



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# **COMPETÊNCIAS DO NUTRICIONISTA NA CAPACITAÇÃO DA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

***NUTRITIONIST SKILLS TO EMPOWER FOOD BEHAVIOR CHANGE***

**Daniel Filipe Dias Branco**

Orientado por: Prof. Doutor José Alejandro Ribeiro dos Santos

Revisão temática

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2012



## Índice

Resumo.....	iii
<i>Abstract</i> .....	v
Introdução .....	1
Modelos e teorias na base da compreensão da mudança do comportamento alimentar.....	2
Estratégias específicas de promoção da mudança do comportamento alimentar.....	4
Competências de comunicação do nutricionista .....	10
Análise crítica e conclusões .....	14
Referências Bibliográficas.....	16
Anexos .....	21
Índice de Anexos.....	23



## Resumo

A alimentação tem vindo a ser considerada como o maior determinante modificável das doenças crónicas. A modificação de comportamentos alimentares é um desafio clínico para o qual os nutricionistas devem estar preparados. Os modelos e teorias do comportamento oferecem explicações que permitem compreender a aquisição e modificação de comportamentos mais específicos, como o comportamento alimentar. Estratégias como a modelagem, suporte social, terapia de grupo, controlo de estímulos, reforço positivo, recompensas, estabelecimento de metas, entrevista motivacional, automonitorização, formulação de contrato, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e outras revelam-se eficientes na prática clínica dos nutricionistas ao contribuírem para a mudança do comportamento alimentar. O recurso a estas estratégias de abordagem assenta no estabelecimento de um vínculo profissional-doente que permita a criação de uma relação construtiva favorecedora da mudança. Nesse sentido, no âmbito do aconselhamento alimentar existem competências de comunicação não-verbais e verbais no atendimento ao doente, como a escuta ativa, a identificação e constatação de sentimentos, legitimação, respeito, suporte pessoal, parceria, constatação de incoerências, entre outras. Como forma de avaliar estas competências estão ao dispor instrumentos como questionário ao doente, observação e preenchimento de uma *checklist* ou ainda por observação de gravações audiovisuais.

**Palavras-chave: Mudança de comportamento; Comportamento alimentar; Aconselhamento; Competências de comunicação; Capacitação.**



## ***Abstract***

Food has been considered the most modifiable determinant of chronic diseases. Eating behavior change is a clinical challenge for which nutrition counselors should be prepared. Behavior change models and theories offer explanations that allow us to understanding the acquisition and modification of specific behaviors like eating behavior. Strategies such as modeling, social support, group therapy, stimulus control, reinforcement, rewards, goal setting, motivational interviewing, self-monitoring, behavior contracting, problem solving, cognitive restructuring and others, reveal to be effective in nutrition clinical practice in promoting eating behaviors changes. The use of these strategies is based on the establishment of a relationship building between patient and nutrition counselors that allow the creation of a constructive environment to facilitate change. Accordingly, in nutrition counseling practice, exists some basic counseling responses and non-verbal communication skills for attending patients, such as active listening (attending), reflection (empathizing), legitimation (affirmation, normalization), respect, personal support, partnership, noting a discrepancy (confrontation, challenging) among others. To assess and evaluate these communication skills are available some examples of instruments such as patient questionnaire, interview checklist and audiovisual recordings.

**Keywords: Behavior change; Eating behavior; Counseling; Communication skills; Empowerment**



## Introdução

Mais de 60% das mortes em todo o mundo devem-se a doenças crônicas não transmissíveis, de entre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias <sup>(1)</sup>. A alimentação tem vindo a ser considerada como o maior determinante modificável das doenças crônicas, com o crescimento da evidência científica a demonstrar o seu forte impacto na saúde no presente, bem como na determinação de um indivíduo vir ou não a desenvolver mais tarde doenças como a diabetes, cancro ou doenças cardiovasculares <sup>(2)</sup>. Com efeito, o relevo do estudo das mudanças do comportamento face à forma como as pessoas se alimentam ganha uma importância que, possivelmente, nunca antes teve.

Este trabalho procura reunir, contextualizar e apresentar uma série de competências essenciais que os nutricionistas podem desenvolver com vista a promover uma mudança eficiente do comportamento alimentar, aplicáveis na abordagem terapêutica individual.

Para tal, iniciar-se-á pela contextualização do comportamento alimentar, recorrendo às bases teóricas que procuram compreender o comportamento em relação à alimentação.

Seguidamente, descrever-se-ão várias das estratégias relatadas na literatura que procuram contribuir para a mudança do comportamento alimentar.

Por último, abordar-se-ão algumas das competências básicas de comunicação no aconselhamento ao doente.

## MODELOS E TEORIAS NA BASE DA COMPREENSÃO DA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Vários modelos descritos pela psicologia da saúde procuram estudar de que forma as diferentes variáveis que determinam as atitudes face à saúde se relacionam e influenciam entre si. Procuram, inclusivamente, ser a base da compreensão de comportamentos mais específicos como o comportamento alimentar. A generalidade dos modelos desenvolve-se a partir do modelo de aprendizagem social, na medida em que partem do pressuposto que o processo de socialização é determinante na aquisição de atitudes – pensamentos, sentimentos e comportamentos <sup>(3)</sup>.

A capacidade de mudar um determinado comportamento aprendido coincide com as expectativas do resultado dessa mudança (autorregulação), bem como, da perceção da capacidade de o adotar (autoeficácia) <sup>(3, 4)</sup>. Bandura, refere que quanto maior a autoeficácia, maior é a probabilidade de executar esse comportamento <sup>(4)</sup>. O conceito de autoeficácia, embora inicialmente formulado enquanto teoria, foi amplamente aceite e incorporado noutros modelos explicativos do comportamento <sup>(5)</sup>.

Assim, de acordo com a **teoria da aprendizagem social**, também conhecida por **teoria cognitivo-social**, os comportamentos são respostas aprendidas no contexto social, mediadas por reforços positivos (recompensadores) que tendem a ser repetidos, e por reforços negativos (punitivos) que tendem a ser extintos. O comportamento é, na visão desta teoria, o resultado da observação e imitação de outras pessoas (família, amigos e agentes da sociedade) com as quais o indivíduo se identifica e neles encontra reforços positivos <sup>(5)</sup>.

Segundo o **modelo das crenças da saúde**, a tomada de decisão para a mudança é o resultado da interação das seguintes variáveis cognitivas: a percepção da suscetibilidade de contrair a doença; a percepção da severidade das consequências da doença; a percepção e avaliação dos prós e contras da mudança e a autoeficácia <sup>(5)</sup>.

Relativamente à **teoria do comportamento planejado**, o comportamento face à saúde é diretamente influenciado pela intenção de o realizar. Essa intenção é o resultado da interação de 3 fatores: as atitudes – avaliação se ter o novo comportamento é ou não favorável e quão importante para si serão os seus resultados; a norma subjetiva – percepção da avaliação da sociedade face a esse comportamento como aprovável ou reprovável e a percepção de controlo desse comportamento – autoeficácia <sup>(5)</sup>.

Entretanto o **modelo transteórico ou dos estádios de mudança** descreve a mudança do comportamento como um processo sequencial de 5 estádios de motivação: o pré-contemplativo – a pessoa não equaciona mudar; contemplativo – em que reconhece a necessidade de mudar mas encontra-se ambivalente; preparação – em que acredita haver mais vantagens que desvantagens em mudar e está disposta a realizar pequenas mudanças; ação – em que altera o comportamento pelo menos durante 6 meses e manutenção – em que consolida a mudança mantendo-a durante um longo período. Este modelo assume a possibilidade de ao longo do processo ocorrerem progressos e retrocessos nos estádios – relacionados com maiores ou menores níveis de autoeficácia <sup>(5)</sup>.

Para além destas teorias, importa fazer referência à **terapia cognitivo-comportamental** que incorpora componentes da terapia cognitiva e da terapia comportamental ao procurar entender como pensamentos, emoções e comportamentos interagem entre si e que resultados produzem <sup>(5, 6)</sup>. A abordagem cognitivo-comportamental recorre a estratégias (tabela 1) que identificam, exploram e analisam padrões de pensamento e comportamento disfuncionais <sup>(5, 6)</sup>. Utilizando esta abordagem, vários estudos demonstraram efeitos positivos na prevenção e tratamento da diabetes, obesidade e fatores de risco de doença cardiovascular <sup>(7-12)</sup>.

### **ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS DE PROMOÇÃO DA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

Os modelos e teorias anteriormente referidas, consagram em si um conjunto de estratégias que o nutricionista poderá exercer (tabela 1).

**Tabela 1 – Associação dos modelos e teorias explicativas do comportamento com as estratégias de promoção da mudança do comportamento alimentar – Adaptado <sup>(5, 6)</sup>**

<b>Teorias / Modelos</b>	<b>Estratégias</b>
<b>Teoria cognitivo-social</b> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1 – Modelagem 2 – Suporte social 3 – Terapêutica de grupo
<b>Modelo de crenças da Saúde</b> 2, 5, 6, 7, 11, 14	4 – Controlo de estímulos 5 – Reforço positivo 6 – Recompensas
<b>Teoria do comportamento planeado</b> 2, 5, 6, 7, 11, 14	7 – Estabelecimento de metas 8 – Entrevista motivacional 9 – Automonitorização
<b>Modelo transteórico</b> Dependendo do estágio de motivação: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14	10 – Formulação de contrato 11 – Resolução de problemas 12 – Reestruturação cognitiva 13 – Gestão de stresse
<b>Terapia cognitivo-comportamental</b> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15	14 – Conhecimento (consciencialização, educação alimentar) 15 – <i>Countering</i>

**Modelagem** – consiste na condução do doente à identificação, observação e imitação de uma pessoa (preferencialmente com a qual se identifique) que tenha um comportamento alimentar desejável e coincidente com os seus objetivos. Pode igualmente recorrer-se a livros, vídeos e histórias de sucesso que promovam a autoeficácia <sup>(13)</sup>.

**Suporte social** – o apoio da rede social, incluindo a família e a comunidade, pode ser determinante para coadjuvar na melhoria da adesão terapêutica ao incentivar determinados comportamentos <sup>(6)</sup>. Neste âmbito, um programa comunitário de mudança de estilos de vida, que incluía encontros semanais para realizar atividade física, gestão de stresse (praticando yoga, meditação e exercícios de relaxamento), jantares “piquenique” confeccionados pelos próprios doentes e criação de grupos de apoio, demonstrou efeitos positivos a longo prazo pelo aumento da atividade física, diminuição da percentagem de ingestão de gordura saturada e dos valores de hemoglobina glicada em mulheres com obesidade e diabetes <sup>(14, 15)</sup>. Ajudar o doente a encontrar apoios existentes pode beneficiar a mudança desejada <sup>(6)</sup>.

**Terapêutica de grupo** – embora a terapêutica de grupo possa não responder à totalidade das necessidades específicas de cada doente, a participação conjunta na resolução de problemas e no alcance de objetivos comuns podem ter um efeito motivador e/ou de modelagem, bem como criar um suporte emocional e social importante na mudança do comportamento <sup>(13)</sup>. Numa revisão sistemática observou-se que por comparação com as abordagens terapêuticas individuais, a terapêutica de grupo apresenta resultados mais efetivos na diminuição de peso <sup>(16)</sup>.

**Controlo de estímulos e reforço positivo** – perante determinadas condições sociais e ambientais, os doentes podem encontrar estímulos que os conduzem a comportamentos alimentares indesejados (por exemplo: ter à vista uma caixa de bolachas enquanto se vê televisão ou ir a uma festa que tenha muitos bolos). A técnica de controlo de estímulos procura consciencializar e dotar o doente de estratégias para antecipar a exposição desses estímulos e ensaiar respostas eficientes <sup>(6, 13)</sup>. Na literatura, habitualmente vem associado o controlo de estímulos com o reforço positivo, isto é, quando alcançado um determinado comportamento desejável perante estímulos indesejáveis, congratular esse comportamento reforça-o positivamente <sup>(13, 17)</sup>. Um estudo coorte realizado com crianças com excesso de peso sugere que técnicas de controlo de estímulos (antecipando respostas em ambientes festivos, estipulando limites de tempo para assistir televisão) e de reforço positivo (incentivando os pais a louvar o cumprimento desses comportamentos) constituem formas de reduzir a ingestão de alimentos de elevada densidade energética e o comportamento sedentário <sup>(17)</sup>.

**Recompensas** – geralmente, atingir um objetivo é por si só recompensador. No entanto, para alguns doentes, especialmente em crianças (que estão mais suscetíveis à motivação extrínseca, por comparação com os adultos que dependem mais da motivação intrínseca), as recompensas poderão ser úteis na motivação para a mudança e deverão ser: individualizadas, bem definidas (quando e como), e disponibilizadas imediatamente após (e não antes) o cumprimento desse comportamento. Nos adultos, estipular a compra de uma peça de roupa após o alcance de um objetivo pode ser um exemplo de recompensa <sup>(13)</sup>.

**Estabelecimento de metas** – determinar metas foca a atenção na mudança e, metas intermediárias promovem padrões de comportamento desejáveis que propagam o sucesso e reforçam a autoeficácia <sup>(13, 18, 19)</sup>. Embora existam diferentes metodologias de determinação de metas, parece ser consensual que são um passo fundamental na mudança do comportamento alimentar <sup>(6, 18-21)</sup>.

Pearson, numa revisão sistemática sobre as estratégias utilizadas na determinação de metas em indivíduos adultos com excesso de peso e obesidade, aponta para que estas sejam: específicas, (como “*diminuir 0,5Kg por semana*”, em detrimento de generalistas como “*faça o melhor que conseguir*”); intermédias (e que incluam a celebração do seu alcance – recompensas); negociadas entre profissional e doente, em detrimento de impostas pelo profissional; acompanhadas ao longo do processo (pessoalmente, por telefone, *e-mail* ou outras); que recorram à automonitorização (vigilância periódica do peso, por exemplo); em virtude de se demonstrarem promotoras da autoeficácia <sup>(18)</sup>.

**Entrevista motivacional** – trata-se de um método clínico centrado na pessoa, específico para promover a motivação para a mudança de um comportamento. Baseia-se na indução e reforço dos argumentos e motivações expressos pelo doente no sentido de explorar e resolver o estado de ambivalência. Para isso, de forma estratégica, empática e orientada para os objetivos, o clínico escuta ativamente o doente e responde seletivamente através de expressões apelidadas de “*change talk*” <sup>(22, 23)</sup>. Recentemente, uma metanálise <sup>(24)</sup> apontou a entrevista motivacional como útil nas intervenções de controlo do peso, podendo a sua efetividade estar aumentada quando aplicada conjuntamente com abordagens cognitivo-comportamentais <sup>(6, 24)</sup>.

**Automonitorização** – promove no doente maior consciencialização do seu comportamento. Envolvê-lo em diferentes tipos de registos (registos alimentares, peso, atividade física, pensamentos, sentimentos, valores das glicemias capilares) é uma estratégia bem suportada em vários estudos <sup>(25-27)</sup>.

**Formulação de contrato** – Bauer *et al.* apresentam como possível estratégia para a mudança de comportamento o estabelecimento de um contrato. Trata-se da formulação de um acordo escrito, datado e assinado pelo profissional de saúde e pelo doente, no qual consta o plano de ação e as recompensas pelo seu cumprimento. Os autores sugerem que na formulação do contrato a intenção da mudança deve ser definida pelo doente e não pelo profissional, as metas devem estar bem definidas (específicas, mensuráveis e atingíveis no tempo) assim como as recompensas <sup>(13)</sup>.

**Solução de problemas** – envolve uma interação entre profissional e doente na identificação de barreiras que impedem a mudança do comportamento, recorrendo a técnicas como *brainstorming* e/ou avaliação dos prós e contras para as ultrapassar <sup>(13)</sup>. Estudos mostram que esta técnica é eficaz na adesão ao tratamento da obesidade <sup>(28, 29)</sup> e diabetes <sup>(30)</sup>.

**Reestruturação cognitiva** – tem como objetivo identificar e modificar padrões de pensamento. Esta metodologia parte da premissa que as cognições (o que e como a pessoa pensa com base nas experiências vividas) são pensamentos aprendidos que poderão ser reaprendidos. O processo de mudança passa por conduzir o doente a modificar o diálogo interno (com afirmações positivas de automotivação), imaginar o objetivo a ser alcançado (visualizar o sucesso da

mudança como, por exemplo, imaginar-se com os quilogramas desejados), bem como explorar as crenças alimentares e percepções que os pensamentos são automáticos e não estão sobre o seu controlo <sup>(13)</sup>. Os registos alimentares associados a pensamentos e sentimentos de cada episódio alimentar podem contribuir para melhor identificar o comportamento alimentar <sup>(31)</sup>.

**Conhecimento** – os planos alimentares estruturados são planos detalhados que indicam exatamente o tipo de alimentos a escolher, nas diferentes refeições ao longo do dia e respetivas porções adequadas às necessidades e/ou objetivos do doente <sup>(6, 13)</sup>. Embora a estruturação de um plano alimentar com várias instruções seja uma estratégia útil, por vezes os doentes têm já alguns conhecimentos acerca do que comer <sup>(32)</sup>. O desafio pode passar pela solução de problemas no contexto do dia a dia do doente, que geralmente o influencia para uma direção divergente à do plano alimentar <sup>(32)</sup>.

**Countering (Substituição de comportamento)** – quando a superação de um comportamento indesejável (por exemplo: comer bolachas de hora em hora) não é acompanhada pela implementação de um outro comportamento, o risco de retomar ao comportamento indesejado inicial é alto. Desta forma, trabalhar conjuntamente com o doente, no sentido de identificar comportamentos alternativos do seu agrado (como ler, andar de bicicleta, caminhar, ouvir música), constitui uma forma de diminuir o risco de retomar ao comportamento indesejável <sup>(13)</sup>.

## COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO NUTRICIONISTA

A *National Academies*, considera que o desenvolvimento das capacidades de comunicação faz parte das competências mais promissoras do século XXI <sup>(33)</sup>. Em concordância, vários autores salientam a importância do nutricionista desenvolver as suas competências de comunicação, em virtude de estabelecer um relacionamento mais próximo com o doente, considerando-o como um ser no seu todo – na sua condição física, psíquica e sociocultural – ou seja, além da análise do seu estado biológico <sup>(34-38)</sup>. Outros autores consideram, ainda, que na base das dificuldades da mudança do comportamento alimentar estão os sentimentos do indivíduo face aos alimentos que, geralmente, apenas são expressos quando criados vínculos de confiança na relação nutricionista-doente <sup>(39)</sup>.

Neste domínio, a empatia – cujo significado original é perceber e sentir o mundo na perspetiva do outro <sup>(40)</sup> – está descrita como a capacidade do profissional de saúde em escutar de forma reflexiva o doente, procurando entender os seus sentimentos e perspetivas, demonstrando atenção, respeito e aceitação em detrimento de o julgar, criticar ou culpar <sup>(23)</sup>. Esta competência incentiva o doente a demonstrar de forma mais detalhada as suas preocupações e sintomas, resultando daí alguns efeitos vantajosos. Por um lado, o doente ao sentir-se escutado, valorizado enquanto indivíduo e percecionando que os seus sentimentos e pensamentos foram validados como normais ou expectáveis, promove efeitos afetivos positivos a curto e médio prazo. Por outro lado, o clínico recolhe mais informação do doente, compreende melhor a sua sintomatologia e,

conseqüentemente, pode preparar e responder melhor às suas necessidades individuais <sup>(41)</sup>.

Neste contexto, estão descritas uma série de tipos de resposta/intervenção na abordagem terapêutica individual – que nem sempre são usadas <sup>(42)</sup> e por vezes subestimadas <sup>(43)</sup> – e que o nutricionista poderá aperfeiçoar, na medida em que poderá ser promotor da mudança do comportamento <sup>(44)</sup>. Seguem alguns dos exemplos descritos:

- **Atendimento / Escuta ativa:** considerada como a mais básica capacidade no aconselhamento e perante a qual todas as outras se baseiam. Envolve dar atenção ao conteúdo e à forma do que é verbalizado (o que é dito e como é dito); observar a comunicação não-verbal (postura corporal, gestos e expressões faciais). Ivey *et al.*, embora ressaltando a importância da genuinidade de cada clínico como essencial para a sua identidade, aponta 4 componentes transversais no atendimento: Contato visual – olhar para o doente enquanto fala; Estilo vocal – velocidade, volume e tom devem demonstrar empatia pelo doente; Linguagem corporal – ao inclinar ligeira e calmamente o tronco para a frente, demonstrando uma expressão facial empática e com gestos lentos, transmite ao doente atenção enquanto fala; Pequenos sinais de acompanhamento e compreensão – breves sinais verbais e não-verbais como acenar com a cabeça, ocasionais sons como “*hmm-hmm*” e/ou respostas “*Sim, estou a perceber...*” indicam que a mensagem é recebida <sup>(45)</sup>.
- **Identificar e constatar sentimentos:** ao fazê-lo, o clínico demonstra atenção e conhecimento do estado emocional do doente encorajando-o a continuar a falar sobre si. Por exemplo: “*A Patrícia sente-se irritada quando alguém a incomoda acerca do seu peso*” <sup>(44)</sup>.

- **Legitimação:** pressupõe a aceitação e validação desse sentimento como possível no contexto do doente. Por exemplo: *“Consigo compreender porque o Ivo se sente dessa forma, qualquer um o sentiria nessas circunstâncias”*<sup>(44)</sup>.
- **Respeito:** está implícito na escuta ativa e no comportamento não-verbal. Demonstrações de respeito incluem palavras de apreciação pelo empenho do doente em enfrentar as dificuldades. Por exemplo: *“O Vitor fez um excelente trabalho ao realizar os seus registos alimentares”*<sup>(44)</sup>.
- **Suporte pessoal e parceria:** demonstrar que há soluções para ultrapassar as dificuldades e que o papel do nutricionista é de, conjuntamente com o doente, ajudar na implementação de estratégias. Por exemplo: *“Há várias estratégias disponíveis para controlar a diabetes. Depois de conversarmos sobre as dificuldades e dos seus pontos fortes, vamos trabalhar para encontrar as melhores estratégias”*<sup>(44)</sup>.
- **Sumarizar:** resumir as mensagens transmitidas pelo doente, integrando os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos recorrendo sempre que possível a palavras verbalizadas pelo doente. Por exemplo: *“Então Carlos, permita-me ver se percebi corretamente...”*<sup>(44)</sup>.
- **Questionar:** formular perguntas abertas como *“Quais as dificuldades que teve ao seguir o plano alimentar?”* oferecem liberdade ao doente para expressar as suas dificuldades e simultaneamente promovem autorreflexão. Fazer perguntas fechadas, como *“Come pequeno-almoço?”* geralmente impossibilita ao doente de desenvolver o que realmente o preocupa, sendo úteis para terminar um discurso<sup>(44)</sup>.
- **Constatar incoerências:** os doentes geralmente encontram-se num estado de ambivalência, resistindo à adoção de novos comportamentos, uma vez que

pretendem um objetivo, mas o seu alcance implica sair da sua "zona de conforto". Ao constatá-lo, o nutricionista convida à exploração do assunto, fazendo com que o doente tome consciência. Por exemplo: *“Quando estávamos a falar disse-me que não gostava de legumes, mas come alguns quando almoça sandes americanas”* <sup>(44)</sup>.

- **Self-referent (self-disclosing e self-involving):** por vezes, em benefício da relação terapêutica, o clínico pode, de forma moderada, partilhar os seus exemplos (*self-disclosing*) e incorporar neles os seus sentimentos (*self-involving*). Por exemplo: *“Em tempos, quando eu (o nutricionista) precisava diminuir de peso, começar foi para mim o mais difícil”* <sup>(44)</sup>.

Cormier *et al.*, referem que mais de 65% da comunicação é sob forma não-verbal <sup>(46)</sup>. O uso efetivo desta comunicação, assim como a comunicação verbal, dependerá das características do doente, incluindo a sua cultura <sup>(13)</sup>. Doentes de diferentes culturas poderão fazer diferentes interpretações da mensagem que o terapeuta pretende transmitir <sup>(13, 47)</sup>. Ainda assim, a criação de empatia apenas tem impacto quando a comunicação verbal e não-verbal estão sincronizadas. Sugere-se ainda que se deva evitar a colocação de barreiras de comunicação como corrigir o doente enquanto ele discursa – um comportamento designado de *“righting reflex”* na entrevista motivacional e que deve ser evitado <sup>(48)</sup>.

Todas estas competências podem ser identificadas e avaliadas com vista a progredir no exercício e obtenção de resultados mais efetivos no aconselhamento. Algumas das técnicas sugeridas por alguns investigadores podem adotar várias formas de avaliação. Por exemplo, Mercer *et al.* propõem um modelo de avaliação pelo doente, através do preenchimento de um questionário *CARE (consultation and relational empathy measure)* <sup>(49)</sup> (anexo 1); a *Brown University School of*

*Medicine* elaborou uma *checklist* a ser preenchida por um observador <sup>(50)</sup> (anexo 2); ou ainda, como proposto por Humphris *et al.* <sup>(51)</sup> e Roter *et al.* <sup>(52)</sup>, através de uma (auto) avaliação por observação de gravações audiovisuais. Neste âmbito Roter *et al.* desenvolveram um *software* específico para avaliação das competências de aconselhamento – o *Roter Interaction Analysis System* <sup>(52)</sup>.

### **Análise crítica e conclusões**

A modificação de comportamentos alimentares é um desafio clínico para o qual os nutricionistas devem estar preparados.

Os modelos e teorias do comportamento oferecem explicações que permitem compreender a aquisição e modificação de comportamentos mais específicos, como o comportamento alimentar. Compreender estas bases é um passo preliminar fundamental na realização de intervenções específicas para a mudança. São elas que dão suporte ao desenvolvimento de estratégias de intervenção.

Na literatura científica estão descritas várias estratégias a que o nutricionista pode recorrer. Destas, algumas como a automonitorização <sup>(6, 25-27)</sup>, determinação de metas <sup>(6, 18-20)</sup>, a solução de problemas <sup>(6, 28-30)</sup>, suporte social <sup>(6, 14)</sup> e entrevista motivacional <sup>(6, 24)</sup> têm-se revelado eficazes na mudança do comportamento alimentar. Por outro lado, seria interessante e vantajoso testar as hipóteses de outras estratégias como *countering*, formulação de contrato, reestruturação cognitiva, gestão de stresse e controlo de estímulos no contexto do aconselhamento para a mudança de comportamento alimentar. Na verdade, as estratégias referidas são por vezes usadas em simultâneo (como no caso da abordagem cognitivo-comportamental), o que dificulta a avaliação do impacto de

cada uma isoladamente. Contudo, o recurso à abordagem cognitivo-comportamental têm-se revelado capacitadora da mudança do comportamento alimentar <sup>(7-12)</sup>.

Saber comunicar com o doente é mais do que dar indicações certíssimas sobre o que precisa comer para as suas necessidades. Envolve capacidades de atendimento <sup>(42)</sup>, treino contínuo da comunicação verbal e não-verbal e também de “automonitorização” do profissional<sup>(49-52)</sup>, no sentido de melhorá-las.

A perceção destas competências são, por vezes, entendidas como um saber fazer intuitivo. Miller, fundador da entrevista motivacional, refere que é habitual alguns médicos “reconhecerem” os seus princípios no primeiro contato: “*eu já faço isso*” ou “*é claro que ouço os meus doentes e que os motivo*” <sup>(22)</sup>. No entanto, verificou uma correlação perto de zero entre a perceção e a efetiva escuta ativa quando avaliadas por registos audiovisuais <sup>(53)</sup>.

O estabelecimento de um vínculo profissional-doente é vital para a criação de uma relação construtiva a favor da mudança mas que exige tempo. Tempo que por vezes é curto para desenvolver estratégias e simultaneamente responder às “metas” dos números de utentes a serem seguidos anualmente. O que promove a seguinte reflexão: valerá mais 15-20 minutos de “intervenção” durante duas vezes por ano durante anos ou uma intervenção mais profunda num espaço de tempo mais curto? Nesta temática, a abordagem terapêutica em grupo aponta algumas vantagens, entre as quais abranger várias pessoas em cada intervenção, fazendo com que o rácio de pessoas/tempo de intervenção seja maior.

Cabe ao nutricionista, sempre que possível com apoio multidisciplinar, ponderar que estratégias melhor se adequam para uma efetiva mudança do comportamento face à alimentação de cada doente.

## Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf).
2. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases** [Technical Report]. World Health Organization technical report series. 2003; 916:i-viii, 1-149, backcover.
3. Viana V. **Modelos da Psicologia da Saúde** [Documento de apoio da Unidade Curricular "Hábitos Alimentares - Abordagem integrada II" FCNAUP]. 2000.
4. Bandura A. **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change**. Psychological review. 1977; 84(2):191-215.
5. Bauer KD, Liou D, Sokolik CA. **Frameworks for Understanding and Attaining Behavior Change**. In: **Nutrition Counseling and Education Skill Development**. Cengage Learning; 2011. p. 16-45.
6. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B, et al. **State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change** [Review]. Journal of the American Dietetic Association. 2010; 110(6):879-91.
7. Stahre L, Hallstrom T. **A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial** [Randomized Controlled Trial]. Eating and weight disorders : EWD. 2005; 10(1):51-8.
8. Mayer-Davis EJ, D'Antonio AM, Smith SM, Kirkner G, Levin Martin S, Parra-Medina D, et al. **Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities** [Randomized Controlled Trial]. American journal of public health. 2004; 94(10):1736-42.
9. Pi-Sunyer X, Blackburn G, Brancati FL, Bray GA, Bright R, Clark JM, et al. **Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial** [Randomized Controlled Trial]. Diabetes care. 2007; 30(6):1374-83.
10. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. **Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study** [Randomized Controlled Trial]. Lancet. 2006; 368(9548):1673-9.
11. Akers JD, Cornett RA, Savla JS, Davy KP, Davy BM. **Daily self-monitoring of body weight, step count, fruit/vegetable intake, and water consumption: a feasible and effective long-term weight loss maintenance approach**. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2012; 112(5):685-92 e2.
12. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. **Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial** [Randomized Controlled Trial]. Annals of internal medicine. 2006; 144(7):485-95.

13. Bauer KD, Liou D, Sokolik CA. **Promoting Change to Facilitate Self-Management.** In: **Nutrition Counseling and Education Skill Development.** Cengage Learning; 2011. p. 140-68.
14. Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, Barrera M, Jr., Ritzwoller DP, Weidner G. **Long-term effects of the Mediterranean lifestyle program: a randomized clinical trial for postmenopausal women with type 2 diabetes.** The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2007; 4:1.
15. Toobert DJ, Strycker LA, Glasgow RE, Barrera M, Bagdade JD. **Enhancing support for health behavior change among women at risk for heart disease: the Mediterranean Lifestyle Trial [Randomized Controlled Trial].** Health Educ Res. 2002; 17(5):574-85.
16. Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. **A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity [Meta-Analysis].** Obesity facts. 2009; 2(1):17-24.
17. Epstein LH, Paluch RA, Kilanowski CK, Raynor HA. **The effect of reinforcement or stimulus control to reduce sedentary behavior in the treatment of pediatric obesity [Randomized Controlled Trial].** Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 2004; 23(4):371-80.
18. Pearson ES. **Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: A systematic literature review examining intervention components.** Patient education and counseling. 2012; 87(1):32-42.
19. Nothwehr F, Yang J. **Goal setting frequency and the use of behavioral strategies related to diet and physical activity.** Health Education Research. 2007; 22(4):532-38.
20. Brown MJ, Sinclair M, Liddle D, Hill AJ, Madden E, Stockdale J. **A systematic review investigating healthy lifestyle interventions incorporating goal setting strategies for preventing excess gestational weight gain.** PloS one. 2012; 7(7):e39503.
21. Cullen KW, Baranowski T, Smith SP. **Using goal setting as a strategy for dietary behavior change [Review].** Journal of the American Dietetic Association. 2001; 101(5):562-6.
22. Miller WR, Rollnick S. **Ten things that motivational interviewing is not.** Behavioural and cognitive psychotherapy. 2009; 37(2):129-40.
23. Miller WR, Rollnick S. **What Is Motivational Interviewing? In: Motivational Interviewing: Preparing People for Change.** Guilford Press; 2002. p. 33-42.
24. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. **Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** Obesity Reviews. 2011; 12(9):709-23.
25. Miller CK, Gutschall MD, Holloman C. **Self-monitoring predicts change in fiber intake and weight loss in adults with diabetes following an intervention regarding the glycemic index [Randomized Controlled Trial].** Patient education and counseling. 2009; 76(2):213-9.
26. Helsel DL, Jakicic JM, Otto AD. **Comparison of techniques for self-monitoring eating and exercise behaviors on weight loss in a correspondence-**

**based intervention** [Randomized Controlled Trial]. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007; 107(10):1807-10.

27. Acharya SD, Elci OU, Sereika SM, Styn MA, Burke LE. **Using a personal digital assistant for self-monitoring influences diet quality in comparison to a standard paper record among overweight/obese adults** [Randomized Controlled Trial]. *Journal of the American Dietetic Association*. 2011; 111(4):583-8.

28. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. **Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity** [Randomized Controlled Trial]. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001; 69(4):722-6.

29. Murawski ME, Milsom VA, Ross KM, Rickel KA, DeBraganza N, Gibbons LM, et al. **Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity**. *Eating behaviors*. 2009; 10(3):146-51.

30. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. **Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management** [Randomized Controlled Trial]. *Journal of behavioral medicine*. 2004; 27(5):477-90.

31. Salzano FT, Kotait MS, Kitade RD. **Bulimia Nervosa**. In: *Nutrição em Psiquiatria*. Artmed; 2010. p. 153-65.

32. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. **Behavioral treatment of obesity** [Review]. *The American journal of clinical nutrition*. 2005; 82(1 Suppl):230S-35S.

33. Council NR. **Assessing 21st Century Skills: Summary of a Workshop**. The National Academies Press; 2011.

34. Freitas MCS, Minayo MCS, Fontes GAV. **Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas**. *Ciencia & saude coletiva*. 2011; 16:31-38.

35. Goulart BNGd, Chiari BM. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão**. *Ciencia & saude coletiva*. 2010; 15:255-68.

36. Deslandes SF, Mitre RMdA. **Processo comunicativo e humanização em saúde**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13:641-49.

37. Freitas MCS, Pena PGL, Fontes GAV, Silva DO, Santos LA, Mello AO, et al. **Uma leitura humanista da nutrição. Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA; 2008.

38. Solymos GMB. **A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde**. *Estudos Avançados*. 2006; 20:109-22.

39. Trinca RT, Okuda LS. **Vínculo profissional-paciente**. In: *Nutrição em Psiquiatria*. Artmed; 2010. p. 49-58.

40. Gerdes KE. **Empathy, Sympathy, and Pity: 21st-Century Definitions and Implications for Practice and Research** [Article]. *Journal of Social Service Research*. 2011; 37(3):230-41.

41. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. **Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda**. *Patient education and counseling*. 2009; 74(3):339-46.

42. Tinoco R, Paiva I. **Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares: um diálogo entre a psicologia e as ciências da nutrição.** [Revisão]. In.: Acta Médica Portuguesa; 2011. p. 741-46.
43. Cant RP, Aroni RA. **Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication.** Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2008; 21(5):502-11.
44. Bauer KD, Liou D, Sokolik CA. **Communication Essentials. In: Nutrition Counseling and Education Skill Development.** Cengage Learning; 2011. p. 46-75.
45. Ivey AE, Ivey MB, Zalaquett CP. **Attending Behavior: Basic to Communication. In: Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society.** Brooks/Cole; 2009. p. 62-89.
46. Cormier LS, Nurius P, Osborn DS. **Interviewing and change strategies for helpers : fundamental skills and cognitive behavioral interventions.** International student ed., 6th ed. ed. Belmont, Calif.: Brooks/Cole ; [London : Cengage Learning distributor]; 2009.
47. Ivey AE, Ivey MB, Zalaquett CP. **Toward Intentional Interviewing and Counseling. In: Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society.** Brooks/Cole; 2009. p. 11-32.
48. Stephen Rollnick, Jeff Allison, Stephanie Ballasiotes, Tom Barth, Christopher C. Butler, Rose GS, et al. **Variations on a theme: Motivational Interviewing and Its Adaptations. In: Motivational Interviewing: Preparing People for Change.** Guilford Press; 2002. p. 270-83.
49. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. **The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure [Validation Studies].** Family practice. 2004; 21(6):699-705.
50. Bauer KD, Liou D, Sokolik CA. **Making Behavior Change Last. In: Nutrition Counseling and Education Skill Development.** Cengage Learning; 2011. p. 169-89.
51. Humphris GM, Kaney S. **The Objective Structured Video Exam for assessment of communication skills.** Medical education. 2000; 34(11):939-45.
52. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. **Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training.** Medical education. 2004; 38(2):145-57.
53. Miller WR, Mount KA. **A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior?** Behavioural and cognitive psychotherapy. 2001; 29(04):457-71.



# **Anexos**



## Índice de Anexos

ANEXO 1 – The CARE Measure.....	25
ANEXO 2 – <i>Checklist</i> de Entrevista .....	29



**ANEXO 1 –  
The CARE Measure**



## The CARE Measure<sup>1</sup> – Adaptado

**Por favor, classifique com um "X" cada uma das seguintes afirmações acerca da consulta de hoje.**

<i>Como foi o doutor a...</i>	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
<b>1. Fazer com que se sentisse à vontade...</b> <i>(Foi amigável e acolhedor consigo, tratando-o com respeito, não sendo frio ou rude)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>2. Permitir que contasse a sua "história" ...</b> <i>(Dando-lhe tempo para descrever detalhadamente a sua doença pelas suas próprias palavras; não o interrompeu ou desviou-se de si)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>3. Ouvir...</b> <i>(Prestando atenção ao que estava a dizer; não olhando para o computador ou notas enquanto você estava a falar)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>4. Demonstrar interesse por si enquanto pessoa...</b> <i>(Pedindo / procurando saber detalhes relevantes sobre sua vida e situação; não tratando-o como "mais um")</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>5. Compreender as suas preocupações...</b> <i>(Comunicando que entendeu as suas preocupações, sem desvalorizar ou não considerar todos os aspetos).</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>6. Mostrar cuidado e compaixão...</b> <i>(Parecendo verdadeiramente preocupado, comunicando consigo de forma humana, não sendo indiferente ou "imparcial")</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>7. Ser Positivo ...</b> <i>(Ter uma abordagem positiva e uma atitude positiva; Foi honesto, mas não negando os seus problemas)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>8. Explicar as coisas de forma clara...</b> <i>(Respondendo detalhadamente às suas perguntas, explicando de forma clara, dando-lhe a informação adequada; não sendo vago)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>9. Ajudar a que consiga controlar a sua saúde...</b> <i>(Explorando consigo o que você pode fazer para melhorar a sua saúde; incentivando em vez de lhe "dar lições")</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>10. Fazer um plano de ação consigo...</b> <i>(Discutir as opções, envolvendo-o na tomada de decisões tanto quanto quer estar envolvido; não ignorando a sua opinião)</i>	<input type="checkbox"/>					

© Stewart W Mercer 2004

<sup>1</sup> Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. Family practice. 2004; 21(6):699-705.



**ANEXO 2 –**

***Checklist de Entrevista***



## Checklist de Entrevista<sup>2</sup>

Entrevistador \_\_\_\_\_ Observador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
 Objetivo da entrevista \_\_\_\_\_

### I. DESENVOLVER DA ENTREVISTA

#### A. Fase de envolvimento

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Saudação   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| a) Saudação verbal  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b) Aperto de mãos   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Apresentação do nutricionista  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Toma atenção ao próprio conforto - Está concentrado(a) na consulta deixando outras obrigações planejadas para um momento posterior.            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Toma atenção ao conforto do cliente - Conforto físico, barulho e distrações visuais minimizadas  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Conversa informal ou de circunstância, se apropriado.  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Estabelece os objetivos da consulta  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| a) Questão de abertura - "O que o(a) traz cá hoje?"   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b) Estabelece objetivos do cliente a longo prazo  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c) Explica o processo de aconselhamento   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d) Discute a monitorização do peso, se apropriado.  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Faz o programa/agendamento das consultas   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 8. Usa frases para transição de tema - "Agora que vimos o funcionamento desta consulta, podemos explorar as suas necessidades com maior detalhe." | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

#### B. Exploração - Fase Educativa

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Preenche formulários de avaliação  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Compara essa avaliação com as recomendações, ponto por ponto, sem julgamento                       | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Pede opinião do cliente sobre essa comparação  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Faz um resumo - identifica com precisão os problemas e verifica a motivação                        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Questiona o cliente se ele/ela gostaria de mudar   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Avalia a motivação - usa um escala de medição para determinar o nível de preparação para a mudança | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Dá exemplos educativos para as necessidades do cliente   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

#### Escala de medição

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não preparado			Sem certeza				Preparado		

\*Preparação para a mudança: 1 = não preparado; 10 = muito preparado

Para aderir ao objetivos alimentares: 1 = nunca; 10 = sempre

Para a confiança em mudar o estilo de vida: 1 = não preparado; 10 = muito preparado

Para o grau de importância em realizar a mudança no estilo de vida: 1 = não preparado; 10 = muito preparado

<b>C. Fase de resolução</b>		
<i>Nível 1 (números 1 a 3 na escala de medição)</i>		
1. Promove a consciencialização - discute benefícios da mudança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Promove a consciencialização - Personaliza benefícios	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Faz questões abertas sobre a importância da mudança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Faz um resumo (balanço do que foi dito)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Dá indicações, se apropriado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Manifesta o seu apoio	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<i>Nível 2 (números 4 a 7 na escala de medição)</i>		
1. Promove a consciencialização - discute benefícios da mudança e as opções de alimentação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Faz questões abertas relacionadas com a confiança que tem para mudar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Faz questões abertas sobre a importância da mudança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Avalia prós e contras da mudança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Promove a imaginação do futuro (após mudança)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Explora os sucessos do passado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Explora redes sociais de apoio	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Resume o estado de ambivalência	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<i>Nível 3 (números 8 a 10 na escala de medição)</i>		
1. Elogia comportamentos positivos (reforço positivo)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Explora as opções de mudança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
a) Pede ideias do cliente para a mudança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
b) Recorre a ferramentas demonstrativas das opções para a mudança, se apropriado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
c) Explora as possíveis dificuldades das opções selecionadas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Explica o processo de definição de objetivos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Identifica um objetivo específico a partir do objetivo geral - recorre, se necessário, a conversa informal e explora as experiências passadas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. O objetivo é "SMART": específico, mensurável, alcançável, (possível de auto-monitorizar) gratificante (aceite positivamente), executável no tempo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Determina um plano de ação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
a) Avalia o ambiente físico a que o cliente está sujeito	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
b) Avalia o apoio social	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
c) Avalia o ambiente, explica formas de lidar nesse ambiente (como falar), se necessário	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
d) Define uma técnica de automonitorização	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
e) O Cliente verbaliza o objetivo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Regista os objetivos definidos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>D. Fase de encerramento</b>		
1. Promove a auto-eficácia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Revê forças e fraquezas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Usa respostas baseadas numa relação de respeito (reforço positivo)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Relembra objetivo(s)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Relembra a data da próxima consulta	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Aperto de mãos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Demonstra apreciação pela participação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Usa respostas baseadas numa relação "de apoio e parceria"	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

**II. COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS****A. Facilitação (Competências de atendimento)**

1. Contato visual - Distância apropriada para melhorar o conforto do cliente Sim  Não
2. Permite o silêncio para facilitar o cliente a expressar os seus pensamentos e sentimentos Sim  Não
3. Postura descontraída - Braços descruzados; de frente para cliente F  P  Não
- \* 4. Acena com a cabeça, "hmm hmm", repete últimas palavras do cliente F  P  Não

\* F = Frequentemente, P = Parcialmente

**B. Competências de relacionamento (Empatia)**

1. Reflexão - Constata a emoção expressa pelo cliente ou pergunta sobre como se está a sentir F  P  Não
2. Legitimação - Expressa compreensão pelas emoções do cliente Sim  Não
3. Respeito - Expressa o seu respeito para os esforços realizados perante as dificuldades ou diz frases que valorizem o seu empenho Sim  Não
4. Suporte pessoal - Manifesta a vontade de ser útil ao cliente Sim  Não
5. Parceria - Manifesta vontade de trabalhar com o cliente Sim  Não

\* F = Frequentemente, P = Parcialmente

**III. RESPOSTAS DOS CLIENTES**

	Geralmente	Às vezes	Raramente
A. Cliente fala livremente sobre as suas preocupações.			
B. Parece confortável e relaxado.			
C. Parece envolvido na sessão de aconselhamento.			
D. Fala livremente sobre o seu / sua condição e contexto de vida			

**IV. COMENTÁRIOS GERAIS**

<sup>2</sup> Adaptado de: Brown Interview Checklist, Brown University School of Medicine, Novack, DH, Goldstein, MG, Dub CE, 1986.