

## O PAPEL DA COMUNICAÇÃO E DAS EMOÇÕES NA ADESÃO À ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

*The role of communication and emotions on  
regular physical activity adherence*

**Andreia Araújo Lima Torres**

Universidade de Brasília (UnB)

**Resumo:** Educadores físicos e outros profissionais de saúde fazem-se cada vez mais presentes nas redes sociais brasileiras. Este ensaio faz um apanhado sobre a importância da comunicação em saúde e o papel das emoções para a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis, particularmente de uma rotina de exercícios físicos. A forma como as informações em saúde são veiculadas influencia as escolhas, afetam a compreensão de termos e conceitos, assim como a aceitação das prescrições feitas pelos profissionais de educação física. Este texto foca na importância da comunicação e das emoções como ferramenta facilitadora da tomada de decisões promotoras da saúde, incluindo a prática de atividade física.

**Palavras-chave:** Adesão; Comunicação em saúde; Mídias sociais.

**Abstract:** Brazilian health professionals, including physical educators are increasingly more present in social networks. This paper provides an overview of the importance of communication in health and the role of emotions for the adoption of healthier behaviors. There's evidence that the way health information is conveyed influences choices, affects the understanding of terms and concepts, as well as the compliance to the recommendations made by health professionals. This text focuses on the importance of communication and emotions as a tool to facilitate the decision-making in health, particularly to the maintenance of physical exercise habits.

**Keywords:** Compliance; Health communication; Social media.

## 1 INTRODUÇÃO

Existem evidências suficientes de que a adoção de comportamentos saudáveis é primordial para a prevenção de doenças, para a melhoria da qualidade de vida e redução da mortalidade prematura. Causas preveníveis de doenças incluem o tabagismo, a dieta inadequada, o consumo excessivo de energia e álcool, a inatividade física, comportamentos sexuais arriscados e exposição exagerada ao sol (SPRING et al., 2015).

A mudança de hábitos e a promoção da adesão a comportamentos saudáveis são grandes desafios de profissionais de saúde de diferentes áreas (BARTE et al., 2010). O termo adesão descreve o grau de seguimento às prescrições feitas por um profissional ou organismo de saúde (OMS, 2009). A adesão é um fenômeno multidimensional, englobando o sistema e a equipe de saúde, fatores relacionados ao tratamento, à condição de saúde ou doença, além dos determinantes sociais de saúde (OMS, 2013). A adesão também requer um envolvimento amplo, ativo e voluntário do indivíduo interessado, que colaborativamente com o profissional de saúde traça estratégias que contribuem para a adoção de comportamentos saudáveis (PIANCASTELLI; SPIRITU; FLISCH, 2013).

A adoção de comportamentos saudáveis depende, em grande medida, de motivação intrínseca (crenças, atitudes acerca de hábitos adequados) e apoio social (suporte da família, amigos, profissionais de saúde) para a ação sobre as informações coletadas, para o desenvolvimento de habilidades e aumento da autoeficácia para implementar os comportamentos saudáveis propostos (CLIFFORD; CURTIS, 2016). A autoeficácia diz respeito à crença que uma pessoa tem na própria capacidade para executar uma ação (BANDURA, 1993), como comprar e cozinhar alimentos saudáveis, aprender a patinar ou simplesmente praticar atividade física regularmente.

A motivação pode ser estudada a partir de dois pontos de vista: motivação intrínseca e extrínseca. Motivação intrínseca refere-se à execução de atividade na qual o prazer é inerente ao indivíduo, não sendo necessárias recompensas ou pressões externas para que o indivíduo cumpra seus objetivos. Já a motivação extrínseca vem de fora, é controlada por um agente externo. A pessoa pode realizar a atividade física para obter uma recompensa, como prêmios, elogios, reconhecimento de suas competências e habilidades. O profissional de educador físico pode contribuir ao reconhecer a atuação de sua clientela, sendo simpático, aceitando as opiniões alheias e informando (MARZINEK, 2004).

De fato, a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis, incluindo a atividade física, depende de acesso à informação correta e adequada em tempo oportuno (GRAVE et al., 2011; KAMRAN et al., 2014). Assim, com o propósito de divulgar informações sobre saúde e atividade física com maior velocidade e para um maior número de pessoas, muitos profissionais passaram a usar as redes sociais e suas potencialidades (ERWIN, 2016; GAGNON; SABUS, 2015). A finalidade de fornecer informação pelas redes sociais é a de ativar comportamentos saudáveis.

O artigo tem como objetivo ampliar a discussão sobre os fatores que contribuem para a adesão, assim como sobre o papel da informação e comunicação na adoção de hábitos de vida saudáveis. O intuito é que a reflexão sobre este referencial teórico possa contribuir para uma atuação mais eficaz e ética dos profissionais de educação física.

## 2 FATORES DETERMINANTES DA ADESÃO A HÁBITOS SAUDÁVEIS

Os níveis de atividade física atuais são os menores de toda a história da humanidade e devem-se a fatores como a urbanização, automação, melhoria dos sistemas de transporte e aumento dos comportamentos sedentários em frente à TV, computador e videogame (ARCHER; BLAIR, 2011; O'KEEFE et al., 2011; NG; POPKIN, 2012). Várias doenças não comunicáveis são atribuídas justamente aos menores

níveis de atividade física observados na atualidade (LENZ, 2014; REZENDE et al., 2014; STEINBERG et al., 2015; THOSAR et al., 2015). Desta forma, o educador físico possui um papel educativo importante informando e contribuindo para a maior adesão a hábitos de vida saudáveis.

A baixa adesão à prática de exercício físico pode decorrer de diferentes fatores, como o tipo de ação proposta, a existência de uma doença, seu tipo e severidade. O Quadro 1 apresenta os fatores que podem afetar a adesão a um hábito de vida saudável, a partir de 5 dimensões: (1) social e econômica, (2) sistema de saúde, (3) situação de saúde, (4) terapêutica proposta, (5) individual (OMS, 2003).

**Quadro 1.** Fatores que podem afetar a adesão a hábitos de vida saudável.

<b>Dimensões</b>	<b>Exemplos de causas para a baixa adesão</b>
Social e econômica	Baixo grau de escolaridade ou baixa alfabetização em saúde Falta de suporte familiar Falta de seguro de saúde ou dificuldade de acesso ao serviço público Baixo acesso a alimentos saudáveis Dificuldade de acesso a equipamentos e serviços para a prática de atividade física
Situação de saúde	Relação ruim entre profissional de saúde e clientes/usuários de serviços Baixas habilidades de comunicação do profissional de saúde Diferenças entre as crenças do cliente e as expectativas do profissional de saúde Falta de reforço positivo por parte do profissional de saúde Falta de materiais de apoio (folhetos, panfletos, materiais na Internet) adequados ao grau de escolaridade e vocabulário do cliente Custos de consultas, consultorias, alimentos, suplementos ou outros recursos ergogênicos Dificuldade de acesso ao sistema de saúde, falta às consultas ou aulas/treinos Falta de continuidade do tratamento ou treinamento
Sistema de saúde	Complexidade do tratamento/treinamento, regime terapêutico Tratamento requer domínio de técnicas complexas Frequente mudança na conduta/recomendações dos profissionais de saúde Falta de benefício imediato (demora para emagrecer, ganhar massa muscular, estabilizar glicemia etc) Tratamento/prescrição interfere com estilo de vida ou vida social ou requer mudanças comportamentais drásticas
Terapêutica	Falta de adaptação a: - necessidades específicas: visuais, auditivas, cognitivas ou de mobilidade - necessidades psicológicas ou comportamentais: desconhecimento sobre riscos, baixa compreensão sobre a necessidade de melhoria/mudança de estilo de vida, desconfiança acerca da proposta sugerida, falta de motivação intrínseca, sentimento de estigmatização/preconceito acerca de condição atual, como peso, composição corporal, doença, frustração com profissional de saúde, estresse psicossocial, ansiedade, abuso de álcool, drogas ou suplementos.
Individual	Doença aguda ou crônica, sintomatologia, depressão, distúrbios psicológicos ou psiquiátricos, retardo mental, retardo no desenvolvimento, necessidades especiais

Adaptado de OMS (2003).

A compreensão de tais fatores contribui para o direcionamento de estratégias que possam melhorar a adesão, principalmente quando há contato direto do profissional de saúde com o cliente/usuário. O quadro 2 exemplifica estratégias que podem ser seguidas com o intuito de eliminar barreiras à adesão. Como observado nas tabelas anteriores um dos obstáculos para a adesão é o baixo conhecimento do indivíduo sobre a importância da atividade física na saúde.

Outra barreira são sentimentos como a culpa. Existem ainda os fatores associados ao próprio profissional de saúde, que precisa ser amigável, fornecer informações claras, traçar objetivos favoráveis para que a adesão aumente. O próximo tópico discute o papel da informação e da comunicação na adesão a hábitos saudáveis.

**Quadro 2.** Exemplos de estratégias para minimizar barreiras à adesão.

<b>Barreiras</b>	<b>Estratégias</b>
Baixo conhecimento sobre o papel da atividade física/dieta/sono na saúde	Criar ambiente seguro, no qual o cliente/usuário de serviço sintam-se confortáveis para conversar e esclarecer dúvidas abertamente Usar linguagem acessível, evitando termos técnicos e jargões profissionais Dar instruções verbais claras Fornecer informação escrita de fácil leitura Usar figuras ou diagramas para comunicar a informação de forma mais clara Usar instrução em vídeo, quando possível Verificar a compreensão pedindo ao cliente relatar o que entendeu ou o que precisa fazer Envolver familiares ou cuidadores, direcionar o paciente para grupo de apoio Telefonar e verificar dúvidas subsequentes
Fatores econômicos	Não indicar tratamentos/suplementos/equipamentos desnecessários Conduzir o cliente para serviços que ofereçam acompanhamento/atividades gratuitas
Necessidades especiais	Pergunte se precisa de ajuda, não direcione a comunicação para o acompanhante, de instruções verbais claras, grave instruções, de instruções em braille (cegos), em figuras e texto (surdos), use intérpretes, olhe para a pessoa, gesticule, confirme a compreensão
Crenças	Estabeleça relação de confiança Tente compreender as crenças de seu cliente sobre as causas de seus problemas de saúde Não julgue e considere a preferência da clientela sobre o tipo de atividade física/tratamento
Relacionamento cliente-profissional de saúde	Estabeleça ambiente positivo Envolva o cliente no processo de tomada de decisões e estabelecimento de metas Comunique de forma clara os benefícios da atividade Identifique e discuta barreiras e obstáculos para a adesão ao programa traçado Formule estratégias para a superação das barreiras Prescreva considerando a rotina de seu cliente Acompanhe e recompense a adesão
Profissional de saúde	Não tenha atitude de superioridade Dê instruções claras, cheque a compreensão Seja amigável, sorria Repita as instruções para fixação Explique o que é esperado, quais serão os objetivos (curto, médio e longo prazo) e como a eficácia da prescrição será monitorada
Culpa (por ter doença, por estar acima do peso, por não conseguir seguir a dieta, por não conseguir pagar a academia/personal trainer, por faltar treinos...)	Entenda as barreiras e o fato de dificuldades serem comuns a muitas pessoas Discuta as bases bioquímicas para tais dificuldades Explique a importância da adesão para bons resultados Discuta a necessidade de terapia, quando necessário. Em caso de aceitação, indique bons profissionais Verifique se pode ajudar em algo mais Grave instruções, dê instruções em braille (cegos), ou em figuras e texto (surdos), use intérpretes, olhe para a pessoa, gesticule, confirme a compreensão

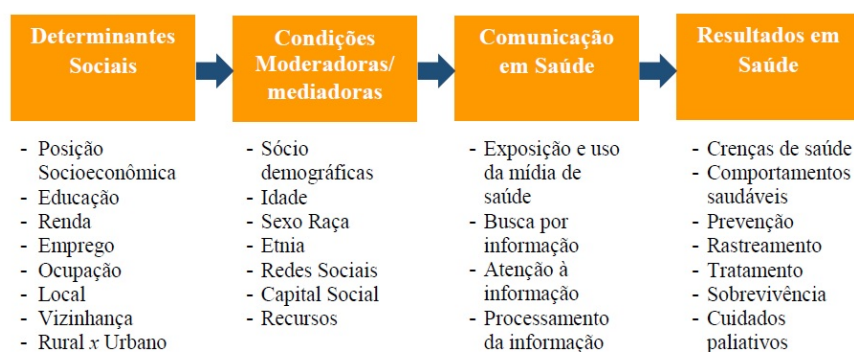
Adaptado de OMS (2003).

### 3 PAPEL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA MUDANÇA DE HÁBITOS

As últimas duas décadas presenciaram um rápido aumento do uso de tecnologias digitais. As inovações das tecnologias de informação e comunicação (TICs) digitais apresentam um grande potencial para tornar as informações em saúde mais acessíveis e democráticas tanto para profissionais de saúde quanto para leigos (VISWANATH et al., 2012).

O modelo de influência estrutural, denominado SIM (Structural Influence Model), parte da premissa de que a comunicação é um dos links essenciais entre os determinantes de saúde e os resultados de saúde da população (KONTOS; BENNETT; VISWANATH, 2007). A comunicação desempenha um papel fundamental nos comportamentos preventivos e influencia as relações entre clientes e profissionais de saúde (VISWANATH, 2006).

De forma breve, o SIM sugere que os resultados de saúde podem ser entendidos examinando-se como determinantes sociais (raça, etnia, classe social) estão relacionados à forma como as pessoas acessam, buscam, processam e usam as informações relacionadas à saúde (Figura 1).



**Figura 1.** Modelo de influência estrutural, segundo Kontos et al. (2007).

O acesso à informação em saúde pode ser realizado por meio das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), particularmente a Internet, as quais podem exercer uma grande influência sobre a situação de saúde. As TIC incidem sobre determinantes sociais da saúde e sobre as condições moderadoras ou mediadoras da saúde, como as relações sociais, os processos culturais e outros aspectos fortemente relacionados com o bem-estar físico, mental e social. As TIC também redefinem o conceito de comunidade, liberando-a dos limites geográficos (CNDSS, 2008).

A internet está no epicentro das contínuas e rápidas transformações tecnológicas da atualidade (CGI-BR, 2014), oferecendo uma oportunidade para a superação das barreiras de lugar, classe e raça, aumentando as chances de personalização das informações e gerando novas formas de apoio social (VISWANATH et al., 2012).

Na saúde, o uso dos recursos da tecnologia da informação vem se desenvolvendo há mais de 60 anos, sob a denominação de termos como informática médica e informática em saúde. Com a disseminação da Internet a agenda do uso da informática na área de saúde cresceu. Usar tais tecnologias em favor da saúde está entre as novas competências dos profissionais da área.

Contudo, a informação sozinha, apesar de necessária pode não ser suficiente para a iniciar ou modificar comportamentos. Por exemplo, fumantes possuem informações sobre os malefícios da prática mas nem sempre estão dispostos a abrir mão do hábito. Educadores físicos estão cada vez mais presentes nas redes sociais (ERWIN, 2016; GAGNON; SABUS, 2015), particularmente Facebook e Instagram debatendo e informando sobre os benefícios da atividade física. Mesmo assim, pesquisa divulgada pelo Ministério do Esporte revelou prevalência de sedentarismo acima de 45% no Brasil (BRASIL, 2015). Desta forma, a compreensão de outros fatores (além da informação) capazes de influenciar a adoção de comportamentos saudáveis, particularmente da atividade física entre os brasileiros torna-se fundamental.

Novos estudos destacam o papel da emoção na informação e comunicação. O tópico a seguir discute três das emoções mais estudadas no contexto da comunicação em saúde, sem intenção de esgotar o tema.



#### 4 O PAPEL DAS EMOÇÕES

A emoção pode ser definida como um estado mental representativo de uma avaliação da qual decorrem reações a agentes, eventos ou objetos (NABI, 1999), tendo caráter positivo (como alegria, felicidade, esperança) ou negativo (como frustração, desapontamento, medo, ansiedade, nojo, tristeza). As emoções não são estáticas. Pelo contrário, tendem a ter curta duração, variando em resposta aos estímulos do ambiente. Já o humor tende a ter um caráter mais permanente podendo durar horas ou dias (SCHWARZ; CLORE, 2003).

Emoções positivas são associadas com o alcance de algum objetivo e facilitam a decisão de se continuar com um plano (OATLEY; JOHNSON-LAIRD, 1987). Já emoções negativas podem decorrer de dificuldades com planos em andamento ou de fracassos em se alcançar objetivos desejados (STEIN; LIWAG; WADE, 1996), dificultando a decisão de se manter o curso tomado.

As emoções podem contribuir para a compreensão acerca das reações à determinadas mensagens de saúde (NABI, 1999). A avaliação sobre o ambiente (appraisal) e suas mensagens gera distintas emoções e comportamentos nas pessoas (Figura 2).



**Figura 2.** O comportamento depende da avaliação do ambiente e das emoções geradas.

Estímulos avaliados como contribuidores para o bem-estar de uma pessoa tendem a despertar emoções positivas, enquanto aqueles considerados ameaçadores ou prejudiciais podem despertar emoções negativas. Neste texto o papel do medo, da culpa e do humor na tomada de decisões sobre a saúde serão discutidos.

#### 5 O MEDO

O medo é uma das emoções examinadas no contexto da prevenção de doenças pois o mesmo pode gerar incertezas, expectativas negativas de futuro e redução do potencial para lidar com problemas. A experiência do medo pode ser acompanhada de reações físicas como aceleração cardíaca, que contribuem para a fuga da mensagem que o desencadeou (ROSEMAN, 2011). O medo também pode decorrer de associações inconscientes com experiências passadas (ESTEVES et al., 1994).

Na comunicação mensagem persuasivas desencadeiam medo quando colocam em evidência as consequências negativas provenientes de certas decisões. Em geral, as pessoas querem fugir da tensão desencadeada pelo medo. O modelo de processamento paralelo estendido (MPPE) de Witte (1992) fornece um arcabouço para a compreensão de como as reações psicológicas às mensagens que contém ameaças e evocam o medo encorajam ou desencorajam comportamentos adaptativos.

O modelo sugere que em resposta ao medo indivíduos avaliam a ameaça em termos de severidade e da própria susceptibilidade. Um nível mínimo de ameaça percebida é necessário para que a mensagem que veicula medo desencadeie uma mudança de comportamento (WITTE, 1992). Se a pessoa não percebe a mensagem como ameaça não há tentativa de adotar um padrão mais saudável. Por exemplo, quando uma pessoa não enxerga o sedentarismo como prejudicial à saúde, a mensagem deixa de ser relevante para o próprio bem estar.

Após avaliar a ameaça contida na mensagem, as pessoas em geral avaliam a eficácia da resposta contida na mensagem. Por exemplo na mensagem “faça exercício regularmente para evitar o diabetes” o receptor avaliará cognitivamente se o exercício de fato irá prevenir a ameaça (o diabetes). O medo do diabetes pode gerar uma boa resposta adaptativa como a busca de mais informações (VISWANATH; ACKERSON, 2011) ou o início do comportamento sugerido (a prática regular de exercício).

Porém, quando a autoeficácia é baixa reações maladaptativas podem surgir. Neste caso, a pessoa tende a racionalizar mais os comportamentos (“conheço muita gente que não tem diabetes e é sedentário” ou “minha tia sempre fez exercícios e mesmo assim desenvolveu diabetes”). Podem também denegrir a fonte da informação (o educador físico não sabe do que está falando), ou evitar saber mais sobre o assunto (GOODALL; REED, 2013; LEWIS; WATSON; WHITE, 2008).

O modelo cognitivo funcional explica as respostas ao medo a partir de dois conceitos: atenção motivada e processamento motivado (NABI, 2002). O modelo prevê que o medo pode fazer as pessoas de fato evitarem as mensagens, tornarem-se defensivas, tentar encontrar falhas na argumentação, independentemente da qualidade da mensagem. Por outro lado, se a mensagem é percebida como relevante (apesar de causar medo), um indivíduo pode se motivar a buscar mais informações para se precaver contra o perigo eminente.

As mensagens que desencadeiam medo não funcionam para todos pois parecem afetar o comportamento apenas quando o componente de autoeficácia é forte. Assim, pessoas mais reativas emocionalmente precisam receber mensagens menos agressivas (DILLARD; NABI, 2006). Grande parte das pessoas tornam-se reativas quando são persuadidas a mudar pois gostam de ter opções e controle na tomada de decisões. Richards e Banas (2015) sugerem que as pessoas sejam advertidas de que podem se sentir reativas à mensagem que estão prestes a receber. Os autores relatam que quando as pessoas recebem esta mensagem reagem com menos intensidade e de forma menos negativa aos conselhos dados.

O estágio de mudança comportamental é outro modelo que ajuda a explicar a razão pela qual algumas pessoas mudam de comportamento e outras não. Pessoas no estágio de pré-contemplação parecem pensar mais defensivamente, a serem mais fatalistas e menos favoráveis a mudança de comportamentos (CHO; SALMON, 2006).

Para Job (1988) muitas campanhas de saúde são ineficazes pois o componente medo não é inserido no momento certo ou por enfatizarem demasiadamente punições. Assim sugere-se que após a mensagem que evoca medo seja dada uma sugestão para contorná-lo, como adotar o comportamento adequado (WITTE; ALLEN, 2000). A mensagem de medo deve ser realista e não muito extremada e deve-se confirmar a efetividade de adotar outros comportamentos (DILLARD; SHEN, 2005). Explicando-se o que fazer, como fazer e onde fazer, as mensagens de medo podem desencadear outras emoções, como esperança ou alívio, o que contribui para uma resposta mais positiva (POPOVA, 2012; NABI, 2015).

O uso do medo é criticado por alguns autores que acreditam que seu uso pode gerar complacência entre os que não encontram relevância nas mensagens, acreditando não estarem em risco. O uso indiscriminado do medo também pode aumentar a ansiedade na população (HASTINGS; STEAD; WEBB, 2004). Desta forma, pesquisas no contexto brasileiro ainda são necessárias para maiores esclarecimentos a cerca da efetividade das mensagens que evocam o medo na geração de mudanças de comportamentos sustentáveis, de longo prazo.

## 6 A CULPA

Nas mídias sociais a culpa é frequentemente utilizada na retórica de profissionais de saúde. Os apelos à culpa mostram discrepâncias entre o que a pessoa deseja (um menor percentual de gordura, por exemplo) e o que está fazendo (consumindo doces ou altos carboidratos de alto índice glicêmico).

Os recipientes das mensagens devem compreender a discrepância, sentir culpa e modificar o comportamento para um mais apropriado (O'KEEFE, 2002).

A culpa surge da violação de uma crença, código ético, moral ou religioso internalizado. Assim, para sentir culpa a pessoa precisa fazer uma autoavaliação. O apelo à culpa é usado no Brasil, por exemplo, em propagandas que mostram os resultados de beber e dirigir (causar um acidente, atropelar uma pessoa etc).

Por exemplo, ao comer uma pizza e sentir inchaço abdominal, a culpa surge? E quando surge, é suficiente para que a pessoa volte no dia seguinte à academia e à alimentação saudável? Em estudo publicado por a culpa por faltar a um programa de treinamento, por desapontar o grupo ou o educador físico facilitaram a adoção da atividade física (KINNAFICK; THOGERSEN-NTOUMANI; DUDA, 2014). Ou seja, a culpa teve um efeito positivo.

Esta seria uma interessante questão de pesquisa no contexto brasileiro já que, assim como o apelo ao medo, o apelo à culpa não parece funcionar com todas as pessoas. Fazer as pessoas sentirem culpa nem sempre surte efeitos positivos, principalmente quando se sentem manipuladas. Nestas situações, a culpa pode desencadear outras emoções como raiva ou ressentimento contra a fonte da mensagem (o profissional de educação física). Neste caso, reduziria a autoeficácia para a mudança (GUTTMAN; SALMON, 2004). Por isto, o uso da culpa não deveria ser utilizado indiscriminadamente nas mensagens veiculadas pelos profissionais de saúde.

## 7 HUMOR E DIVERTIMENTO

Quando o assunto é ameaçador o humor parece funcionar melhor (CONWAY; DUBÉ, 2002), atraindo mais atenção já que diverte o receptor da mensagem. Mensagens bem humoradas são em geral mais compartilhadas (SO et al., 2015) aumentando o potencial de exposição e influência sobre um maior número de pessoas. O humor remove resistências ao aumentar as demandas cognitivas, principalmente quando é inesperado. Desta forma, remove os recursos requeridos para a contra-argumentação.

Imagens de saúde com os tópicos álcool, tabagismo e obesidade foram apresentados para dois grupos diferentes. O primeiro grupo foi exposto a elementos visuais com mensagens de medo e o segundo com mensagens de humor. Os participantes precisaram de mais tempo para processar as imagens que utilizavam humor. Uma semana depois as pessoas que haviam sido expostos às imagens bem humoradas recordavam com mais detalhes seus conteúdos e estavam mais convencidos da capacidade das mesmas em gerar mudanças de comportamentos do que o segundo grupo, que havia sido exposto às mensagens que evocavam o medo (BLANC; BRIGAUD, 2014).

O humor também pode ajudar pessoas a lidarem bem com doenças (LUNSFORD, 2006). Por outro lado, o humor pode dividir as pessoas, pode reduzir a percepção de severidade de uma doença e pode variar entre os gêneros. Por isso, precisa ser melhor avaliado em diferentes contextos e com diferentes públicos.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Outras emoções (raiva, nojo, tristeza, vergonha, orgulho, interesse, esperança) também estão presentes nos discursos de profissionais de saúde e devem ser estudadas para que as mensagens veiculadas alcancem maior efetividade e promovam a adoção de comportamentos saudáveis.

De forma geral, percebe-se que os diferentes autores acreditam ser importante não inundar a audiência com o mesmo tipo de apelo às emoções para não intimidar nem desencadear sentimentos



negativos nas pessoas por estarem sendo manipuladas.

Ademais, como mensagens persuasivas frequentemente evocam diferentes emoções (DILLARD et al., 1996) e comportamentos é importante que estudos nesta área sejam realizados no contexto brasileiro. Desta forma, os profissionais de educação física terão mais subsídios para informar seus clientes, tanto presencialmente quanto por meio de recursos da Internet.

## 9 REFERÊNCIAS

- ARCHER, E.; BLAIR, S. Physical activity and the prevention of cardiovascular disease: from evolution to epidemiology. **Progress in Cardiovascular Diseases**, Amsterdam, v. 53, p. 387-96, 2011.
- BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational Psychologist**, London, v. 28, n. 2, p. 117-48, 1993.
- BARTE, J. C. M.; TER BOGT, N. C. W.; BOGERS, R. P.; TEIXEIRA, P. J.; BLISSMER, B.; MORI, T. A.; BEMELMANS, W. J. E. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. **Obesity Reviews**, Hoboken, v. 11, p. 899-906, 2010.
- BLANC, N.; BRIGAUD, E. Humor in print health advertisements: enhanced attention, privileged recognition, and persuasiveness of preventive messages. **Health Communication**, London, v. 29, n. 7, p. 669-77, 2014.
- BRASIL. **Diagnóstico Nacional do Esporte - DIESPORTE**. Caderno I. Brasília: Ministério do Esporte, 2015.
- CHO, H.; SALMON, C. T. Fear appeals for individuals in different stages of change: intended and unintended effects and implications on public health campaigns. **Health Communication**, London, v. 20, n. 1, p. 91-9, 2006.
- CLIFFORD, D.; CURTIS, L. **Motivational interviewing**. New York: The Guilford Press, 2016.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acessado em: 22 de julho de 2014.
- COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGLBR). **TIC Saúde 2013: Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**. 456p. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-saude-2013.pdf>>. Acessado em: 20 de outubro de 2014.
- CONWAY, M.; DUBÉ, L. Humor in persuasion on threatening topics: effectiveness is a function of audience sex role orientation. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Thousand Oaks, v. 28, n. 7, p. 863-73, 2002.
- DILLARD, J. P.; NABI, R. L. The persuasive influence of emotion in cancer prevention and detection messages. **Journal of Communication**, London, v. 56, p. S123-39, 2006.
- DILLARD, J. P.; SHEN, L. On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. **Communication Monographs**, London, v. 72, n. 2, p. 144-68, 2005.
- ERWIN, H. The Use of social media by physical educators: how do we ensure quality control? **Journal of Physical Education, Recreation & Dance**, Reston, v. 87, n. 2, p. 3-4, 2016.

ESTEVES, F.; PARRA, C.; DIMBERG, U.; OHMAN, A. Nonconscious associative learning: pavlovian conditioning of skin conductance responses to masked fear-relevant facial stimuli. **Psychophysiology**, Hoboken, v. 31, n. 4, p. 375-85, 1994.

GAGNON, K.; SABUS, C. Professionalism in a digital age: opportunities and considerations for using social media in health care. **Physical Therapy**, Washington, v. 95, n. 3, p. 406-14, 2015.

GOODALL, C. E.; REED, P. Threat and efficacy uncertainty in news coverage about bed bugs as unique predictors of information seeking and avoidance: an extension of the EPPM. **Health Communication**, London, v. 28, n. 1, p. 63-71, 2013.

GRAVE, R. D.; CALUGI, S.; CENTIS, E.; GHOCH, M. E.; MARCHESINI, G. Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. **Journal of Obesity**, New York, v. 2011, ID: 348293, 2011.

GUTTMAN, N.; SALMON, C. Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: ethical issues in public health communication interventions. **Bioethics**, Hoboken, v. 18, n. 6, p. 531-52, 2004.

HASTINGS, G. M.; STEAD, M.; WEBB, J. Fear appeals in social marketing: strategic and ethical reasons for concern. **Psychology and Marketing**, Malden, v. 21, n. 11, p. 961-86, 2004.

KAMRAN, A.; AHARI, S. S.; BIRIA, M.; MALEPOUR, A.; HEYDARI, H. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. **Annals of Medical and Health Sciences Research**, Mumbai, v. 4, n. 6, p. 922-7, 2014.

KINNAFICK, F. E.; THOGERSEN-NTOUMANI, C.; DUDA, J. L. Physical activity adoption to adherence, lapse, and dropout: a self-determination theory perspective. **Qualitative Health Research**, London, v. 24, n. 15, p. 706-18, 2014.

KONTOZ, E. Z.; BENNETT, G. G.; VISWANATH, K. Barriers and facilitators to home computer and internet use among urban novice computer users of low socioeconomic position. **Journal of Medical Internet Research**, v. 9, n. 4, e31, 2007.

LENZ, E. K. Do Sedentary Behaviors modify the health status of older adults? **International Journal of Kinesiology and Sports Science**, Footscray, v. 2, n. 1, p. 13-22, 2014.

LEWIS, I. M.; WATSON, B.; WHITE, K. M. An examination of message-relevant affect in road safety messages: should road safety advertisements aim to make us feel good or bad? **Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior**, Amsterdam, v. 11, n. 6, p. 403-417, 2008.

LUNSFORD, S. L.; SIMPSON, K. S.; CHAVIN, K. D. et al. Racial differences in coping with the need for kidney transplantation and willingness to ask for live organ donation. **American Journal of Kidney Diseases**, New York, v. 47, n. 2, p. 324-31, 2006.

MARZINEK, A. **A motivação de adolescentes nas aulas de educação física**. 2004. 89f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Curso de Educação Física, Programa de Pós-Graduação Educação Física, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2004.

NABI, R. L. A Cognitive-functional model for the effects of discrete negative emotions on information processing, attitude change, and recall. **Communication Theory**, Malden, v. 9, n. 3, p. 292- 320, 1999.

NABI, R. L. Anger, fear, uncertainty, and attitudes: a test of the cognitive-functional model. **Communication Monographs**, London, v. 69, n. 3, p. 204-16, 2002.

NABI, R.L. Emotional flow in persuasive health messages. **Health Communication**, London, v. 30, n. 2, p. 114-24, 2015.

- NG, S. W.; POPKIN, B. M. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. **Obesity Reviews**, Hoboken, v. 13, n. 8, p. 659-80, 2012.
- OATLEY, K.; JOHNSON-LAIRD, P. Towards a cognitive theory of emotion. **Cognition and Emotion**, London, v. 1, n. 1, p. 29-50, 1987.
- O'KEEFE, D. J. Guilt as a mechanism of persuasion. In: DILLARD, J. P.; PFAU, M. (Ed.). **The sage handbook of persuasion: developments in theory and practice**. Los Angeles: Sage Publications, 2002. p. 329-43.
- O'KEEFE, J. H.; VOGEL, R.; LAVIE, C. J.; CORDAIN, L. Exercise like a hunter-gatherer: a prescription for organic physical fitness. **Progress in Cardiovascular Diseases**, Amsterdam, v. 53, p. 471-9, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneve: WHO, 2003, 194p. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acessado em: 5 de dezembro de 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Adherence**. Geneve: WHO, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of Cardiovascular Disease**. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/Full%20text.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf)>. Acessado em: 14 de fevereiro de 2016.
- PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3999.pdf>>. Acessado em: 6 de junho de 2016.
- POPOVA, I. The extended parallel process model: illuminating the gaps in research. **Health Education and Behavior**, Thousand Oaks, v. 39, n. 4, p. 455-73, 2012.
- REZENDE, L. F. M.; REY-LÓPEZ, J. P.; MATSUDO, V. K. R.; DO CARMO, L. O. Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.
- RICHARDS, A. S.; BANAS, J. A. Inoculating against reactance to persuasive health messages. **Health Communication**, London, v. 30, n. 5, p. 451-60, 2015.
- ROSEMAN, I. J. Emotional behaviors, motivational goals, emotion strategies: Multiple levels of organization integrate variable and consistent responses. **Emotion Review**, Thousand Oaks, v. 3, p. 434-43, 2011.
- SCHWARZ, N.; CLORE, G. L. Mood as information: 20 years later. **Psychological Inquiry**, London, v. 14, n. 3 e 4, p. 296-303, 2002. Disponível em: <[https://dornsife.usc.edu/assets/sites/780/docs/03\\_pi\\_schwarz\\_clore\\_mood.pdf](https://dornsife.usc.edu/assets/sites/780/docs/03_pi_schwarz_clore_mood.pdf)>. Acessado em: 7 de junho de 2016.
- SO, J.; PRESTIN, A.; LEE, L.; WANG, Y.; YEN, J.; CHOU, W. Y. S. What do people like to “share” about obesity? A content analysis of frequent retweets about obesity on Twitter. **Health Communication**, London, v. 31, n. 2, p. 193-206, 2015.
- SOAMES JOB, R. F. Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 78, n. 2, p. 163-7, 1988.
- SPRING, B.; KING, A. C.; PAGOTO, S. L.; HORN, L. V.; FISHER, J. D. Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. **American Psychological Association**, Washington, v. 70, n. 2, p. 75-90, 2015.
- STEIN, N. L.; LIWAG, M. D.; WADE, E. A goal-based approach to memory for emotional events:

implementations for theories of understanding and socialization. In: KAVANANGH, R. D.; ZIMMERBERG, B.; FEIN, S. **Emotion: interdisciplinary perspectives**. 9. ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1996. p. 91-118.

STEINBERG, S. I.; SAMMEL, M. D.; HAREL, B. T.; SCHEMBRI, A.; POLICASTRO, C.; BOGNER, H. R.; NEGASH, S.; ARNOLD, S. E. Exercise, sedentary pastimes, and cognitive performance in healthy older adults. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, Thousand Oaks, v. 30, n. 3, p. 290-8, 2015.

THOSAR, S. S.; BIELKO, S. L.; MATHER, K. J.; JOHNSTON, J. D.; WALLACE, J. P. Effect of prolonged sitting and breaks in sitting time on endothelial function. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Indianapolis, v. 47, n. 4, p. 843-9, 2015.

VISWANATH, K. Public Communications and its role in reducing and eliminating health disparities. In: THOMSON, G. E.; MITCHELL, F.; WILLIAMS, M. (Eds.). **Examining the health disparities research plan of the National Institutes of Health: unfinished business**. Washington: National Academies Press, 2006. p. 215-252.

VISWANATH, K.; ACKERSON, L. K. Race, ethnicity, language, social class, and health communication inequalities: a nationally-representative cross-sectional study. **PLoS One**, San Francisco, v. 6, n. 1, e14550, 2011.

VISWANATH, K.; NAGLER, R. H.; BIGMAN-GALIMORE, C. A.; MCCAULEY, M. P.; JUNG, M.; RAMANADHAN, S. The communications revolution and health disparities in the 21st century: implications for cancer control. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, Philadelphia, v. 21, n. 10, p. 1701-8, 2012.

WITTE, K. Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. **Communication Monographs**, London, v. 12, n. 4, p. 329-49, 1992.

WITTE, K.; ALLEN, M. A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campings. **Health Education and Behavior**, Thousand Oaks, v. 27, n. 5, p. 591-615, 2000.

---

Autor correspondente: **Andreia Araujo Lima Torres**

E-mail: **andreat@me.com**

Estudo financiado pela CAPES

Recebido em 08 de junho de 2016.

Aceito em 01 de dezembro de 2016.