

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

Karina Magalhães Santini

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NOS ATENDIMENTOS EM NUTRIÇÃO: UMA  
REVISÃO NARRATIVA**

Porto Alegre

2019

Karina Magalhães Santini

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NOS ATENDIMENTOS EM NUTRIÇÃO: UMA  
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maurem Ramos

Porto Alegre

2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar tantas alegrias e vitórias. Aos meus pais, Rosa e Inácio e irmãs, Mônica e Natália que, apesar de distância e de tantos atritos sempre estiveram ao meu lado em cada fase da minha formação e que são meus exemplos. Ao meu namorado, Augusto que nunca me deixou desistir, me incentivando e me acalmando nos momentos mais difíceis. Aos meus amigos que me apoiaram de diversas formas para que eu atingisse meu objetivo e que contribuíram imensamente para que eu sempre me mantivesse com um sorriso no rosto. Agradeço a minha orientadora Maurem Ramos, que me incentivou, auxiliou e foi fundamental para a minha formação. Obrigada a cada pessoa que de alguma forma contribuiu para que meus sonhos se tornassem realidade.

## RESUMO

A entrevista motivacional é uma ferramenta de aconselhamento utilizada por profissionais da área da saúde. Seu objetivo principal é a mudança de comportamento através de diálogos centrados na motivação intrínseca do paciente. Esta abordagem é frequentemente utilizada nos atendimentos em nutrição focando na mudança de comportamento alimentar. Portanto é de primordial importância que os nutricionistas conheçam a técnica para que a mesma seja aplicada de maneira eficaz. Este trabalho tem como objetivo descrever, com base em trabalhos já publicados, o modelo da entrevista motivacional relacionando-a a mudança de comportamento alimentar. Trata-se de uma revisão narrativa, a qual as interpretações são realizadas através da análise crítica e pessoal do próprio autor e são compostas por dados da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas. A EM foi originada no ano de 1980 quando seu idealizador, William Richard Miller atuava em um ensaio clínico randomizado testando técnicas de terapia comportamental direcionado para pacientes dependentes de álcool. Ele percebeu que expressões de empatia por parte do entrevistador apresentavam impacto maior quando comparadas com as técnicas comportamentais que estavam sendo testadas. Miller então descreveu a EM como um estilo clínico de atendimento centrado no paciente com atitudes tolerantes frente a ambivalência do mesmo utilizando técnicas que buscam evocar as motivações intrínsecas do indivíduo. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), é utilizado para identificar em qual estágio de mudança o paciente encontra-se e, desta forma, permite ao profissional selecionar uma conduta adequada conforme demanda apresentada pelo mesmo. A eficácia da técnica da EM é dependente um “espírito geral” na sua aplicação o qual é colaborativo, onde há uma conversa adjunta ao entrevistado, evocativo da motivação do próprio paciente e, por fim, honra a autonomia do cliente. Além disso, o estudo e a prática por parte do entrevistador também são fatores diretamente relacionados com a efetividade da sua aplicação. Portanto, cabe aos nutricionistas buscar técnicas e ferramentas que os auxiliem na condução de uma entrevista centrada no discurso do paciente. Porém há necessidade também, de mais pesquisas que utilizam a EM na abordagem nutricional pois, até

então, há uma quantidade limitada de estudos e os mesmos apresentam fatores passíveis de erro como falta de padronização no tempo de duração de consulta, diversidade de indivíduos estudados e outras limitações importantes.

**Palavras-chaves:** Entrevista motivacional; Comportamento Alimentar; Mudança de Comportamento; Motivação.

## **ABSTRACT**

The motivational interview is a counselling tool used by health professionals. The main objective is the change of behavior through dialogues focused on the intrinsic motivation of the patient. This approach is often used in nutrition care focusing on the change in eating behavior. It is therefore of paramount importance that the nutritionists know the technique so that it is applied in a way that is effective. The objective of this work is to describe, on the basis of previous work published, the model of the motivational interview relating it to the change of the eating behaviour. This is a narrative review, where the interpretations are carried out through the critical and personal analysis of the author himself, and are composed of data from the literature published in books, journal articles and printed and/or electronic. The MS was originated in 1980 when it is idealizer, William Richard Miller was the creator of a randomized clinical trial testing patient-oriented behavioral therapy techniques Alcohol-dependent. He realized that expressions of empathy on the part of the interviewer had a greater impact when compared to the techniques that were being tested. Miller then described MS as a clinical style of patient-centered care with tolerant attitudes towards the ambivalence of the same using techniques that seek to provoke intrinsic motivations to the individual. The Trans-theoretical Model of Behavior Change (MTT) is used to identify at what stage of change the patient is in and, in this way, allows the professional to select a conduct that is according to the demand presented by it. The effectiveness of the MS is dependent on a "general spirit" in its application which is collaborative, where there is an adjunct conversation with the interviewee, reminiscent

of the motivation of the interviewee himself and ultimately honors the client's autonomy. In addition, the study and the practice of the part of the interviewer are also factors directly related to the effectiveness of your application. Therefore, it is up to the nutritionists to look for techniques and tools to assist them in conducting a discourse-centred interview with the patient. However, there is also a need for more research using MS in the nutritional approach because, until then, there is a limited number of studies and they present error factors, such as lack of standardization in the duration of consultation, diversity of individuals studied and others important limitations.

**Keywords:** Motivational Interview; Food Behavior; Change of

Behavior; Motivation.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVO.....	10
2.1 Objetivo Geral .....	10
2.2 Objetivos Específicos .....	10
3 MÉTODO.....	11
4 O SURGIMENTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	12
4.1 Fala para mudança ( <i>change talk</i> ): As técnicas de entrevista motivacional .....	13
4.1.1 Qualidade da fala para mudança: .....	13
4.1.2 Padrão de ocorrência de fala para mudança.....	14
4.2 Qualidade do estilo da relação médico-paciente.....	14
5 MOTIVAÇÃO.....	15
6 ESTÁGIOS DE MUDANÇA .....	19
7 MÉTODO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL .....	22
7.1 Apresentação .....	23
7.2 Negociar a agenda .....	24
7.3 Avaliação da prontidão para mudar.....	24
7.4 Explorar a ambivalência .....	26
7.5 Perguntas sobre o próximo passo.....	29
7.6 Fechamento da conversa .....	30
8 ENTREVISTA MOTIVACIONAL NOS ATENDIMENTOS DE NUTRIÇÃO .....	31
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	33
REFERÊNCIAS.....	34

## 1 INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é definido como o resultado da interação entre o consumo alimentar e seus diversos determinantes e influências (TORAL, 2006; QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). Segundo Viana (2002, p. 624), a compreensão do comportamento e do estilo alimentar, incluindo os aspectos psicológicos que lhe estão subjacentes, parece ser determinante na possibilidade de se definirem estratégias visando implementar mudanças de índole terapêutica ou educacional com vista à promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Os profissionais nutricionistas utilizam-se do alimento como principal ferramenta de trabalho. O ato de alimentar-se está interligado com inúmeros fatores emocionais que são um reflexo do paciente e da forma como ele se comporta perante o ato de se alimentar. Portanto é de primordial importância que os nutricionistas conheçam e se aprimorem de técnicas que auxiliem na mudança de comportamento para uma melhor conduta em seus atendimentos, de acordo com a necessidade de cada paciente.

A entrevista motivacional (EM) é uma técnica da área da saúde utilizada como ferramenta de aconselhamento (MILLER; ROLLNICK, 2009). Tem por objetivo a mudança de comportamento do paciente através de diálogos com o profissional que visam atribuir maior atenção ao discurso do paciente através de uma abordagem centrada na pessoa de forma empática por parte do entrevistador que busca evocar e fortalecer as motivações verbalizadas do cliente para a mudança (MILLER; ROSE, 2009).

A EM foi originada no ano de 1980 quando William Miller, seu idealizador, testava técnicas de terapia comportamental com pacientes dependentes de álcool. Em tais estudos, Miller percebeu que expressões de empatia por parte do terapeuta que conduzia a consulta obtinham resultados súperos quando comparados com as técnicas comportamentais testadas (MILLER, 1983).

A partir do cenário descrito, o presente trabalho pretende abordar o método da entrevista motivacional e sua utilização como ferramenta para mudança de



comportamento alimentar levando em conta que a EM tem-se mostrado eficaz em diferentes setores da área da saúde.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever, com base em trabalhos já publicados, o modelo da entrevista motivacional relacionando-a a mudança de comportamento alimentar.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Investigar a base que levou ao desenvolvimento da entrevista motivacional
- Identificar os principais tipos de motivação que contribuem para mudança comportamental voltada a alimentação
- Descrever a teoria de mudança que contribui para melhorar a adesão às orientações nutricionais
- Descrever a técnica da entrevista motivacional nos atendimentos em nutrição

### 3 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa, a qual caracteriza-se por serem amplas, quando comparadas com revisões sistemáticas. Este tipo de artigo é considerado apropriado para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado tema, sob ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

A revisão de literatura (ou revisão narrativa) é sempre recomendada para o levantamento da produção científica disponível e para a reconstrução de redes de pensamentos e conceitos, que articulam saberes de diversas fontes na tentativa de trilhar caminhos na direção daquilo que se deseja conhecer (SEGURA-MUÑOZ et al., 2002).

As revisões narrativas são interpretadas através da análise crítica pessoal do autor. Constituem-se da exploração da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas. Desta forma, este tipo de artigo não informa fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

Essa classe de artigos é de suma importância para a educação continuada pois permite uma atualização prática a despeito de um tema específico. Porém, sua reprodução é coibida, levando em conta que não possuem uma metodologia específica, além de não fornecem respostas quantitativas para questões singulares pois tratam-se de artigos qualitativos.

#### 4 O SURGIMENTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Grande parte do conhecimento psicológico desenvolve-se de uma mesma forma: parte-se de uma teoria, origina-se uma hipótese empírica que é, por fim, levada a uma testagem experimental (HODSON, 1988). Porém, a teoria da EM surge a partir de achados que não eram esperados para então levantar-se uma hipótese que é testada, analisada a cada nova descoberta e, décadas mais tarde, resulta em uma nova teoria.

A EM teve origem em 1980 quando Miller, seu idealizador, atuava em um ensaio clínico randomizado testando técnicas de terapia comportamental direcionado para pacientes dependentes de álcool. Neste estudo, Miller deparou-se com um resultado inesperado: as técnicas comportamentais testadas obtiveram um impacto menor quando comparadas com a expressão de empatia por parte do terapeuta, as quais eram medidas através da avaliação dos áudios gravados durante as sessões (MILLER, 1983)..

Após reconhecimento dos dados, Miller viaja para Noruega para ingressar em um ano sabático. Durante sua estadia no país ele reunia-se regularmente com um grupo de psiquiatras interessados em suas técnicas de atendimento. Nestes encontros ele fazia simulações de sessões com intuito de demonstrar como respondia seus pacientes na prática clínica. O grupo que o acompanhava passou a questionar sobre as perguntas realizadas, o porquê das palavras empregadas, qual era o objetivo final da conversa, quais aspectos eram levados em conta na tomada de decisão sobre a forma de conduzir a sessão. A curiosidade dos jovens psiquiatras sobre sua forma de atendimento e condução das sessões na prática clínica levou Miller a descrever um modelo conceitual e as diretrizes para a entrevista motivacional (MILLER, 1983).

As descrições de Miller chamaram atenção para alguns aspectos que diferenciavam-se completamente do estilo adotado nos atendimentos que, até então, eram realizados de forma a confrontar o paciente perante suas atitudes e pensamentos. Então, Miller e Rollnick em uma tentativa de elucidar o que era a

entrevista motivacional, decidiram tomar o caminho contrário e responder o que ela não era pois os mesmos nunca pretenderam que a EM fosse vista como uma técnica de psicoterapia mas sim como um estilo clínico de atendimento centrado no paciente com atitudes tolerantes frente a ambivalência do mesmo utilizando técnicas que buscam evocar as motivações intrínsecas do mesmo (MILLER, 1983).

Desde então a EM passou a ter uma atuação em diversas áreas da saúde sendo que mais de 200 ensaios clínicos foram publicados a fim de testar sua efetividade. Os resultados positivos demonstraram que a técnica pode ser associada a outras metodologias terapêuticas e mostrou-se eficaz em áreas de atuação diferentes como manejo do diabetes, reabilitação cardiovascular, mudança de hábitos alimentares resultando em alterações corporais como ganho ou perda de peso, uso de drogas ilícitas, manejo de doenças psicológicas crônicas, tabagismo (KNIGHT et al., 2006). Os ensaios clínicos que trouxeram resultados negativos também foram levados em conta e tiveram papel fundamental para evolução da técnica de EM pois possibilitou aos autores o apontamento de fatores que foram considerados fundamentais para eficácia da EM, conforme descrito por Miller e Rollnick:

#### **4.1 Fala para mudança (*change talk*): As técnicas de entrevista motivacional**

O uso de técnicas de EM levam a um aumento considerável da fala para mudança, um forte preditor de mudança de comportamento, e diminuição da fala para manutenção do comportamento disfuncional (*sustent talk*), resultando assim em resultados favoráveis no tratamento.

A fala para mudança pode ser um preditor para desfechos favoráveis porém alguns aspectos parecem essenciais para sua efetividade:

##### **4.1.1 Qualidade da fala para mudança:**

Através da organização linguística a fala para mudança foi diferenciada em desejo, habilidade, razões, necessidade e compromisso com a mudança. Porém apenas aquela classificada como compromisso se mostrou preditora de mudança de comportamento.

#### 4.1.2 Padrão de ocorrência de fala para mudança

A frequência e o nível de fala para a mudança não obtiveram efeitos satisfatórios quando analisados os resultados do tratamento mas sim a ocorrência de um padrão de aumento agudo de fala para mudança durante a entrevista.

### **4.2 Qualidade do estilo da relação médico-paciente**

Com relação ao fator relacional, Miller e Rollnick descreveram o “espírito da EM”, e chamaram atenção para pontos considerados cruciais: expressão de empatia de forma efetiva, construção de um espírito colaborativo ao invés de autoritário, a procura pela motivação intrínseca do paciente e não uma motivação advinda do médico e respeito à autonomia do paciente. Percebeu-se então que os estudos começaram a demonstrar uma ideia de cadeia causal capaz de explicar os efeitos da EM. Iniciando pelo estilo adotado pelo profissional de saúde, gerando uma influência sobre o discurso do paciente durante a consulta e a qualidade desse discurso prediz mudança de comportamento.

## 5 MOTIVAÇÃO

A motivação é um tema vastamente abordado e que apresenta conceitos contraditórios. Porém essa infinidade conceitual não demonstra a quantidade de conhecimento acerca do tema mas sim a falta do mesmo. Portanto conclui-se que a abundância de dados científicos sobre motivação não nos levará a uma melhor compreensão do fenômeno. Para que possamos lidar com esse tema tão importante de forma coerente é necessário refinar os conceitos já conhecidos sobre ele (TODOROV, J.; MOREIRA, M., 2005)

Em qualquer modelo credível de desempenho humano a motivação é tido como um componente fundamental (CAMPBELL, D. J., PRITCHARD, R, 1976). Conforme descrito por Bergamini (1997), a motivação é como uma força propulsora a qual estimula o indivíduo a satisfazer suas necessidades e anseios. A motivação leva o indivíduo executar ações através de uma energia intrínseca remetendo ao próprio termo, originário do latim *motivus*, *movere*, que significa mover, ou seja, o que impulsiona a agir de determinada forma. Existem algumas teorias que buscam descrever a motivação e estão normalmente associadas à produtividade e ao desempenho.

A motivação é conceituada não como um traço de personalidade, mas como um processo interpessoal (MILLER, 1983). A energia propulsora que busca satisfazer as necessidades e desejos do indivíduo vai de encontro a forma como as hierarquias humanas são organizadas em uma estrutura definida por Maslow (1943) em sua teoria como “hierarquia dos motivos humanos” (Figura 1), onde uma necessidade é substituída pela seguinte mais forte a medida que é satisfeita. De acordo com seu grau de premissa as necessidades se classificam em fisiológicas, a qual é a mais forte, básica e essencial seguida pela segurança, afiliação, auto-estima e, por fim, a auto-realização, sendo a mais fraca da hierarquia.

**Figura 1 – Pirâmide de Malow**

Fonte: Adaptada de Maslow (1943)

A motivação é um processo individual, sendo que cada indivíduo tem a capacidade de se motivar ou desmotivar. Esse aspecto é conhecido como motivação intrínseca ou automotivação que pode ser variada ao longo do tempo e sofrer influências internas e externas. É possível vivenciar a motivação intrínseca de três formas: ao aprender ou tentar compreender algo novo; ao se superar ou concluir o desafio de criar algo novo; pelo estímulo das sensações prazerosas associadas às mudanças que influenciam os sentidos (VICENTE JR. et al., 2016).

A influência do ambiente em que o indivíduo habita é responsável pela motivação extrínseca, a qual é uma resposta a recompensas ou punições externas ao indivíduo e inclui o suporte social recebido e possíveis recompensas materiais.



Conforme descrito por Assis e Nahas (1999), fatores externos ou extrínsecos podem complementar positiva ou negativamente a motivação individual. Como exemplos de fatores externos podemos citar as orientações médicas para o controle de uma patologia, queixas de familiares em ocasiões sociais sobre o consumo alimentar de um indivíduo, que podem atuar tanto de forma positiva como negativa, isto é, podem estimular ou prejudicar a realização de mudanças no comportamento alimentar.

Conforme descrito por Vallerand e Ratelle (2002) existem quatro tipos de motivação extrínseca:

**Regulação Externa:** aquela reconhecida como controle e é considerada a forma menos autônoma de motivação, como exemplo de situação pode-se pensar no comer de modo pensado para agradar o terapeuta, nutricionista ou algum familiar

**Regulação Introjetada para evitar a culpa:** considerada uma forma pouco autônoma de motivação onde o indivíduo evita certas situações apenas para evitar o sentimento de culpa ou para melhorar outros aspectos como a autoestima, sentir orgulho de si mesmo

**Regulação integrada:** feita em coerência com outros aspectos da vida, mesmo sem escolhas. Nesta situação o indivíduo está próximo da motivação intrínseca pois ele apropria-se do comportamento sugerido externamente de maneira que este seja coerente com seus valores e necessidades

**Regulação identificada:** situações na qual o indivíduo age com intuito de ser aceito ou valorizado mesmo que ele não tenha prazer.

Por fim, também existe a Teoria da Autodeterminação (self-determination theory – SDT), a qual foi elaborada no ano de 1981, por Richard M. Ryan e Edward L. Deci, com intuito de responder às questões epistemológicas e éticas do paradigma eudaimônico, que considera a saúde e o bem-estar psicológicos como consequentes do compromisso com os desafios e propósitos da vida (APPEL-SILVA; WENDT; ARGIMON, 2010). De acordo com Wehmeyer (1992), a autodeterminação configura um grupo de condutas, competências e aptidões que atribuem ao indivíduo a

capacidade de ser o agente causal em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais.

O nível de motivação de cada indivíduo pode ser definido de acordo com o estágio de mudança em que ele se encontra e, para isso, utiliza-se o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento.

## 6 ESTÁGIOS DE MUDANÇA

A entrevista motivacional reforça a importância de detectar incongruências nos indivíduos, pois não se cria motivação a partir do nada. É preciso que o paciente já possua algum grau de abertura para a mudança, que não ocorre, muitas vezes, devido a um conflito de interesses, de ganhos e de perdas pessoais (TINOCO; PAIVA, 2011). De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) é necessário sempre avaliar a motivação para mudança do indivíduo para definir de forma mais efetiva a utilização de intervenções adequadas aos pacientes, independentemente do tratamento utilizado.

Para definir qual fase de motivação o indivíduo encontra-se utiliza-se o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), também conhecido como Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James Prochaska e colaboradores no ano de 1979 a partir da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos. São eles: pré-ponderação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recidiva. Esse modelo foi inicialmente descrito após observações em pacientes tabagistas onde havia uma disparidade entre os resultados: muitos conseguiam largar o vício sem auxílio psicoterápico enquanto que outros só obtinham êxito após tratamentos de psicoterapia. Essa discrepância entre as repercussões surgiu como estímulo para a elaboração do modelo que teve como base a hipótese, posteriormente confirmada, de que haviam princípios básicos capazes de explicar a ordem da mudança de comportamento que ocorria na presença ou não de psicoterapia (LEÃO et al., 2015).

Conforme descrito por Feoli et al. (2014), para que uma intervenção de modificação no estilo de vida seja efetiva é necessário verificar qual a compreensão do paciente acerca do seu processo de mudança do comportamento e em qual estágio o mesmo se encontra. São eles:

- Pré-contemplação: fase em que o paciente não percebe que apresenta um comportamento de risco ou alguma complicação e, portanto, não considera a mudança.

- **Contemplação:** estágio onde o paciente cogita mudanças futuras pois o mesmo consegue perceber a existência de um problema. Esta fase por ter uma longa duração pois é um período em que o indivíduo analisa os prós e contras da mudança. Caracteriza-se pela ambivalência onde o paciente almeja a mudança de comportamento mas ao mesmo tempo rejeita essa possibilidade.
- **Preparação:** etapa em que o paciente decreta o início das mudanças no comportamento. O indivíduo, então, passa a buscar e planejar metas a fim de facilitar sua adesão e também analisa as experiências passadas que obtiveram resultados negativos a fim de otimizar sua trajetória.
- **Ação:** período em que efetivamente o indivíduo realiza ações que o levam para a mudança. Reconhece uma estratégia para realização de suas metas e investe tempo e energia para sua execução. Nesta fase o indivíduo necessita de apoio para manter-se em seu plano e ganhar autoeficácia.
- **Manutenção:** umas das etapas que demanda maiores cuidados pois torna-se um grande desafio para o paciente manter as mudanças obtidas e evitar a recidiva. É a fase em que há comprovação de uma mudança consolidada levando em consideração que é esperado que a estabilidade seja linear. Portanto é vista como uma fase estática e ao mesmo tempo dinâmica pois é composta pela sequência do novo comportamento e que deve ser incitado por toda vida, atentando aos relapsos.
- **Recidiva:** período em que há uma falha na manutenção e que ocorre retomada do comportamento anterior podendo-se voltar para qualquer um dos demais estágio de mudança. Muitos indivíduos precisam recomeçar todo o processo de mudança de hábitos novamente. Por isso é necessário verificar até que fase o paciente retrocedeu para trazê-lo de volta ao processo de mudança.

Existem instrumentos que possibilitam que seja mensurado o estágio motivacional em que se encontram os indivíduos: *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* – SOCRATES, elaborado por Miller, no ano de 1995 e concebido para avaliar a motivação para a mudança nos dependentes de álcool e a URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*), a qual é uma escala que foi desenvolvida para investigar os estágios motivacionais dos indivíduos para qualquer tipo de problema comportamental. Esta é utilizada como um meio de guiar abordagens de tratamento adequados de acordo com cada indivíduo.

Bittencourt AS (2009) desenvolveu uma versão adaptada e validada da URICA para comportamento do comer compulsivo. Este, é um instrumento autoaplicável, em escala Likert, contendo 24 itens que contemplam cinco alternativas de respostas. Estas variam entre “discordo totalmente”, que totalizam 1 ponto a “concordo totalmente”, gerando uma pontuação de 5. Esta ferramenta está dividida, ainda, em quatro subescalas, que possuem seis itens cada: pré-contemplação (questões 1, 5, 7, 16, 19 e 22), contemplação (questões 3, 6, 9, 13, 14 e 17), ação (questões 2, 4, 8, 11, 18 e 23) e manutenção (questões 10, 12, 15, 20, 21 e 24). A prontidão para mudança é medida por uma equação feita através da média de pontos da contemplação + média de pontos da ação + média de pontos da manutenção – média de pontos da pré-contemplação (LEÃO et al., 2015).

## 7 MÉTODO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Estudar a aprendizagem é estudar como o comportamento pode ser modificado (CATANIA, 1999). O método da entrevista motivacional, para que seja aplicado com eficiência, requer estudo e prática por parte do profissional que deve buscar um atendimento centrado no paciente. Por ser uma técnica que se difundiu rapidamente nos atendimentos em saúde, optou-se por definir algumas premissas básicas que caracterizam a EM descrita por Miller e Rollnick (2009).

A EM busca evocar dos pacientes suas motivações interiores a fim de promover uma mudança comportamental. A técnica, descrita por Miller e Rollnick (1995) a partir de um “espírito geral”, componente crucial de sua eficácia, composto por três características: este espírito (a) é colaborativo e não autoritário, onde há uma conversa adjunta que busca inserir o paciente no processo de decisão (b) evoca a motivação do próprio cliente em vez de tentar instalá-lo e (c) honra a autonomia do cliente, característica que exige dos profissionais de saúde certo desapego do tratamento pois se deve respeitar a independência de cada indivíduo.

Alguns princípios básicos que se relacionam foram descritos a fim de nortear a prática da EM. O primeiro deles é que o profissional deve resistir ao reflexo de consertar as coisas. Deve-se perceber que defender demais a mudança sem que o paciente esteja participando ativamente da decisão coloca-o em situação de ambivalência e tornando-o mais resistente à mudança. O segundo preceito trata de entender e explorar os motivos pelo qual o indivíduo buscou a mudança, fazendo com que o próprio paciente verbalize sobre os benefícios do tratamento.

O profissional de saúde deve entender que escutar é tão ou mais importante do que informar quando se utiliza da técnica da EM. Portanto, escutar com empatia também é um dos princípios da entrevista motivacional e é uma habilidade complexa pois o profissional precisa demonstrar que compreende as questões trazidas pelo indivíduo.

Por fim, o entrevistador deve fortalecer o indivíduo incentivando o otimismo. Deve-se instigar o cliente a explorar pensamentos sobre o que pode ser feito para que a mudança ocorra de forma efetiva, estimulando novas ideias e a esperança de atingir o objetivo final pois sabe-se que pacientes ativos e que conversam abertamente com o profissional de saúde acerca de suas metas têm maior probabilidade de colocar em prática as decisões tomadas (FEOLI et al., 2014).

Berg-Smith (2007) elucidou alguns passos que podem guiar uma conversa baseado na teoria de Miller e Rollnick a fim de facilitar os atendimentos baseados na técnica da EM.

## **7.1 Apresentação**

Inicialmente o entrevistador deve se apresentar e demonstrar seu estilo, utilizando todos os elementos característicos da entrevista motivacional: respeito, empatia, colaboração e capacidade de ouvir sem julgar. Desta forma o paciente sente-se acolhido e tende a gerar respostas positivas como ter uma melhor comunicação e disponibilidade para mudança.

Após reconhecimento de ambas as partes, o profissional deve questionar os motivos que levaram o indivíduo procurá-lo. É comum que inicialmente o paciente traga respostas superficiais por medo de julgamentos advindos do entrevistador. A partir das respostas relatadas o profissional tem a possibilidade de introduzir novos questionamentos fazendo com que o paciente reflita sobre a real motivação da busca.

As perguntas realizadas devem ser abertas, desta forma o indivíduo terá maiores possibilidades de resposta e não se sentirá pressionado. É importante convidar o cliente a fazer a maior parte da conversa e que em alguns momentos o foco se volte para os pontos fortes e sucessos.

## **7.2 Negociar a agenda**

Berg-Smith (2007) segue o tópico de negociar a agenda onde, com o transcorrer da conversa, surgirão questões pessoais que poderão ser abordadas ao longo do processo. Em conjunto com o paciente, o entrevistador irá definir um cronograma de metas para as consultas subsequentes, respeitando sua autonomia e dando liberdade de escolha

## **7.3 Avaliação da prontidão para mudar**

O momento mais importante da conversa é aquele em que ocorre a avaliação da prontidão para mudança. Tem por objetivo trazer à tona os motivos intrínsecos do paciente que irão estar diretamente relacionados com o processo de mudança. Para isso, deve-se buscar, juntamente com o paciente, as razões e recursos que ele traz consigo e evitar o processo que comumente é utilizado: fornecer ao paciente o que o profissional de saúde acredita que ele não tem, como informações sobre o problema que o fez buscar auxílio, no caso de nutricionistas, tende-se a fornecer receitas culinárias, explicações a despeito de informações nutricionais, orientações acerca do tamanho das porções (VICENTE JR. et al., 2016).

A tendência é que os profissionais de saúde sempre busquem os erros alimentares na fala do paciente e tente imediatamente corrigi-los, ensinando o comportamento adequado para cada situação. Essa conduta é descrita por Vicente Jr, et al. (2016) como o reflexo de consertar as coisas, onde a característica de correção é tão reacional que se assemelha com um reflexo. Tal atitude pode ter um resultado negativo pois, muitas vezes, o próprio paciente já conhece os malefícios de seus hábitos, porém há uma tendência natural de resistir à persuasão.

O modelo da entrevista motivacional sugere que o entrevistador escute mais do que fale durante a sessão, prestando atenção a todas as informações descritas pelo paciente pois servirá de base para as etapas subsequentes. Desta forma é



possível que se identifique impulsos para a mudança que são chamados de “conversas sobre mudança”. Os principais tipos de conversa para a mudança são:

- a) Capacidade: neste tópico podemos destacar as atitudes que o paciente descreve como algo que está ao seu alcance para que seja cumprido. Gestos como levar comida para o trabalho ao invés de comer no restaurante pois sempre acaba excedendo nas quantidades, comprar menos doces ao longo da semana para evitar que sua glicemia eleve-se com frequência, são exemplos de modificações que podem ser sugeridas pelo próprio paciente e que, desta forma, tem maiores chances de obterem sucesso em sua realização.
- b) Razões: estas podem ser descritas como o propósitos para que se inicie uma modificação e variam de acordo com a expectativa do indivíduo. É comum que seja expressa na forma desejos: “sei que se evitar o consumo de alimentos que contenham leite em sua composição meus sintomas iriam diminuir pois tenho intolerância a lactose”, “praticar atividade física me deixaria mais disposto e ajudaria no controle do meu colesterol”.
- c) Necessidades: tende a surgir na fala como algo urgente e fundamental e precedidas de palavras como “preciso”, “tenho” e “devo”. Nesse estágio há uma maior nível de comprometimento, o que leva a fase de decisão dos estágio de mudança. É comum que o paciente utilize palavras de maior comprometimento como “vou” ao início das afirmativas: “eu vou organizar meus horários para que tenha uma alimentação mais equilibrada ao longo da semana”, “eu vou levar lanches mais saudáveis para o trabalho”.
- d) Comprometimento: também conhecido como “dar passos” pois é aquele em que o paciente já demonstra que iniciou o processo de mudança e, em seu discurso, aparecem frases que salientam tal fato: “não consegui diminuir o consumo de doces no final de semana porém durante a semana eu não comi as sobremesas do restaurante”, “conversei com

minha mãe sobre as preparações que fazemos em casa e decidimos que iremos evitar fazer frituras ao longo do mês”.

Em um primeiro momentos deve-se ter plena atenção as informações descritas pelo paciente porém não é necessário classificar uma mudança no discurso logo após ouvi-la pois, muitas vezes, elas aparecem sobrepostas. Deve-se treinar a escuta e refletir sobre a conversa após a finalização.

#### **7.4 Explorar a ambivalência**

O termo ambivalência é um conceito originário da psicanálise mas que é sempre citado quando se fala da entrevista motivacional. O vocábulo é originado do grego *ambé* (ambos), passou para o latim como *ambo* e por fim para o português como ambos, indicando a existência de dois sentimentos e de *valens* que em português passou para valência dando sentido de força (ZIMERMAN, 2012).

Conclui-se então que o termo refere-se a existência de atitudes e de sentimentos opostos. Freud emprestou o termo “ambivalência” de Bleuler, que o criou. Bleuler considera a ambivalência em três domínios: o voluntário, onde o sujeito quer ao mesmo tempo comer e não comer, por exemplo, o intelectual, aquele em que o indivíduo enuncia simultaneamente uma proposição e o seu contrário e, por fim, o afetivo onde há relação de amor e ódio em um mesmo movimento a mesma pessoa (Laplanche, J., & Pontalis, J. B., 2001).

Grande parte dos indivíduos possui motivos para modificar alguns de seus hábitos e também para manter outros comportamentos que já são praticados pelo mesmo, ou seja, manter o *status quo*. É comum que o indivíduo tenha dificuldade de realizar uma mudança e permaneça estático em sua ambivalência pois existem dois elementos importantes: os fatores favoráveis da mesma, conhecidos como pró-mudança e os fatores que são contrários à mudança.

Quando focamos em explorar a ambivalência do paciente deve-se atentar a fala utilizada pois ela possui papel fundamental no posicionamento do paciente

perante suas decisões. Quando o entrevistador atua com o “reflexo de consertar as coisas” e tenta corrigir o paciente cada uma assume um lado da ambivalência: o terapeuta se concentra para que o paciente mude suas atitudes e o indivíduo busca justificativas para defender a permanência de suas atitudes atuais. Dessa forma ela passa a proteger seu *status quo*, tornando a mudança ainda mais difícil.

Portanto, para que a entrevista tenha resultados satisfatórios é importante que a fala do terapeuta seja voltada e centrada exclusivamente na motivação intrínseca do paciente, evitando o confronto e estimulando-o a refletir e notar os motivos que lhe inspiram a mudança. Deve-se dar importância a todo o diálogo durante a consulta, abordando questões que o paciente traz e sugerindo que o mesmo reflita sobre o que está mencionando.

A conversa durante a EM deve ser reflexiva por parte do paciente, portanto o entrevistador deve escutar os pontos levantados pelo indivíduo e devolver para ele as questões que acredita que sejam importantes de serem retomadas a fim de fazê-lo refletir e se aprofundar nos temas citados. Em geral, atuando desta forma é natural que o indivíduo traga mais informações a respeito do assunto em questão e, assim, surgem soluções, ideias, problemas, angústias e novos pontos que poderão ser retomados posteriormente.

A finalidade da reflexão é que as respostas venham através de afirmativas e não de questionamentos. O profissional deve mostrar para o paciente que entendeu o que lhe foi passado frisando que há importância no que foi dito e sugerindo que o paciente fale mais sobre o tema em questão. Pode-se acrescentar uma pergunta aberta à reflexão (VICENTE JR. et al., 2016).

A Figura 2 apresenta exemplos de ambivalência no discurso do paciente e sugestão de como explorá-la.

**Figura 2 – Exemplos de ambivalência no discurso**

<b>Fala do Paciente</b>	<b>Pergunta do Entrevistador</b>
Eu não consigo comer frutas, elas têm uma textura que eu não gosto	Percebi que suas experiências com frutas não foram muito agradáveis e suponho que muitas pessoas sugerem que você as consuma. Seria possível você relatar como foram suas experiências?
Eu sei que não deveria comer gorduras, já que meu colesterol está muito elevado, mas eu não consigo evitar as frituras na minha casa	Pelo que percebo, as frituras são importantes no seu dia a dia, principalmente quando você está em casa. Mas você se depara com diversas orientações para evitar o consumo de alimentos ricos em gordura, como as frituras. Poderia me contar como foram suas experiências com relação á isso?
Preciso comer mais devagar, mas eu não tenho paciência para mastigar com calma	A pressa ao comer parece algo que não lhe deixa satisfeita, pois você considera importante comer mais tranquilidade. O que lhe faz acreditar que come rápido demais?

Fonte: Adaptada de Vicente Jr. et al. (2016)

Após abordagem da ambivalência do paciente, o passo seguinte é a definição de uma meta, partindo do próprio paciente, porém é importante estipular se o mesmo está pronto para uma mudança. Uma das formas, sugerida por Vicente Jr. et. al. (2016), é através de uma escala com pontuação que varia de 0 a 10, onde o valor mais baixo refere-se a um menor interesse em modificar suas ações e o valor mais alto indica prontidão para a mudança. Independentemente do valor sugerido pelo paciente é importante que este seja explorado a fim de que o indivíduo verbalize os motivos que ele considera importantes para sua mudança.

Existem técnicas que podem ser utilizadas a fim de auxiliar o paciente a verbalizar suas motivações como: determinação de prós e contras de mudança com perguntas abertas questionando ao paciente o que o leva a realizar determinada ação

e o quanto seria positivo se aquela mudança ocorresse e o segundo método é a utilização de hipóteses onde se criam situações hipotéticas futuras a fim de simular situações como: imaginar como seria sua vida dentro de alguns anos com aquela mudança, como teria feito para conseguir essa realização, quais métodos teria utilizado, como seria sua vida com aquelas modificações.

Ao longo do atendimento é comum que surja a necessidade de trazer informações que sejam pertinentes sobre as metas traçadas com o paciente. O entrevistador tem liberdade para compartilhar informações que podem ser sugeridas pela fala do próprio paciente. Nesses casos a comunicação deve ser feita de maneira afetiva e respeitosa. Dois elementos mostram-se eficazes nesse tipo de conversa:

- a) Pedir permissão: utilizar termos como “você se importa se eu compartilhar...”, “posso lhe falar o que sabemos sobre este assunto?” sugerem uma ideia de autonomia para o paciente, a partir do momento que ele possui opção de escolha
- b) Forma de passar as coisas: é importante evitar termos autoritários que podem gerar um resultado negativo como “você deve fazer isso” ou “o certo é fazer dessa forma” e optar sempre por falas mais afetivas como “os estudos sugerem que...” ou “o que nós geralmente recomendamos...”

## **7.5 Perguntas sobre o próximo passo**

Com o decorrer da consulta, espera-se que uma meta seja estabelecida. Após esta etapa sugere-se que seja criado um planejamento para que ocorra a mudança. Seguindo os princípios da EM, o entrevistador segue conduzindo a conversa de forma que o paciente encontre e verbalize suas próprias soluções tornando assim, uma mudança mais viável. Desta forma ela estará mais adequada a realidade da vida do indivíduo que também poderá estipular prazos que ele acredita ser possível.

## **7.6 Fechamento da conversa**

Para finalizar o atendimento é importante uma finalização da conversa de forma clara e apreciativa. É importante retomar algumas questões discutidas durante a consulta e demonstrar confiança no paciente utilizando frases de incentivo, sugerindo que acredita que o mesmo é capaz de atingir seus objetivos. Caso convenha e seja pertinente para o momento, é possível oferecer recomendações que possam auxiliar o paciente a atingir suas metas.

## 8 ENTREVISTA MOTIVACIONAL NOS ATENDIMENTOS DE NUTRIÇÃO

A EM pode ser aplicada aos aconselhamentos nutricionais, bem como em diversas outras práticas de saúde em que o objetivo é fazer o paciente perceber e resolver suas preocupações e problemas (FEOLI, et al., 2014). Em geral, no Brasil, os estudos sobre Entrevista Motivacional são pouco explorados e tem como foco principal a dependência química. Além disso, muitos autores questionam se os entrevistadores foram adequadamente treinados para aplica-la (VICENTE JR. et al., 2016).

Leão et al. (2015), através de um estudo transversal, demonstrou que parte dos indivíduos que buscam tratamento para perda de peso não apresentam a motivação necessária para obterem resultados satisfatórios. Porém, se houvesse um aconselhamento profissional informando sobre a importância da perda de peso antes da instalação de patologias relacionadas a obesidades, indivíduos mais motivados poderiam procurar tratamento e evitar tais complicações.

Um estudo realizado no ano de 2010 por Wattanakorn et al., trouxe resultados satisfatórios no emprego da EM com pacientes diabéticos e obesos na Tailândia, os quais apresentaram índice de massa corporal, circunferência da cintura, percentual de gordura e nível de glicose sanguínea significativamente menor, quando comparados com o grupo controle em 4 sessões de 40 a 45 minutos de duração.

Em 2015, Mirkarimi et al. desenvolveu um estudo onde investigou o efeito de uma intervenção de 2 meses de EM em um programa de perda de peso com 150 mulheres. O grupo controle não apresentou redução no IMC, iniciaram o programa com  $75,91 \pm 6,05$  kg e finalizando com  $75,7 \pm 6,10$  kg ( $P = 0,027$ ), enquanto que no grupo de intervenção foi verificada uma redução significativa: início  $74,25 \pm 6,95$  e término  $72,5 \pm 6,4$  kg. ( $P = 0,001$ )

Um estudo controlado, randomizado, apresentado por Gillham, S. e Endacott, R (2010) avaliou 15 mulheres e 37 homens, através de uma escala baseada na teoria da EM, se a prevenção secundária reforçada influenciava significativamente

na prontidão para a mudança de comportamento de saúde, após AVC Isquêmico transitório, em comparação com a prevenção secundária convencional do AVC. Como resultados obtiveram um efeito clinicamente significativo no comportamento de dieta relatados no grupo de intervenção, onde o consumo de frutas por semana no grupo controle foi de 1 a 2 porções ( $P = 0,033$ ), enquanto que no grupo intervenção o consumo médio foi de 10 porções ( $P = 0,007$ )



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento acerca do comportamento e estilo alimentar de cada indivíduo, por parte do nutricionista pode ser um fator determinante para a eficácia das estratégias aplicadas. A análise dos estágios de mudança e a identificação das motivações intrínsecas do paciente são fatores definitivos no processo de mudança de comportamento alimentar. Desta forma, cabe aos profissionais da área de nutrição, para uma melhor abordagem clínica, aprofundarem seus conhecimentos relacionados as estratégias e ferramentas disponíveis para identificar tais fatores em seus pacientes e, assim, apresentarem uma conduta mais efetiva para mudança de comportamento.

A Entrevista Motivacional, apesar de ser uma ferramenta utilizada como estratégia para mudança de comportamento em diferentes áreas, ainda é pouco abordada nos estudos relacionados a nutrição. É um método que tem se mostrado efetivo para a mudança de comportamento e pode auxiliar profissionais a melhorarem sua abordagem clínica, tornando-a menos objetiva e concisa pois evita-se o reflexo de consertar as coisas que, muitas vezes, leva o paciente a defender o ponto de vista contrário à mudança levando-o a uma maior resistência a mudança.

A entrevista motivacional vem sendo estudada e analisada como um método que parece eficiente relacionado à mudanças alimentares como para promoção da perda de peso (WONG, 2013) e diminuição de fatores de risco associados à obesidade (HARDCASTLE, ET AL., 2013). Porém há necessidade de mais estudos relacionados pois, até então, os mesmos apresentam fatores passíveis de erro como falta de padronização no tempo de duração de consulta, diversidade de indivíduos estudados e outras limitações importantes (GORDIANO, 2018).

## REFERÊNCIAS

- APPEL-SILVA, M.; WENDT, G. W., ARGIMON, I. I. L. A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, p.351-369, 2010.
- ASSIS, M. A. A., NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.33-41,1999.
- BERGAMINI, C. W. et al. Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança. São Paulo: Atlas, v. 2, 1997.
- BERG-SMITH, S.M. **Motivational interviewing**: a brief introduction. 2010. Disponível em: <<http://www.wellcoach.com/memberships/images/Malcolm.Berg-Smith.MI.Handout.pdf>>. Acesso em 24 maio 2019.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C., JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - buscando as evidências em fontes de informação. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, p.104-108, 2004.
- CAMPBELL, D. J., PRITCHARD, R. Motivation theory in industrial and organizational psychology. In M. D. Dunnette (Ed.), **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago, p. 63–130, 1976.
- CATANIA, A C. **Aprendizagem**: comportamento, linguagem e cognição. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- DECI, E. L., et al. An instrument to assess adults' orientations toward control versus autonomy with children: Reflections on intrinsic motivation and perceived competence. **Journal of educational Psychology**, v. 73, n. 5, p. 642, 1981.
- FEOLI, Ana Maria Pandolfo et al. **Aconselhamento Nutricional Nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Técnicas Da Entrevista Motivacional**. Porto Alegre: Edipucrs, 2014.

GILLHAM, S., ENDACOTT, R. Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: a randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, v. 24, n. 9, p. 822-83-, 2010.

GORDIANO, E. A. Entrevista motivacional como estratégia para o direcionamento do atendimento nutricional de mulheres com obesidade. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, p. 124, 2018.

HARDCASTLE, S. J. et al. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, Eastbourne, v. 10, n. 1, p. 2-16, 2013.

HODSON, D. Filosofia de la ciencia y educación científica. In: PORLÁN, J.R, GARCIA E., CAÑAL, P. (Orgs.) **Constructivismo y enseñanza de las ciencias**. Sevilla: Diada, p. 7-22, 1988.

KNIGHT, K. M. et al. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. **British Journal of Health Psychology**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.319-332, 2006.

LEÃO, J. M. et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 64, n. 2, p.107-114, 2015.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, [s.l.], v. 50, n. 4, p.370-396, 1943.

MASLOW, A. **Motivation and personality**. 3. ed. Nova Iorque: Harper & Row, 1987.

MILLER, W. R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy** [s.l.], v.11, p.147–172, 1983.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, [s.l.], v. 37, n. 02, p.129-140, 6 fev. 2009.

MILLER, W. R.; ROSE, G. S. Toward a theory of motivational interviewing. **American Psychologist**, [s.l.], v. 64, n. 6, p.527-537, 2009.

MIRKARIMI K., MOSTAFAVI F., ESHGHINIA S., VAKILI M. A., OZOUNI-DAVAJI R. B., ARYAIE M. Effect of Motivational Interviewing on a Weight Loss Program Based on the Protection Motivation Theory. **Iran Red Crescent Med**, v. 17, 2015.

PONTALIS, J., LAPLANCHE, J. Vocabulário da psicanálise. São Paulo. 2001

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C.; NORCROSS, John C.. In Search of the Structure of Change. **Self Change**, [s.l.], p.87-114, 1992.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.5-6, 2007.

SEGURA MUNOZ, S. I., TAKAYANAGUI, A. M. M., SANTOS, C. B., *et al.* Systematic literature review and meta-analysis: basic notions about its design, interpretation and application in health research. **Brazilian nursing communication symposium**, São Paulo, n. 8, 2002.

TINOCO, R., PAIVA, I. Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares: Um diálogo entre a psicologia e as ciências da nutrição. **Acta Médica Portuguesa**, n. 24: p.741-746, 2011.

TODOROV, J.; MOREIRA, M. O Conceito de motivação na psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 119-132, 2005.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 6, p.1641-1650, 2007.

VALLERAND, R. J., RATELLE, C. F. Intrinsic and extrinsic motivation: A hierarchical model. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Orgs.), **Handbook of self-determination research**. Rochester, NY, p.37-64, 2002.

VEIGA, D. K. E., dos Santos, E. O., de Souza, M. K. T., Leite, S. K. C. L., Liberali, R., Coutinho, V. F. Avaliação dos estágios motivacionais de indivíduos que procuram atendimento nutricional. **Revista de Psicologia**. v. 13, n. 18, p.117-125, 2015.

VIANA, Victor. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002.

VICENTE JR., C. et al. **Entrevista** motivacional. In: ALVARENGA, Marle et al (Org.). **Nutrição comportamental**. Barueri: Manole, p. 215–235, 2016.

WATTANAKORN, K., DEENAN, A., PUAPAN, S., KRAENZLE SCHNEIDER, J. Effects of an Eating Behaviour Modification Program on Thai People with Diabetes and Obesity: A Randomised Clinical Trial. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, v. 17, n. 4, 2013.

WEHMEYER, M. L. Self-Determination and the Education of Students with Mental Retardation. **Education and Training in Mental Retardation**, v. 27, n. 4, p. 302-314, 1992.

WEHMEYER, M. L. Self-Determination and the Education of Students with Mental Retardation. **Education and Training in Mental Retardation**, v. 27, n. 4, p. 302-314, 1992.

WONG, E.; CHENG, M. Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. **Journal of clinical nursing**, Hong Kong, v. 22, n. 1, p. 1-9, 2013.

ZIMERMAN, D. E. Etimologia de termos psicanalíticos. Porto Alegre: Artmed, 2012