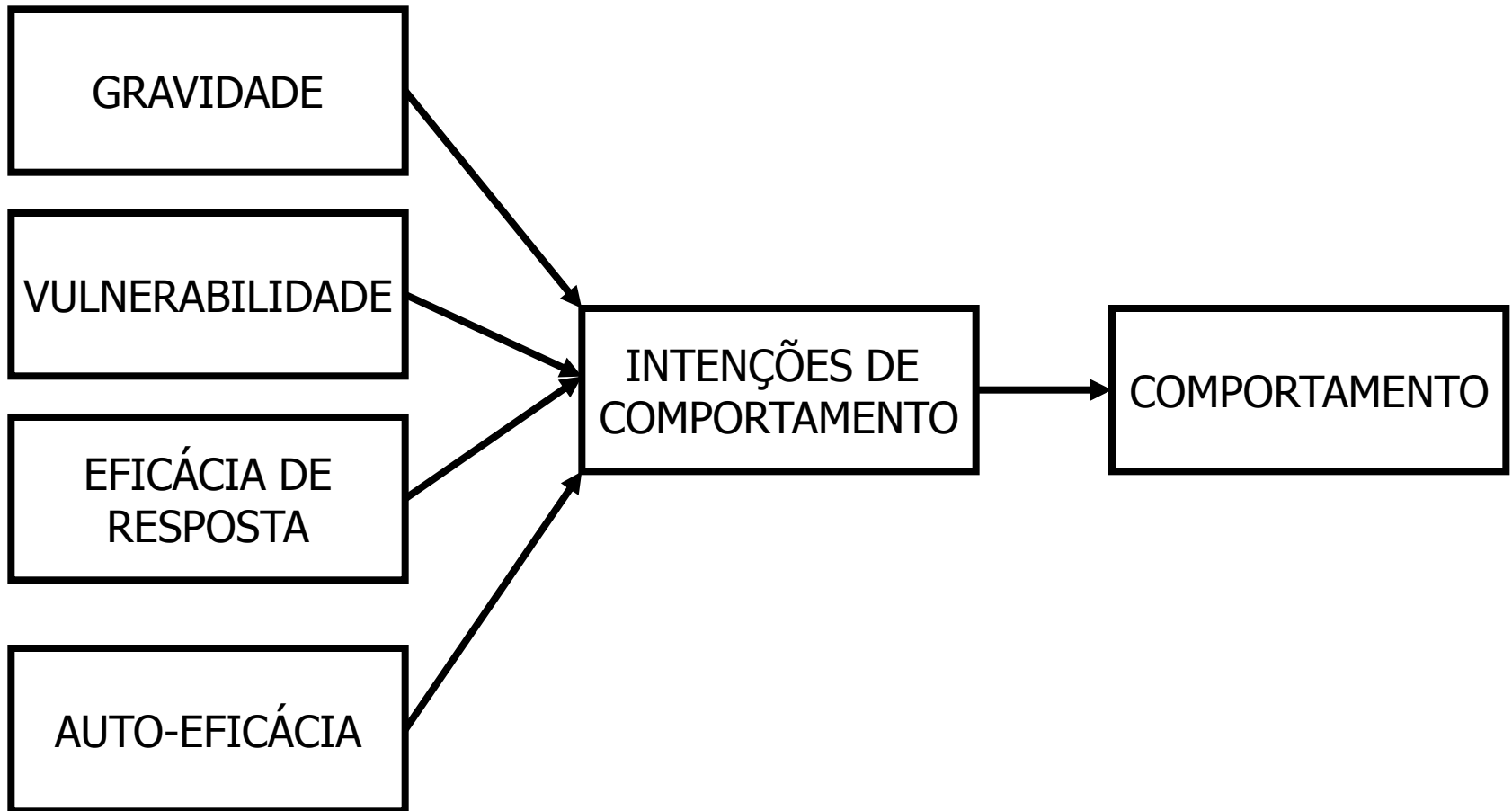
– Avaliação do confronto

- 1- auto-eficácia
- 2- eficácia de resposta

– Avaliação da ameaça

- 3- gravidade
- 4- vulnerabilidade
- 5- medo

TEORIA DA MOTIVAÇÃO PARA A PROTECÇÃO



• MODELOS DA COGNIÇÃO SOCIAL

- A mudança no comportamento é influenciada pelo meio, por factores pessoais e por aspectos do próprio comportamento

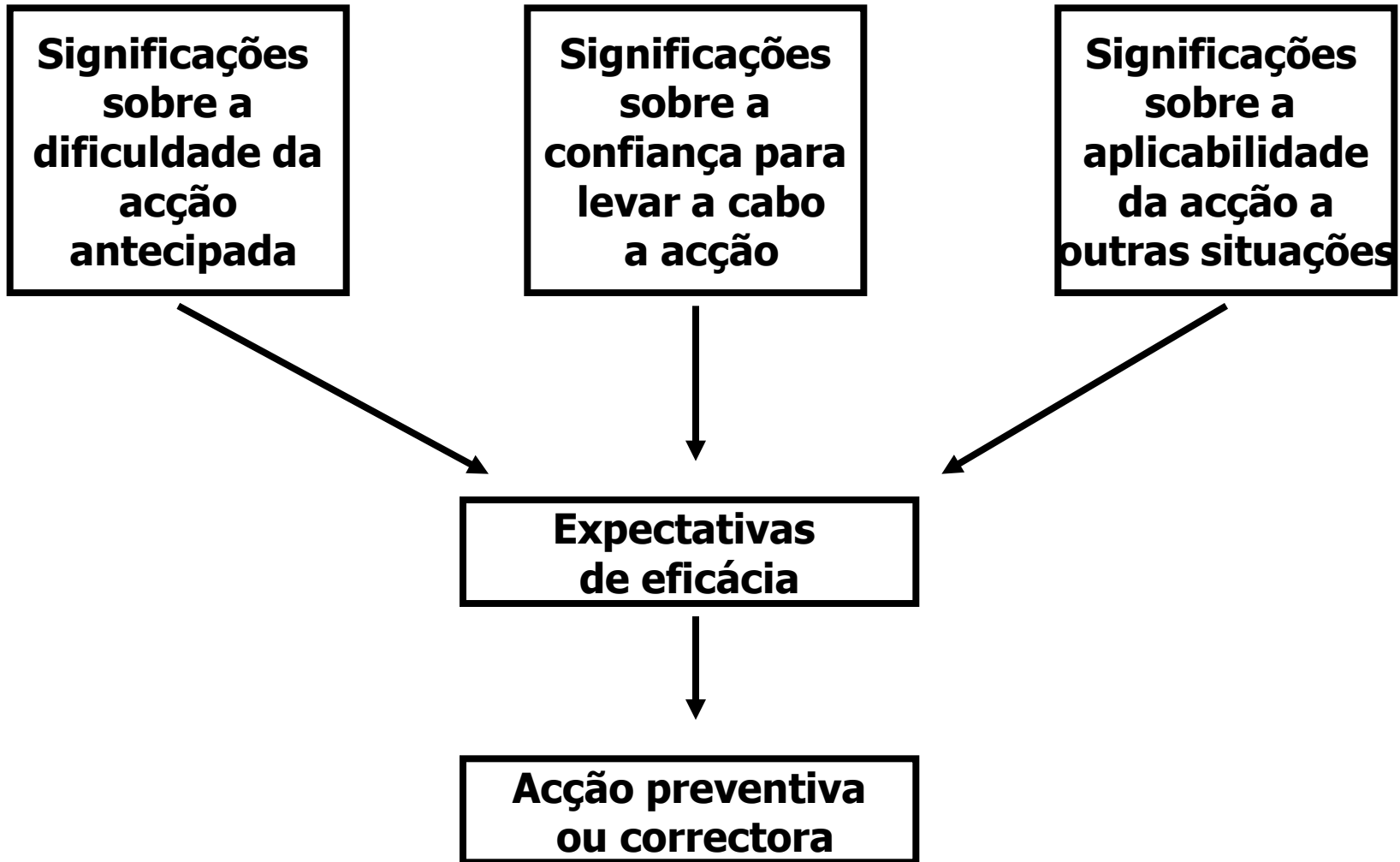
Principais conceitos

- Meio ambiente
- Situação
- Capacidade comportamental
- Expectativas
- Auto-controlo
- Aprendizagem vicariante
- Reforços (incentivos)
- Respostas de confronto emocional
- Auto-eficácia
- Crenças normativas (cognições sociais)
- Determinismo recíproco

Expectativas e Auto-Eficácia (Bandura)

- Expectativas associadas aos resultados da mudança comportamental
- Expectativas de auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA – Convicção de que a pessoa consegue executar o comportamento desejado com sucesso de modo a produzir o resultado desejado



Modelo de Auto-Eficácia

Modelo da Auto-Eficácia

- Tabagismo (DiClemente e al., 1985)
- Doenças crónicas respiratórias (Kapan e al., 1984)
- Perda de peso (Schifter & Ajzen, 1985)
- Uso de preservativo (Wulfert & Wan, 1993)
- Exercício físico (McAuley & Courneya, 1992)
- Processos aditivos (DiClemente e al., 1995)
- Prevenção das doenças em geral (Schwarzer, 1992; Strecher e al., 1986)

Teoria da Acção Reflectida

Enfatiza as *Intenções Comportamentais*

Intenções – planos de acção para atingir objectivos comportamentais

As intenções resultam das seguintes crenças:

- Atitude do próprio em relação ao comportamento novo (atitude + ou -)
- Avaliação que o próprio faz sobre as normas e valores sociais relevantes relacionados com o comportamento

Acção antecipada

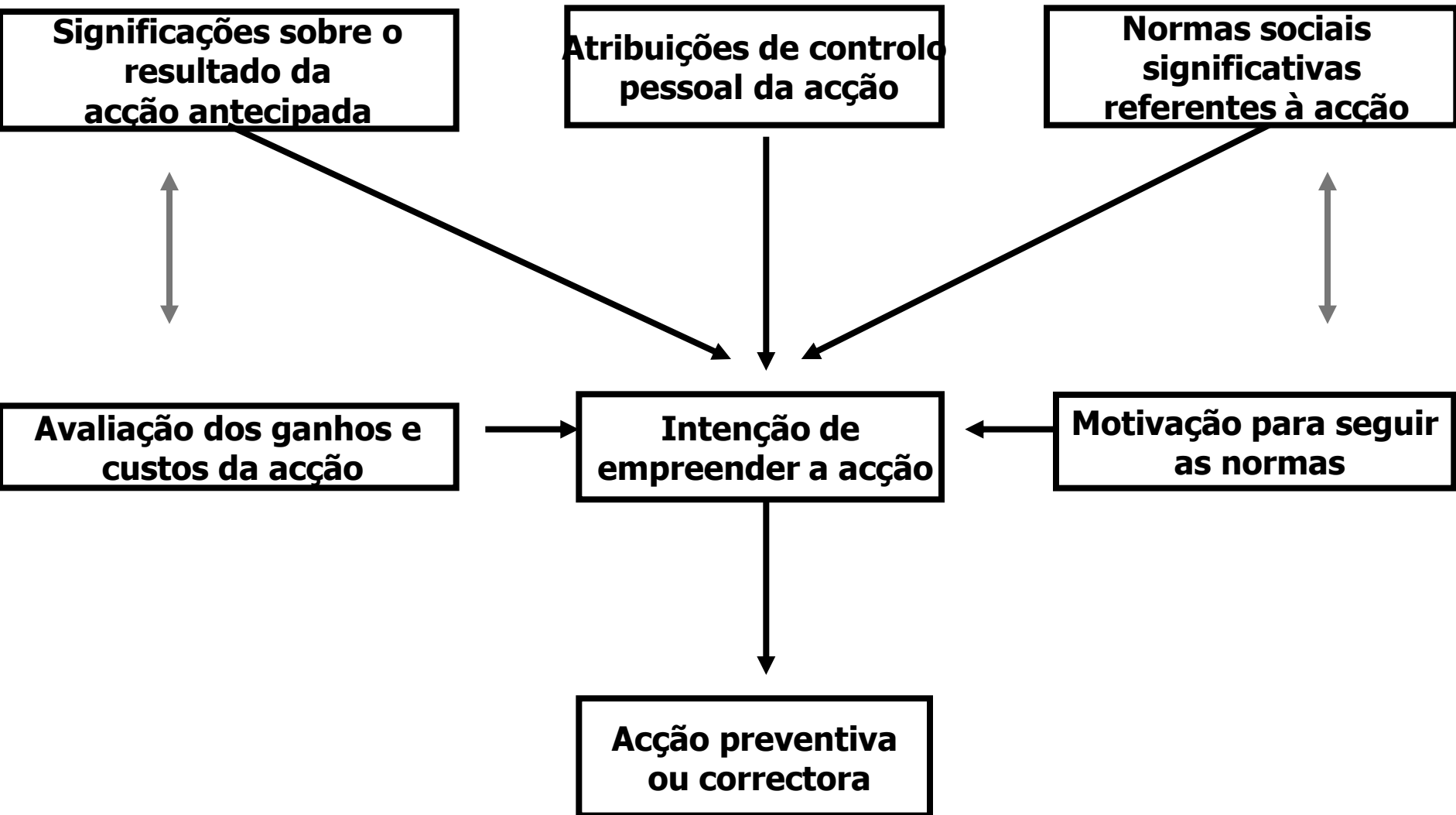
- 1- *Antecipação* dos resultados dessa acção
- 2- *Avaliação* das vantagens e desvantagens dessa acção

Normas subjectivas

- 3- *Normas sociais*
- 4- Motivação para a *conformidade* ou submissão a essas normas

Controlo comportamental percebido

- Auto-eficácia
- Barreiras percebidas



Modelo da Acção Reflectida

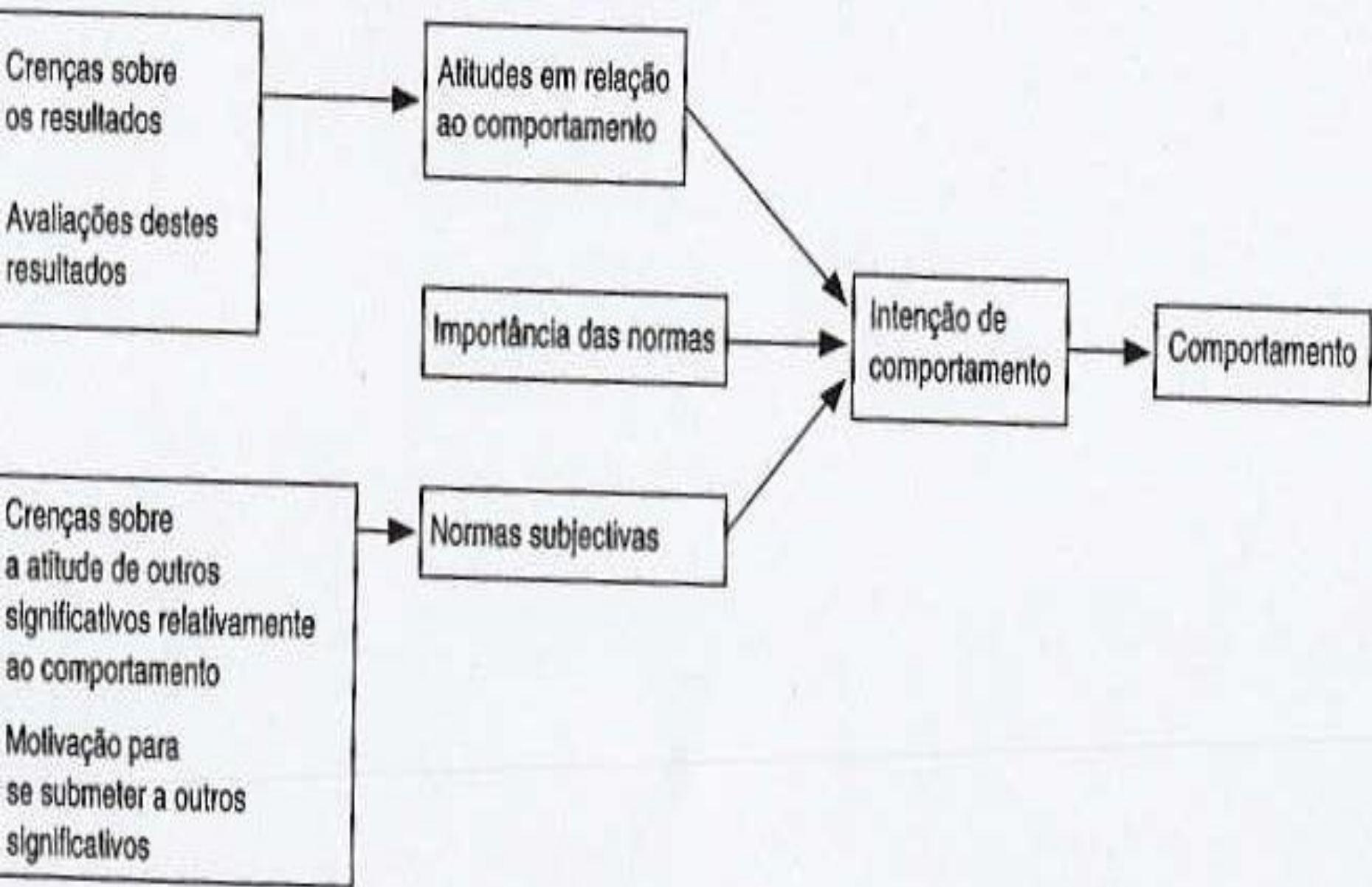


Figura 2.5. Bases da teoria da acção ponderada.

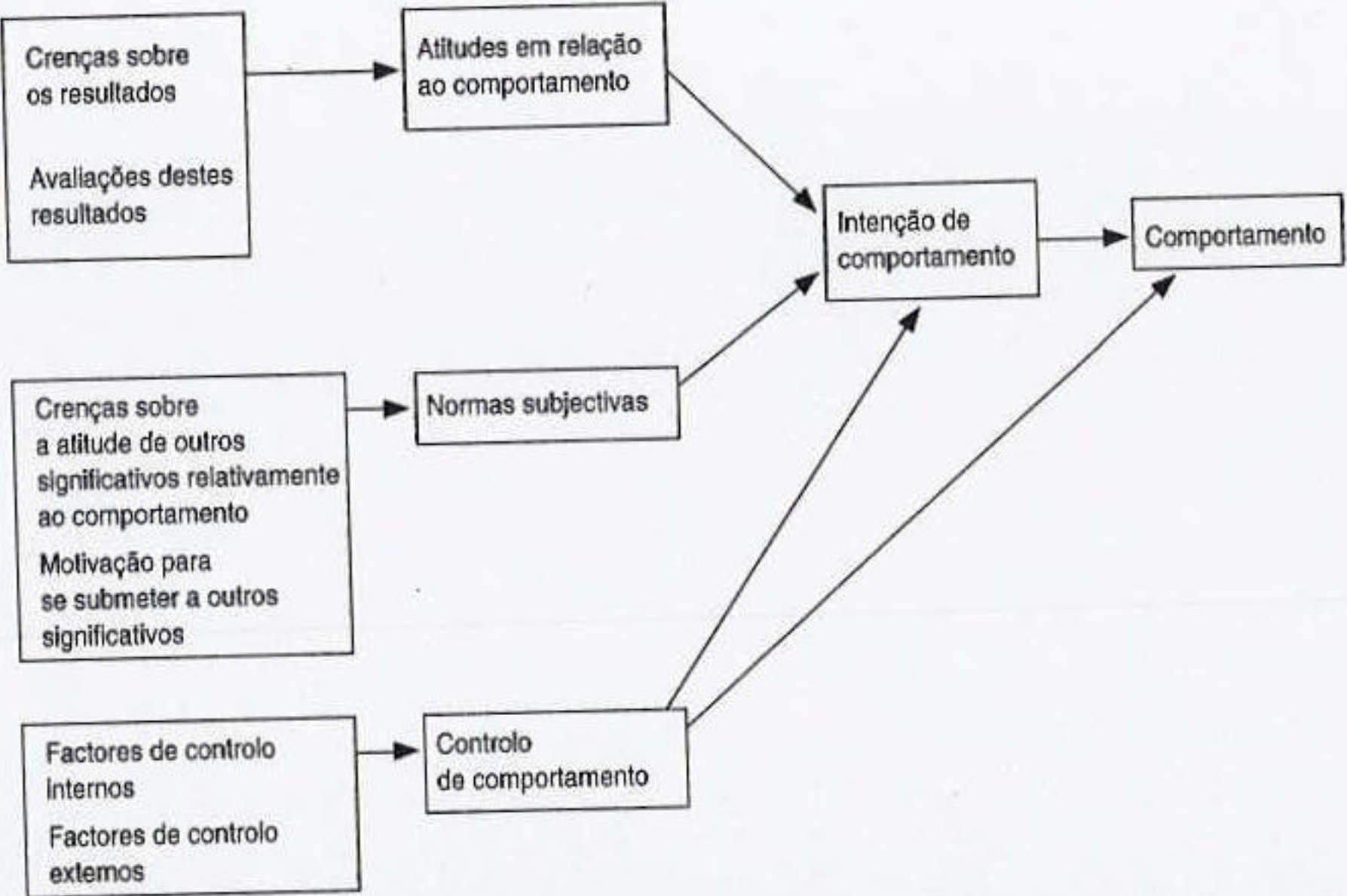


Figura 2.6. Bases da teoria do comportamento planeado.

Modelo da Acção Reflectida

- Uso de preservativos (Basen-Engquist & Parcel, 1992), e de contraceptivos (Doll & Orth, 1993)
- Auto-exame mamário (Lierman et al., 1990), e testicular (Brubaker & Wickersham, 1990)
- Participação na mamografia (Montano & Taplin, 1991), e participação em programas de detecção de cancro (DeVellis et al., 1990)
- Dar sangue (Bagozzi, 1981)
- Tabagismo (Fishbein, 1982)
- Exercício físico (Wurtele & Maddux, 1987)
- Perda de peso (Schifter & Ajzen, 1985)

Modelo de Acção de Saúde

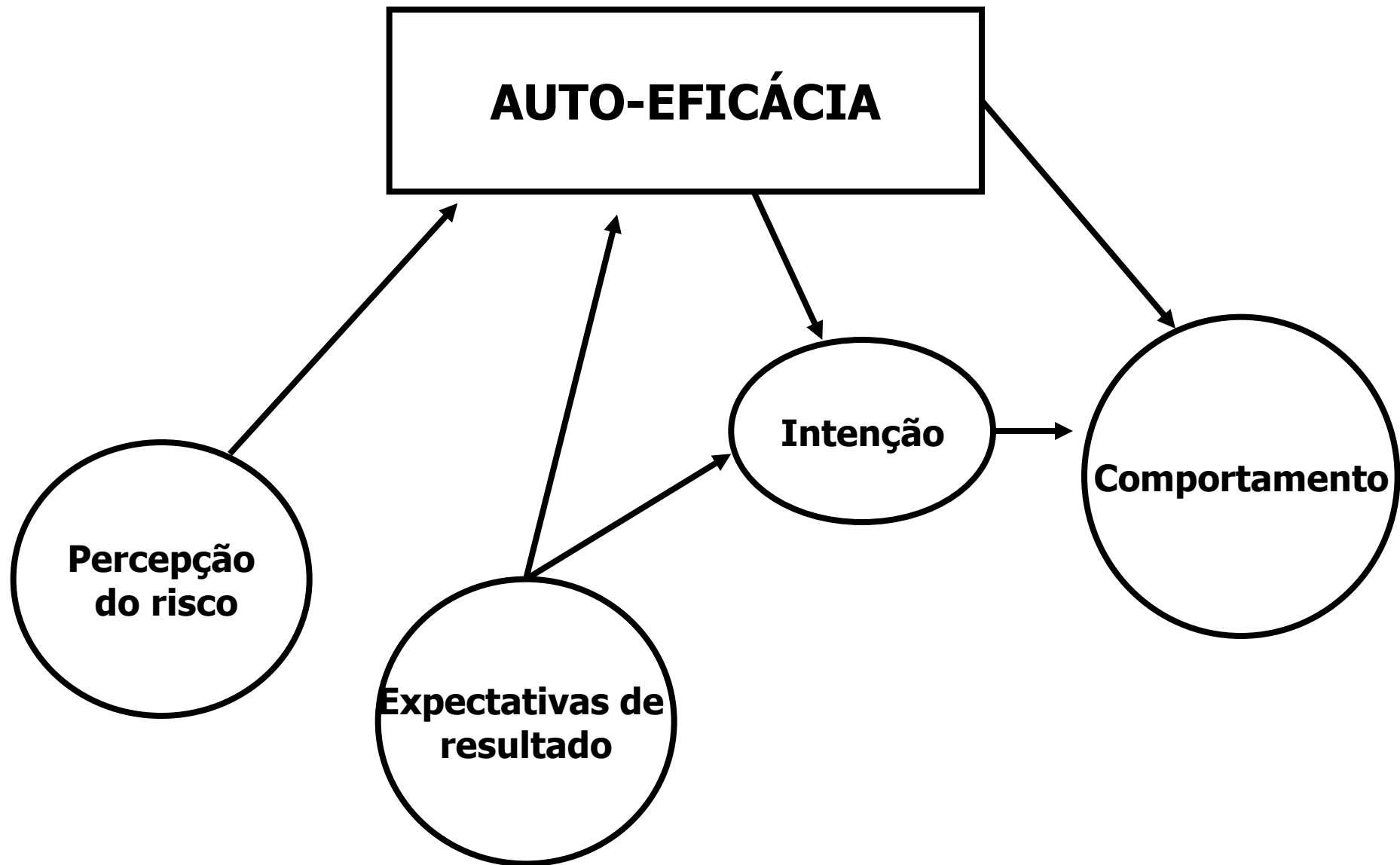
- Não são só as crenças individuais que explicam a mudança. O contexto ou ambiente social da pessoa são críticos para este processo
- O M.A.S. inclui:
 - Um elemento temporal na compreensão das crenças e do comportamento
 - Enfatiza a importância da auto-eficácia
 - Distinção entre um estadio de tomada de decisão/motivacional e um estadio de manutenção da acção

- **Estadio de motivação:**
 - Auto-eficácia
 - Expectativas de resultado (e um subconjunto de expectativas sociais de resultado)
 - Avaliação da ameaça (crenças acerca da gravidade de uma doença e da vulnerabilidade pessoal)

Estadio de acção:

- **Factor cognitivo (planos de acção e controlo da acção)**
- **Factor situacional (suporte social e ausência de barreiras situacionais)**

Modelo de Acção na Saúde



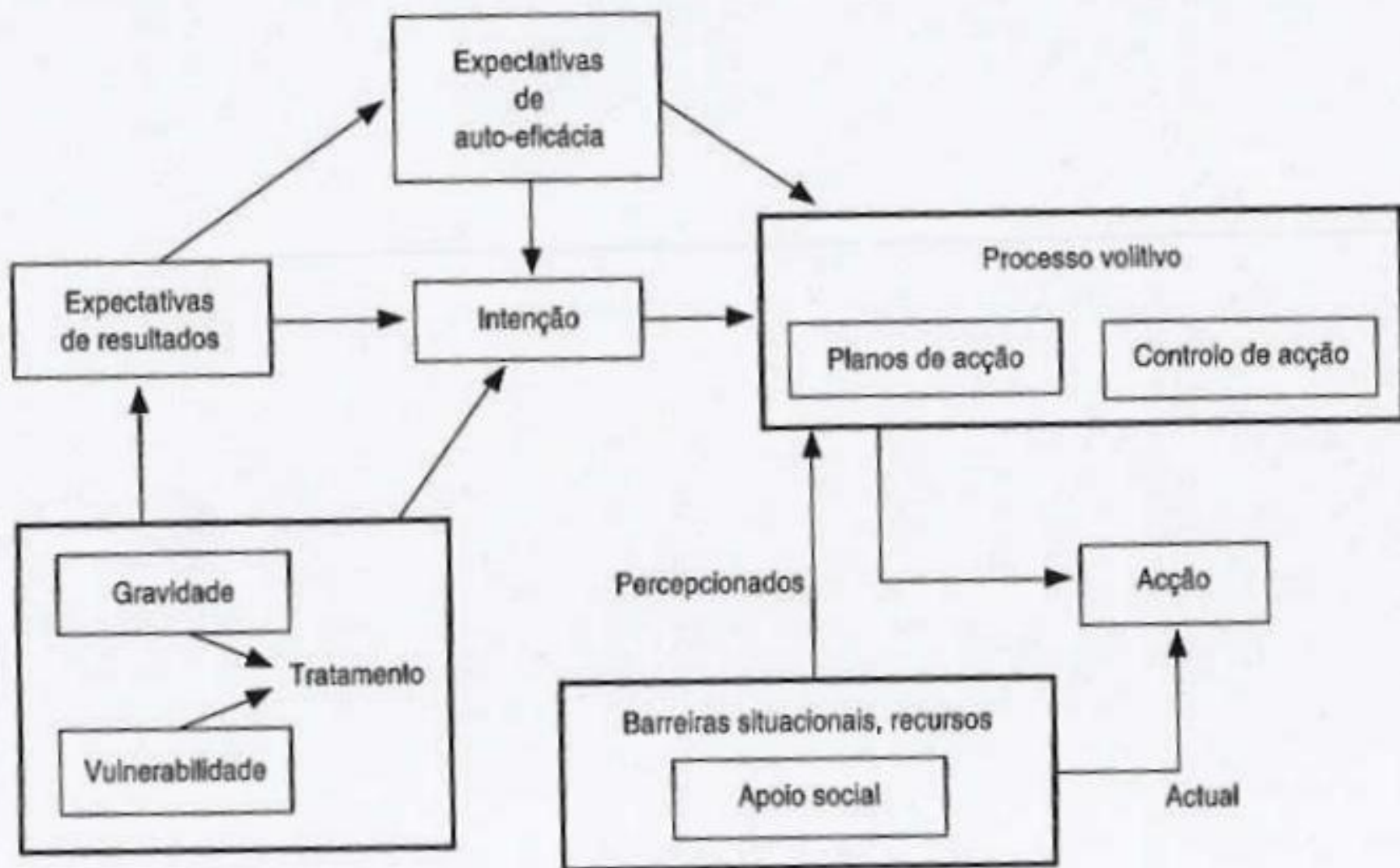


Figura 2.7. A abordagem do processo de ação para a saúde.

- **MODELO DE FASES DE MUDANÇA**

Modelos de Fases de Mudança (MTT)

- Prochaska e DiClemente
 - Pré-intenção
 - Intenção
 - Preparação
 - Acção
 - Manutenção ou recaída

MTT

Preparação para a mudança e gestão de múltiplos problemas

Motivação e Preparação

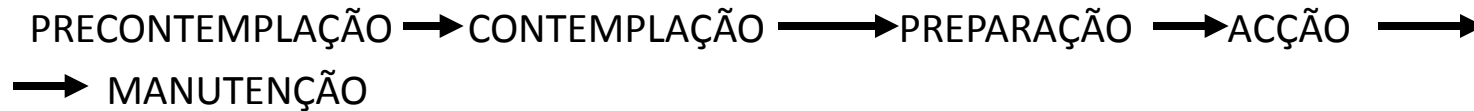
- Estar motivado ou pronto para desempenhar um comportamento é extremamente crítico para esse desempenho e seus resultados (Simpson, Miller, DiClemente, Prochaska, DeLeon)
- O desafio consiste em como conceptualizar e medir essa motivação e prontidão
- A literatura é confusa porque a ligação entre o que é medido e como é medido é problemática
(DiClemente, Schlundt & Gemell, 2004)

Dimensões críticas

- Clareza acerca de que comportamento ou constelação de comportamentos constituem o foco da “prontidão”
- Distinção entre “prontidão” para se empenhar e “prontidão” para mudar
- Ver a “prontidão” como um fenómeno complexo e não como um simples mecanismo de interruptor SIM-NÃO

MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA INTENCIONAL DO COMPORTAMENTO

FASES DE MUDANÇA



PROCESSOS DE MUDANÇA

COGNITIVO/EXPERIENCIAL

- Aumento da consciência
- Auto-avaliação
- Reavaliação ambiental
- Excitação emocional/alívio dramático
- Libertação social

COMPORTAMENTAL

- Auto-libertação
- Contra-condicionamento
- Controlo de estímulos
- Gestão de reforços
- Relações de ajuda

CONTEXTO DE MUDANÇA

- 1. Situações da vida corrente
- 2. Crenças e Atitudes
- 3. Relações interpessoais
- 4. Sistemas sociais
- 5. Fortalecimento das características pessoais

MARCADORES DE MUDANÇA

- Balança de decisão
- Auto-eficácia/Tentação

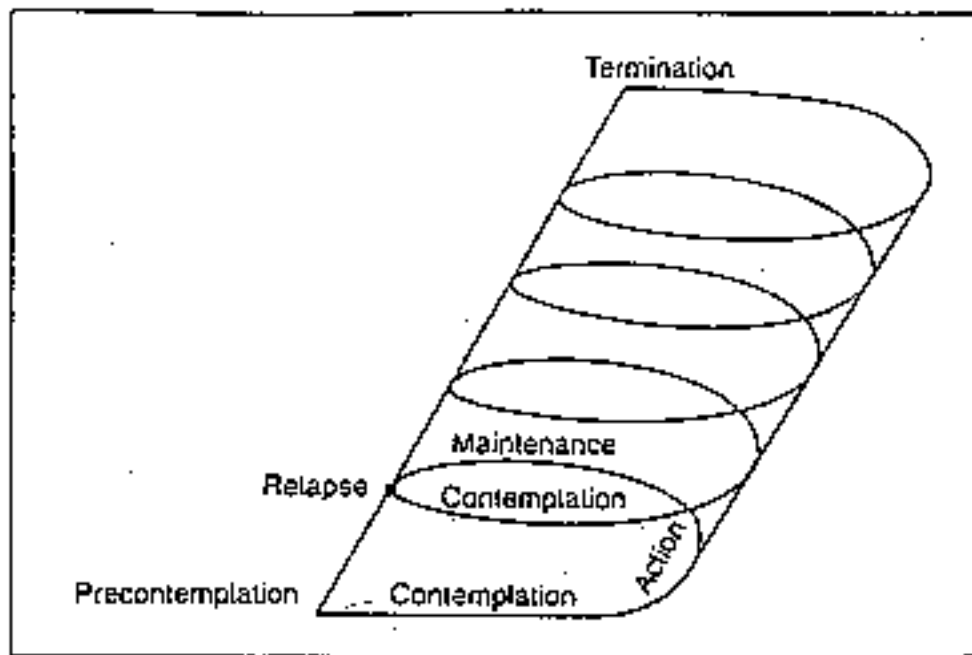







Figure 2

COMO É QUE AS PESSOAS MUDAM?

As pessoas mudam voluntariamente apenas quando:

- Se interessam ou preocupam acerca da necessidade de mudança
- Se convencem de que a mudança é do seu melhor interesse ou de que as beneficiará mais do que lhes pode custar
- Organizam um plano de acção que estão empenhadas em implementar
- Iniciam as acções necessárias para realizar e manter a mudança

FASES DAS TAREFAS DE MUDANÇA

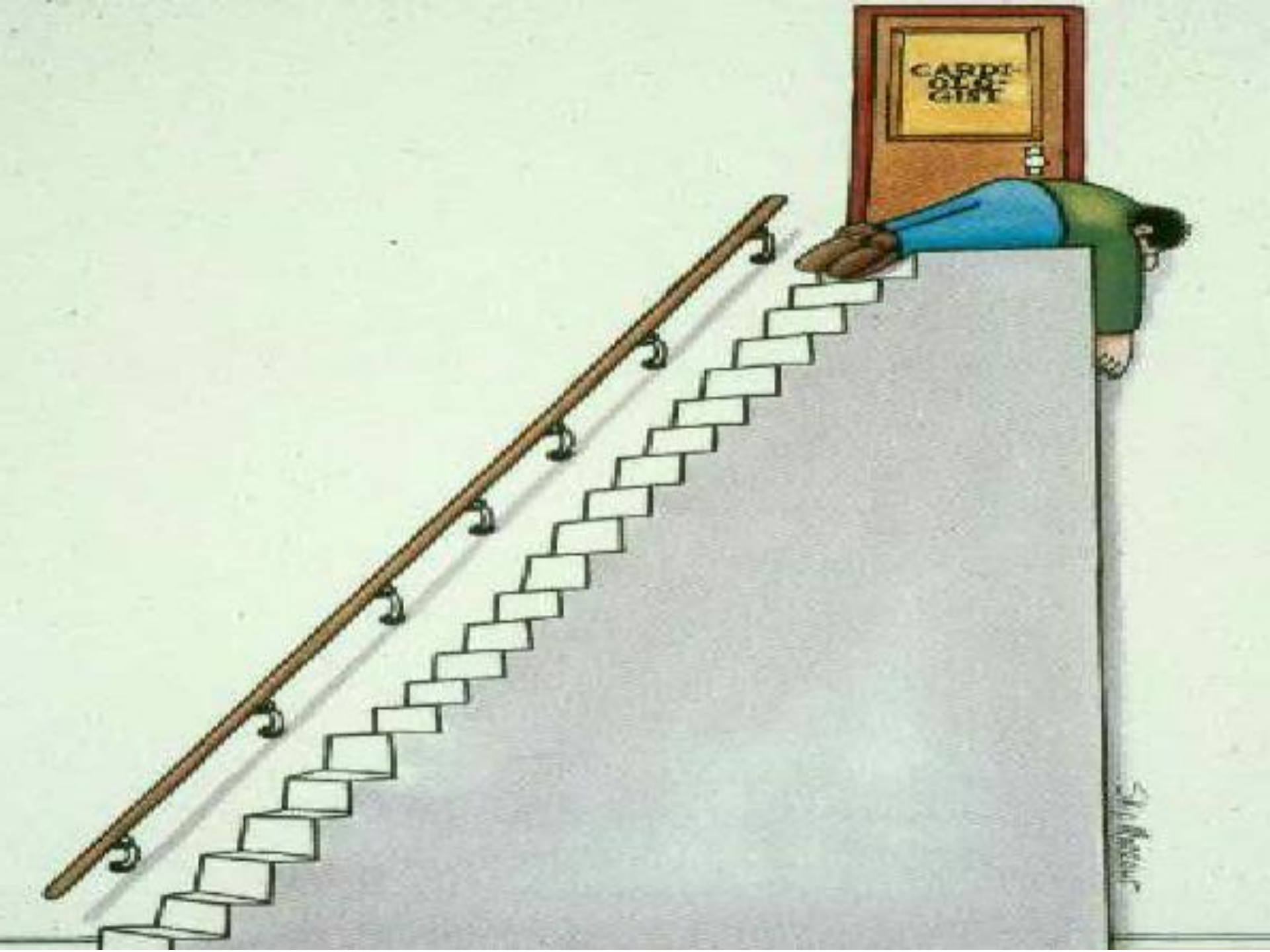
- PRECONTEMPLAÇÃO
– Não interessado  Ficar interessado e preocupado
- CONTEMPLAÇÃO
– Consideração  Análise de perdas e ganhos e tomada de decisão
- PREPARAÇÃO
– Preparação  Empenhamento e criação de um plano eficaz/aceitável
- ACÇÃO
– Mudança inicial  Implementação de um plano e sua revisão quando necessário
- MANUTENÇÃO
– Mudança sustentada  Consolidação da mudança no estilo de vida

TAREFAS E OBJECTIVOS PARA CADA UMA DAS FASES DE MUDANÇA

- **PRECONTEMPLAÇÃO** – Fase em que existe pouca ou nenhuma consideração de mudança do padrão actual de comportamento num futuro próximo
 - TAREFAS: Aumentar a consciência da necessidade da mudança e a preocupação acerca do padrão actual de comportamento; perspectivação da possibilidade de mudança
 - OBJECTIVO: Consideração séria da mudança deste comportamento

- *CONTEMPLAÇÃO* – Fase em que o indivíduo examina o padrão actual de comportamento e a possibilidade de mudança através de uma análise de custos e ganhos
 - TAREFAS: Análise dos prós e contras do padrão actual de comportamento e dos custos e benefícios da mudança. Tomada de decisão
 - OBJECTIVOS: Uma avaliação ponderada que conduza a uma decisão de mudança

- *PREPARAÇÃO* – Fase na qual o indivíduo assume um compromisso de desenvolver acções para mudar o comportamento e estabelece um plano e uma estratégia para a mudança
 - TAREFAS: Aumento do compromisso e criação de um plano de mudança que seja aceitável, acessível e eficaz
 - OBJECTIVOS: Elaboração de um plano de acção a ser implementado a curto prazo



- **ACÇÃO** – Fase na qual o indivíduo implementa o plano e dá passos para mudar o padrão actual de comportamento e criar um novo (pac)
 - **TAREFAS**: Implementação de estratégias de mudança; revisão do plano quando necessário; manutenção do compromisso face às dificuldades
 - **OBJECTIVOS**: Acção com sucesso para mudar o padrão actual de comportamento. Novo padrão estabelecido por um período de tempo significativo (3 a 6 meses)

- *MANUTENÇÃO* – Fase na qual o novo padrão comportamental é mantido por um período de tempo extenso e é consolidado no estilo de vida do indivíduo
 - TAREFAS: Manutenção da mudança ao longo do tempo e através de um leque largo de situações diferentes. Evitamento de “escorregadelas” e de recaída no antigo padrão comportamental
 - OBJECTIVOS: Manutenção da mudança a longo prazo e fortalecimento do novo padrão comportamental

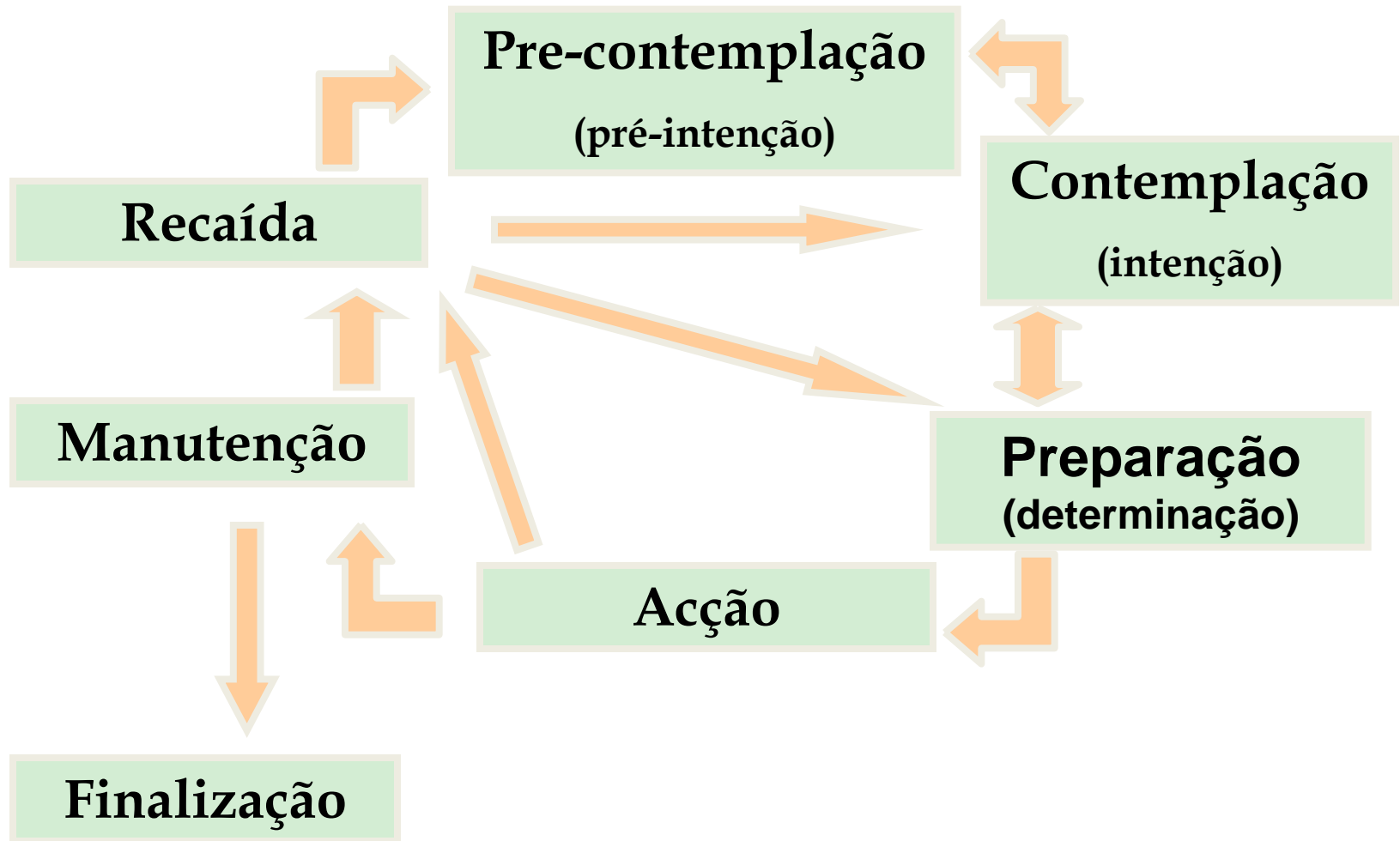
TAREFAS DAS FASES DE MUDANÇA

- Pré-contemplação Consciência, preocupação, confiança
- Contemplação Análise de perdas – ganhos e tomada de decisão
- Preparação Compromisso e criação de um plano eficaz/aceitável
- Acção Implementação adequada do plano e sua revisão quando necessário
- Manutenção Integração no estilo de vida

Regressão, Recaída e Reciclagem ao longo das fases

- Regressão representa um movimento para trás através das fases
- “Escorregadelas” são pequenos recuos para o comportamento anterior que representam fracassos da acção ou do plano de acção
- Recaída é o retorno significativo ao comportamento anterior depois de um sucesso inicial
- Depois de retornar ao comportamento anterior o indivíduo recomeça nas fases pré-acção (pré-contemplação, contemplação ou preparação) e pode sentir-se um falhado, podendo ficar desencorajado acerca da sua capacidade para mudar

Modelo Transteórico - Regressão, recaída e reciclagem ao longo das fases



CONTEXTO DE MUDANÇA

- I. RECURSOS E PROBLEMAS SITUACIONAIS
- II. COGNIÇÕES E CRENÇAS
- III. RECURSOS E PROBLEMAS INTERPESSOAIS
- IV. FAMÍLIA E SISTEMAS
- V. FORTALECIMENTO DAS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

FOCAGEM NO PROBLEMA

- Uma vez que os objectivos de mudança e as motivações são, frequentemente, específicas ao comportamento, é crucial ser específico acerca do foco das intervenções
- Necessitamos de avaliar, em colaboração com o paciente, qual é o comportamento alvo primário que o indivíduo necessita de mudar
- Problemas e comportamentos adicionais tornam-se o contexto para essa mudança