

A METODOLOGIA DE COACHING APLICADA ÀS CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO: USOS, POTENCIALIDADES E CONTROVÉRSIAS EM PORTUGAL

THE METHODOLOGY OF COACHING APPLIED TO THE NUTRITION SCIENCES: USES, POTENTIALITIES AND CONTROVERSIES IN PORTUGAL

A.R.
ARTIGO DE REVISÃOTânia Magalhães¹; Lurdes Neves²; Rui Poínhos³*

RESUMO

Nas últimas décadas, a metodologia de *coaching* (treino) tornou-se numa das melhores estratégias para o desenvolvimento de competências. Mais recentemente, a sua aplicação às Ciências da Nutrição tem vindo a ganhar importância. O presente artigo visa apresentar o *coaching* enquanto metodologia aplicável às Ciências da Nutrição, as competências dos seus intervenientes, um modelo específico para esta área e definir os conceitos estruturantes do processo e a sua evidência nas Ciências da Nutrição. Pretende-se ainda desenvolver um posicionamento crítico acerca da utilização da metodologia neste contexto, particularmente numa perspetiva nacional.

PALAVRAS-CHAVE

Ciências da Nutrição, *Coach* (Treinador), *Coachee* (Treinado/treinando), *Coaching* (Treino), Modelo GROW, *Nutrition Care Process*

ABSTRACT

In the last decades, coaching has become one of the best strategies for the development of skills. More recently, its application to the field of Nutrition Sciences has gained increasing relevance. This paper aims to present coaching as a methodology applicable to the Nutrition Sciences, its interveners' skills, a specific model to this field, and to define the structuring concepts of the process and its evidence in Nutrition Sciences. We also intend to develop a critical view towards the use of this methodology in this context, in particular in a national perspective.

KEYWORDS

Nutrition Sciences; Coach; Coachee; Coaching; GROW Model; Nutrition Care Process

INTRODUÇÃO

Na última década, o *coaching* estabeleceu-se como uma das melhores estratégias para o desenvolvimento de competências (1). O conceito refere-se a um processo planeado de aprendizagem que engloba uma orientação individual e sistemática, em que o *coach* estimula os *coachees* a desenvolver habilidades e competências, com vista a melhorarem o seu desempenho de forma mais célere e estável no tempo, ajudando a estabelecer objetivos e a estruturar comportamentos adequados. Enquanto o aconselhamento se centra em experiências e sentimentos relacionados com eventos passados, o *coaching* é orientado para o estabelecimento das metas a atingir e para a ação (1, 2).

Ao longo deste artigo optou-se pelo uso da terminologia original (*coaching*, *coach* e *coachee*), por ser comumente aceite em Portugal e devido ao escasso uso dos termos em língua portuguesa (treino, treinador e treinado/ treinando). Não obstante, e apesar da interpretação inadequada (excessivamente restrita) usualmente feita destes, salientamos a sua equivalência semântica face aos originais, pelo

que deverá ser promovido o seu uso em detrimento dos termos em inglês.

O *coaching* assume um papel cada vez mais importante em diversos contextos de atuação e, concretamente, na sua aplicação às Ciências da Nutrição (CN), área em que o desenvolvimento pessoal é um elemento indispensável para o sucesso. Como exemplo, o número de publicações recuperadas da PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) usando as palavras-chave [“*nutrition*” OR “*diet*”] AND “*coaching*” triplicou nos últimos cinco anos face aos cinco anos precedentes. As abordagens comportamentais têm mostrado evidência da sua utilidade para melhores resultados de intervenções destinadas à mudança de hábitos alimentares (3). A aplicação do *coaching* às CN visa o aumento da capacidade de reflexão, autoconsciência e capacidade de definição de objetivos, com vista à melhoria de aspetos relacionados com a alimentação. Nesse sentido, e partindo da definição geral, o *coaching* aplicado às CN corresponde a um processo de cooperação entre o profissional desta área e o cliente e/ou *coachee*, que visa definir prioridades, estabelecer metas

¹ Serviço de Nutrição e Alimentação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora, Portugal

² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal

³ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Rua Dr. Roberto Frias, 4200-465 Porto, Portugal

*Endereço para correspondência:

Rui Poínhos
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Rua Dr. Roberto Frias, 4200-465 Porto, Portugal
ruipoinhos@fcna.up.pt

Histórico do artigo:

Recebido a 30 de outubro de 2017
Aceite a 20 de março de 2018

e gerar ação na concretização de planos, através da promoção da autorresponsabilização (1, 2).

Neste âmbito, o presente artigo tem como objetivo apresentar o *coaching* enquanto metodologia aplicável às CN, as competências dos seus intervenientes, apresentar um modelo específico para as CN, definir os conceitos estruturantes do processo e a sua evidência nas CN, bem como desenvolver uma perspetiva crítica acerca da utilização da metodologia neste contexto, particularmente numa perspetiva nacional.

Coach e Coachee(s)

Importa clarificar a diferença entre o conceito de *coachee* e o de cliente, uma vez que não se tratam necessariamente da mesma pessoa. O *coachee* é a pessoa que passa pelo processo de *coaching* e vivencia cada uma das etapas do mesmo ainda que este possa ter sido solicitado por um cliente que não vive o processo mas faz o pedido da sua realização (a título de exemplo, o cliente pode ser um hospital que solicita que todos os utentes passem por um processo de *coaching*). Assim, poderá acontecer que todo o trabalho gire em torno da definição dos seus objetivos e das ações desempenhadas pelo cliente para que o resultado desejado seja alcançado. Ainda assim, também nestes casos é o *coachee* quem efetivamente passa por todo o processo, pelo que os aspetos processuais e a relevância de promover a autorresponsabilização continuam a aplicar-se uma vez que é através dele que os objetivos serão atingidos. Quanto o *coachee* é a mesma pessoa que o cliente é essa pessoa que solicita o processo, e através do conhecimento, das técnicas e ferramentas do *coaching* é capaz de se desenvolver em âmbito pessoal e/ou profissional, conquistar soluções efetivas, sair do ponto A para o ponto B e assim, alcançar um elevado desempenho.

Diversos atributos e competências do *coach* estão identificados como relevantes no desenvolvimento do processo de *coaching* (4,5). Como aspetos gerais, e para além da confidencialidade e outras questões éticas, são referenciadas a capacidade de observação e perspicácia, a diplomacia e a capacidade de estabelecer relações de confiança e de moderar conflitos. São essenciais uma atitude e linguagem positivas (focadas no que é pretendido, e não no que se pretende evitar), escuta ativa (interesse pela mensagem e seu emissor, levando a uma adequada compreensão e interpretação da mensagem), questionamento, e intimidade e estabelecimento de *rapport* (sincronia entre os intervenientes, implicando uma conexão com o sistema representacional do *coachee*). O *coach* deve perceber as preocupações do *coachee* e ajudar na planificação e estabelecimento de metas sem efetuar (pré-)julgamentos e respeitando o quadro de referência do *coachee*, os seus espaços de emotividade e os seus tempos. Processualmente, deve funcionar ainda como espelho do *coachee*, bem como ajudar a perspetivar cenários alternativos, projetar para a ação e ser capaz de gerir o progresso, de forma diferenciada em função dos *coachees*, ainda que existam perfis em que há maior dificuldade na intervenção. Genericamente, e sendo o *coaching* um processo de aprendizagem com uma orientação prática centrada em atividades específicas e diretamente ligadas aos objetivos do *coachee*, são facilitadoras do processo competências como a capacidade de aprendizagem e a motivação para a mudança. Assim sendo, os *coachees* deverão ter capacidade de adaptação e de aceitação de novos desafios (6).

Em relação ao processo de aprendizagem podem ser consideradas diferentes fases (2). Antes de o processo começar, o indivíduo está num estado de “incompetência inconsciente”, ou seja, não tem ainda consciência do que não sabe. No estado seguinte o *coachee* começa a tomar consciência do seu desconhecimento (“incompetência consciente”), do que resulta desconforto. Este desconforto potencia o

avanço para fases posteriores e, em caso de perseverança e investimento no processo, o nível que se segue será marcado pela ocorrência de um aumento da competência, acompanhada pela consciência da necessidade de agir de forma diferente (“competência consciente”). É nesta fase que as novas competências e comportamentos são aplicados de uma forma autoconsciente. Finalmente, e à medida que o nível de aprendizagem aumenta e as novas competências se consolidam, os novos comportamentos são aceites pelo *coachee* de forma inconsciente (“competência inconsciente”), sendo esta a última fase da aprendizagem. Embora nesta fase o ciclo se complete, quando alguém executa determinada tarefa durante um longo período de tempo são por vezes adotados hábitos disfuncionais que se tornam parte da rotina. Por esta razão, o modelo apresentado sugere que a aprendizagem deve ser vista como um processo contínuo e permanente.

Desta forma, o processo de *coaching* permite que os *coachees* desenvolvam o seu amadurecimento pessoal, tornando-os mais capazes, uma vez que a sua capacidade de aprendizagem será reforçada, pois todos os que participam no processo irão mudar: da dependência para a independência; da ignorância para a compreensão; da utilização de competências de forma mais superficial para a utilização de competências mais profundas e exaustivas; da previsibilidade para a aceitação da ambiguidade e do risco (2).

Aplicação da metodologia de *coaching* às Ciências da Nutrição. O Nutrition Care Process

Existem vários modelos de intervenção que se baseiam na metodologia de *coaching* e/ou permitem a sua aplicação, cada um fundamentado em bases teóricas específicas, de acordo com os alvos e aplicações visados. O modelo GROW é um dos mais antigos e citados na literatura. Este modelo baseia-se na definição de metas e, com base na realidade atual do *coachee* e na análise de diferentes opções, no estabelecimento de um plano de ação para as atingir (7). Existem muitos outros modelos, alguns deles criados em Portugal (8).

O *Nutrition Care Process* (NCP), proposto em 2003 (e revisto em 2008) pela *American Dietetic Association* (ADA) (9-11), é o modelo que mais diretamente espelha a aplicação da metodologia de *coaching* às CN. Embora nos trabalhos de seguida referenciados não seja explicitamente estabelecida a ligação com a terminologia e processos da metodologia de *coaching*, procuraremos exemplificar esta relação nos diferentes níveis do NCP.

Este modelo de intervenção nutricional padronizado, estando mais estudado na área clínica, aplica-se a todas as áreas das CN, nomeadamente à Nutrição Comunitária, Alimentação Coletiva e Indústria Alimentar. Análogo ao Modelo GROW e baseado noutros modelos de intervenção na área da saúde (12), o NCP é uma ferramenta consistente, estruturada em quatro etapas distintas e interligadas, correspondendo ao processo que visa identificar problemas, definir prioridades, estabelecer metas e gerar ação na concretização de planos de foro nutricional/alimentar. Este modelo encontra-se estruturado em três anéis e um núcleo central.

O anel intermédio inclui os atributos que distinguem os profissionais de CN dos de outras áreas, incluindo conhecimentos e competências, a prática baseada na evidência, e capacidades de desenvolvimento do pensamento crítico, de colaboração e de comunicação (9).

O anel interior ilustra a dinâmica do processo. A cada uma das etapas correspondem conceitos e técnicas específicas para a sua exploração: (a) Avaliação: processo contínuo de recolha e análise de dados relevantes consoante a área específica das CN em questão (e.g. anamnese alimentar e outras ferramentas de avaliação em nutrição clínica; técnicas de avaliação da disponibilidade e consumo alimentar –

balanças alimentares, questionários de frequência alimentar – em nutrição comunitária; técnicas de avaliação de riscos em alimentação colectiva); (b) Diagnóstico: identificação e definição do problema nutricional, que deverá incluir a identificação das alterações no estado do *coachee* (“alterado”, “excessivo”, “inadequado”), a etiologia desse problema e os sinais observados pelo profissional e sintomas reportados pelo *coachee*; (c) Intervenção: conjunto de ações planeadas com o intuito de mudar um comportamento relacionado com a alimentação, um fator de risco, uma condição ambiental que condicione o diagnóstico nutricional, a sua etiologia ou para aliviar sinais e/ou sintomas; e (d) Monitorização e avaliação: identificação dos progressos alcançados e verificação da obtenção dos resultados esperados, sob a forma de ações levadas a cabo pelo profissional mas também da automonitorização pelo *coachee*. A automonitorização promove a consciencialização do comportamento a adotar, envolvendo práticas de auto-observação de pensamentos, emoções, comportamentos alimentares, de atividade física e/ou medidas de saúde. O envolvimento no processo de automonitorização tem-se revelado de grande importância na obtenção de resultados (3).

Embora não incluídos no NCP, existem dois sistemas que se interrelacionam com as etapas deste modelo: o sistema de triagem e referenciação e o sistema de gestão de resultados. A triagem é um passo crítico que antecede as quatro etapas de intervenção. Pode não ser realizada por profissionais de CN, num processo de colaboração interdisciplinar, e tem como objetivo identificar fatores de risco (9). O sistema de gestão de resultados avalia a eficácia e a eficiência do processo, monitorizando o sucesso da intervenção, bem como identifica e analisa as causas de resultados menos favoráveis (10, 11). O objetivo central deste sistema é melhorar a qualidade do apoio prestado no futuro (9).

O núcleo central do NCP ilustra a relação colaborativa entre o *coachee* e o profissional. Esta relação é intrínseca a cada etapa do processo e traduz a aplicação dos conceitos estruturantes de um processo de *coaching* em CN. Especificamente, a relação contribui para um processo ajustado à motivação do *coachee*, baseado na definição de objetivos, regulado por estratégias de automonitorização, desenvolvido através de modelos de questionamento reflexivos e focado nas soluções de problemas (10, 11).

Conceitos estruturantes do *coaching* e sua aplicação às Ciências da Nutrição

Os principais conceitos estruturantes do *coaching* são os objetivos e metas, as crenças e os valores. O processo de *coaching* é definido com base no objetivo a alcançar, tendo em consideração as motivações (valores) que justificam e sustentam esse objetivo, as crenças a ultrapassar para a sua concretização e a definição de ações ou metas concretas.

Objetivos

A definição de objetivos é um componente chave do NCP, apropriada aos *coachees* (indivíduos ou grupos) que estejam preparados para a mudança (3). É com base na definição de objetivos que se tomam decisões que irão orientar todo o processo (13). Para além do objetivo final há a considerar os objetivos processuais/intermédios (ou metas), relacionados com sub-etapas traçadas para atingir o objetivo final.

Os objetivos, em particular os de processo, devem ser: a) positivos e atrativos, descrevendo o que é pretendido e a evitar; b) claros e específicos (se forem vagos, globais, indeterminados ou pouco específicos, dificilmente serão alcançáveis); c) realistas, não obstante deverem constituir desafios, caso contrário estará comprometida a motivação; d) quantificáveis e mensuráveis, para que possam ser avaliados regularmente, devendo os critérios de avaliação ser previamente definidos; e) alcançáveis pelo próprio; f) situados no tempo, de modo a incentivar a ação e evitar a

procrastinação; g) orientados para o rendimento e não para o resultado (o êxito e o fracasso não devem apenas medir-se pela concretização de resultados concretos, mas pelo esforço e motivação desenvolvidos, devendo valorizar-se o rendimento, já que a valia pessoal e a autoestima são primordiais no processo de *coaching*); h) respeitadores, tendo em conta vantagens obtidas pelo *coachee* a partir da situação problemática; e i) ecológicos, respeitando simultaneamente o equilíbrio interno do *coachee* e a sua rede relacional (14).

A eficácia da definição de objetivos tem já vindo a ser comprovada no âmbito das CN. A título de exemplo, há evidência de um efeito positivo da definição de objetivos na redução do aporte lipídico em diabéticos (3,15). Note-se que, nesses trabalhos, a definição de objetivos foi baseada nas motivações dos *coachees*; ainda que a redução do aporte lipídico possa não se apresentar como um objetivo central (na visão do profissional) em todos os diabéticos, quando considerada uma abordagem holística (inerente a todas as fases do *coaching*) o atingimento de metas como esta é potenciador de todo o processo.

Valores

Os valores constituem os princípios fundamentais intrínsecos de cada pessoa e, constituindo o núcleo da personalidade, desempenham importantes funções motivacionais e de unificação de comportamentos (13). Cada pessoa tem valores fundamentais que orientam a sua vida, e outros que dependem do contexto ou âmbito (por exemplo, o que é valorizado em contexto laboral pode não o ser no âmbito de uma relação conjugal). Em Nutrição Clínica, os valores estarão sobretudo associados à saúde e bem-estar, e na Nutrição Comunitária esses mesmos valores associar-se-ão ao grupo ou comunidade a ser trabalhada. Já em Alimentação Coletiva, a saúde manter-se-á como um valor, juntando-se-lhe outros, como a honestidade, respeito, segurança, integridade, trabalho de equipa, derivados das especificidades contextuais da área (16).

Sendo os valores uma fonte primária de motivação (pela sua ligação aos conceitos de importância, sentido e desejo), ao serem satisfeitos e correspondidos comportamentalmente dão origem a satisfação, harmonia, plenitude e equilíbrio, contrariamente ao que se verifica se forem contrariados. Nesse sentido, escolhas alimentares de acordo com os aspetos particulares de valorização da saúde e bem-estar irão ao encontro desse estado de satisfação e equilíbrio.

Contrariamente à ideia de que os valores são definidos de forma lógica e racional, sabe-se que a sua origem assenta predominantemente nas emoções e construções sociais, o que pode gerar incongruências e conflitos. De acordo com a Teoria de Identificação de Base da Motivação, os indivíduos cujos comportamentos não estão de acordo com os seus valores de saúde e bem-estar optam por comportamentos alimentares baseados nos valores com os quais se identificam socialmente (por exemplo em termos de sexo, classe social ou outros grupos de pertença) e que podem ser discordantes dos seus valores intrínsecos (17).

Os valores (tal como as crenças) são detetados através do comportamento ou da linguagem. Para identificar os valores fundamentais de uma pessoa podem ser utilizadas questões genéricas como “O que o motiva?”, “O que é mais importante para si?”, “O que o faz levantar-se da cama de manhã?”, ou “O que o faz passar à ação?”.

Cada objetivo é gerado por um ou mais valores que se deseja satisfazer, sendo fundamental respeitar, nas ações destinadas a atingi-lo, os valores que lhe estão subjacentes (14). Nas diferentes áreas, o profissional de nutrição deve evocar as razões do *coachee* (indivíduo ou grupo) para a mudança e as percepções sobre os motivos pelos quais pretende mudar e como o fazer. O processo é muito mais efetivo quando invoca as razões e ideias do *coachee* do que quando estas são sugeridas

pelo profissional, particularmente em *coachees* que se encontram em fase de pré-contemplação, contemplação ou de preparação para a mudança (veja-se o Modelo Transteórico) (18). Dessa forma o processo é desenvolvido com base na motivação intrínseca, sendo por isso mais sustentável do que quando se baseia na motivação extrínseca (16). Num estudo realizado em Portugal, identificaram-se os principais motivos externos (resultantes do aconselhamento por um profissional de saúde, família ou amigos) e internos (identificados pelo próprio) desencadeadores da intenção de diminuição de peso: indivíduos de ambos os sexos referiram ter sido aconselhados a diminuir peso por ter um problema de saúde, devido ao excesso ponderal por si só, e/ou por questões estéticas; no entanto, e se os problemas de saúde foram o motivo interno mais referido, os participantes referiram também a insatisfação com o peso e/ou com o corpo, bem como a necessidade de informação e conhecimento sobre alimentação (19). Também em Portugal, um estudo que comparou um grupo de mulheres em que a intervenção era focada em promover formas autónomas de regulação do exercício e motivação intrínseca com um programa de educação para a saúde geral (grupo de controlo) mostrou melhores resultados em termos de perda de peso e níveis de atividade física ao fim de 12 meses no grupo de intervenção. Estes resultados sugerem que as intervenções baseadas na teoria da autodeterminação podem ser implementadas com sucesso no contexto da gestão de peso, aumentando a internalização de formas mais autónomas de regulação comportamental (20).

Crenças

O *coaching* atua a partir de crenças potenciadoras, aquelas que o *coach* deve evidenciar no *coachee*. As principais são as seguintes (14): a) se quer compreender, atue: a aprendizagem deve estar centrada na ação, da qual provêm a aprendizagem e a mudança, não da compreensão intelectual. Em *coaching*, a ação consiste em avançar em direção aos objetivos, viver os seus valores e pôr à prova as suas crenças, tanto em relação a si próprio como aos outros; b) não há fracasso, apenas aprendizagem: o fracasso constitui um juízo sobre os resultados a curto prazo (e, como tal, não definitivo), não sendo adequado falar em fracasso dado que uma negação não pode ser efetivamente experimentada. Só existe fracasso em caso de desistência, mas essa é uma escolha da pessoa; c) possuímos ou podemos criar todos os recursos de que necessitamos: não há pessoas sem recursos, apenas estados mentais sem recursos; d) todo o comportamento tem um propósito, é direcionado para um objetivo; e) ter alguma opção é melhor do que não ter nenhuma. Se o *coach* proporcionar ao *coachee* uma melhor opção de acordo com as suas crenças e valores, esta tenderá a ser aceite; f) “está a fazê-lo o melhor possível, mas ainda pode fazê-lo melhor”; g) criamos a nossa própria realidade. Todos temos diferentes experiências, interesses e preferências, estados de espírito, compromissos e preocupações, que medeiam a formação de crenças, a definição de objetivos e os valores. Estas crenças, objetivos e valores constituem as principais características dos mapas mentais de cada pessoa, que, por sua vez, estruturam a forma como ela percebe o mundo. Agimos como se estes mapas fossem reais. Estes mapas tanto podem revelar-se vantajosos, proporcionando liberdade exploratória, como limitadores de possibilidades.

As crenças limitadoras são ideias ou pensamentos que formamos acerca de nós próprios, dos outros e da realidade exterior, e que nos impedem de atingir os nossos objetivos e viver de uma forma equilibrada e completa. Têm uma origem multicausal, quer ao nível de contextos proximais (família, escola, pares), quer de aspetos sócio-culturais mais amplos. A título de exemplo, refletem crenças limitadoras comuns e genéricas expressões como: “há que trabalhar para viver”, “não há êxito

sem sofrimento”, “não posso confiar em ninguém”, “não posso ganhar sem que outros percam” ou “não mereço isto” (2).

Tal como referido para os valores, a deteção das crenças limitadoras faz-se sobretudo procurando a sua verbalização, perguntando a razão pela qual consideram que não estar a conseguir alcançar os objetivos. A identificação das crenças permite a sua análise conjunta e apoio na sua correção. Este processo implica que o *coachee* entenda que os aspetos percecionados como impedimentos para atingir os seus objetivos são limitações autoimpostas, e não obstáculos inultrapassáveis criados por outros ou pelo meio envolvente (2).

Os três tipos de crenças limitadoras mais comuns são: (a) desespero: o objetivo desejado é considerado não alcançável, independentemente das capacidades da pessoa; (b) impotência: o objetivo é alcançável, mas a pessoa considera não ser capaz de o alcançar; e (c) não merecimento: a pessoa, ainda que capaz de alcançar o objetivo, considera que não o merece, por causa de algo que é ou fez (2).

Num estudo português foram identificadas as cinco principais barreiras, entendidas aqui como crenças limitadoras, ao cumprimento de um plano alimentar para redução ponderal: “a ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais”; “a dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto”; “gosto de comer”; “a minha família e amigos gostam de outro tipo de comida”; e “gosto de comer doces” (21). Estas ideias, genéricas mas já específicas para o âmbito da Nutrição Clínica e condicionadoras da ação, são pontos de partida interessantes no trabalho de crenças limitadoras. Com vista a ultrapassar estas crenças é necessário substituir os pensamentos e experiências que as sustentam por outros que impliquem sensação de capacidade e responsabilidade e sentido de valor e de pertença.

Tanto as crenças potenciadoras como as limitadoras se adquirem através de diversas formas de comunicação, mas é essencial a retroalimentação (*feedback*) pelas pessoas que rodeiam o indivíduo. Consequentemente, o estabelecimento de novas relações pessoais pode ajudar a mudar as crenças, especialmente tratando-se de relações que ofereçam coisas positivas.

As técnicas de resolução de problemas são frequentemente utilizadas de forma colaborativa com os *coachees* como forma de ultrapassar crenças limitadoras. Envolvem a identificação de barreiras para atingir o objetivo, recorrem a técnicas de *brainstorming* em busca de soluções, pesando os prós e contras de potenciais soluções e estratégias de ajuste. Alguns estudos mostram a eficácia de intervenções que incorporaram estratégias de resolução de problemas. Por exemplo, o uso destas estratégias favorece a manutenção da perda de peso em mulheres com excesso de peso (22). Noutro trabalho, em indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2, verificaram-se melhorias no consumo de gordura, aumento da autoeficácia e da prática de atividade física associadas ao uso de estratégias de resolução de problemas (23).

ANÁLISE CRÍTICA E CONCLUSÕES

O NCP assenta no pressuposto de que a relação colaborativa entre o *coachee* e o profissional é intrínseca a cada etapa do processo, traduzindo-se na aplicação dos conceitos estruturantes de um processo de *coaching* em CN. A relação estabelecida constituirá, pois, um processo ajustado à motivação do *coachee*, baseado na definição de objetivos, regulado por estratégias de automonitorização, desenvolvido através de modelos de questionamento reflexivos e focado na resolução de problemas. Desta forma, as assunções descritas dão resposta às necessidades na origem do NCP, possibilitando a mudança da percepção que os próprios profissionais da área das CN tinham da necessidade de orientações que guiassem a sua intervenção.

Contrariamente ao que possa ser inicialmente assumido, a padronização

de procedimentos inerente ao NCP e ao *coaching* não só não implica uma padronização dos cuidados efetivamente prestados, como promove, pela própria definição quer do modelo quer da metodologia, a adaptação desses procedimentos a cada situação (9). A aquisição de competências assume, pois, particular relevância: conforme anteriormente exposto, e embora algumas das competências e conceitos inerentes ao *coaching* possam aparentar relativa simplicidade concetual e até mesmo ser considerados como parte do “senso-comum”, a eficácia das intervenções baseadas nesta metodologia implica o seu aprofundamento a um nível de microcompetências que potenciem a referida competência inconsciente. Assim, se o processo de “aprendizagem” (leia-se “autoconhecimento”) por parte do *coachee* assume mais vertentes do que as habitualmente consideradas nas intervenções e, conseqüentemente maior complexidade, a aquisição de competências pelo profissional não lhe fica atrás. É de salientar que a abordagem defendida pelos autores implica que essas competências sejam direccionadas, desde o início da sua promoção, para a área em questão, neste caso as CN e, idealmente, para a área específica de atuação (e.g. Nutrição Clínica, Nutrição Comunitária, Alimentação Coletiva).

Já aquando da descrição do NCP em 2003 (9) a ADA salientava a relevância da sua transposição para o meio académico, através da inclusão dos seus passos e conceitos e competências inerentes nos currículos. No caso concreto de Portugal, as CN apresentam já uma elevada maturidade e autonomia face a áreas afins: salientem-se as quatro décadas passadas desde a criação do curso de Nutricionismo na Universidade do Porto e a atual existência de uma ordem profissional que regula as profissões de nutricionista e dietista. Isto faz com que estejam reunidas condições para que, gradualmente, seja feita a integração destes aspetos nos programas de unidades curriculares que permitam a sua posterior utilização nas diferentes áreas das CN. Encontrando-se já definidas as competências básicas implicadas na metodologia de *coaching* e no NCP, a distribuição destas por unidades curriculares e/ou áreas de formação, bem como a eventual necessidade de faseamento das alterações a implementar, deverá ser estudada por uma equipa conjunta de diferentes instituições de ensino superior que lecionem cursos da área das CN. Salienta-se a relevância de que este processo não seja centrado na formação na área clínica, mas antes se distribua pelas diferentes áreas de atuação dentro das CN. A Ordem dos Nutricionistas poderá, neste aspeto, assumir um importante papel regulador. Nos Estados Unidos, desde 2006 que 40% do exame para acesso à profissão de nutricionista/dietista consiste nos passos do NCP (24).

Conforme referido, há evidência de vantagens associadas a diversas componentes e técnicas utilizadas na metodologia de *coaching*, nomeadamente quando aplicado às CN. No entanto, e apesar de duas revisões sistemáticas sustentarem a eficácia desta metodologia, os mesmos trabalhos salientam a necessidade de mais estudos experimentais que avaliem a sua eficácia em várias fases do processo (através da inclusão de variáveis processuais como resultados) e com uma descrição clara das intervenções realizadas (25, 26). Esta necessidade parece estar a ser alvo de atenção, sendo que trabalhos atualmente em curso poderão contribuir para aumentar o nível de evidência quanto ao uso da metodologia de *coaching* em contextos específicos de aplicação no âmbito das CN (e.g. 27).

Para além dos aspectos procedimentais, também a uniformização da terminologia utilizada deve ser alvo de atenção. Considerando que apenas a partir de 2008 (11) foi feito o primeiro ensaio de padronização da terminologia utilizada no âmbito do NCP, é contudo de salientar, a imperatividade de uma atualização do mesmo ao longo dos próximos

anos. A isto acresce a necessidade de uma adequada tradução e adaptação desses termos para língua portuguesa, considerando, entre outros, aspectos particulares da formação académica de nutricionistas e dietistas no nosso país e, no que concerne à área da Nutrição Clínica, também dos próprios serviços de saúde. Esta uniformização terminológica será fundamental para uma adequada aplicação da metodologia de *coaching*, que assegure a comunicação eficaz entre diferentes profissionais de saúde. Face ao estado atual da metodologia de *coaching* aplicado às CN em Portugal, estes passos terão de ser dados cautelosamente, integrando profissionais de diferentes áreas (nomeadamente da Psicologia, área central a esta metodologia) e de diferentes contextos (nomeadamente académico, clínico e de outras áreas de atuação).

Será fundamental como guia-mestra a construção de um referencial teórico baseado em evidência científica, que se oponha (e sobreponha) a abordagens sem evidência científica suficiente. O presente artigo visa precisamente promover e estruturar essa construção, baseada na evidência e considerando o atual estado em que se encontra a aplicação da metodologia no nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennett J, Bush MW. Coaching in organizations: Current trends and future opportunities. *OD Practitioner*. 2009;40:12-7.
2. Hale R, Whitlam P. Powering up performance management: An integrated approach to getting the best from your people. Brookfield, VT: Gower. 2000.
3. 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. *J Am Diet Assoc*. 2010;110:879-91.
4. Kowalski K, Casper C. The coaching process: An effective tool for professional development. *Nurs Adm Quarterly*. 2007;31:171-9.
5. Sherman S, Freas A. The Wild West of executive coaching. *Harv Bus Rev*. 2004;82:82-90.
6. Saporito TJ. Business-linked executive development: Coaching senior executives. *Consult Psychol J Pract Res*. 1996;48:96-103.
7. Krausz RR. Coaching executivo: A conquista da liderança. São Paulo: Nobel. 2007.
8. Barosa-Pereira A. Coaching em Portugal – Teoria e prática. Lisboa: Edições Sílabo. 2007.
9. Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(8):1061-72.
10. Writing Group of the Nutrition Care Process/ Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: The 2008 update. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:1113-7.
11. Writing Group of the Nutrition Care Process/ Standardized Language Committee. Nutrition care process part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to document the nutrition care process. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:1287-93.
12. Passmore J (editor). Excellence in coaching: The industry guide. 3rd ed. London: Kogan Page. 2016.
13. Zeus P, Skiffington S. Guía completa de coaching en el trabajo. Madrid: McGrawHill. 2002.
14. Lajes A, O'Connor J. Coaching com PNL. O guia prático para alcançar o melhor em você e em outros. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2004.
15. Clark M, Hampson SE, Avery L, Simpson R. Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes. *Br J Health Psychol*. 2004;9:365-79.
16. Kellogg M. Counseling tips for nutrition therapists. Philadelphia: KG Press. 2006.
17. Oyserman D, Smith GC, Elmore K. Identity-based motivation: Implications for health and health disparities. *J Soc Issues*. 2014;70:206-25.
18. Spencer L, Wharton C, Moyle S, Adams T. The transtheoretical model as applied to dietary behaviour and outcomes. *Nutr Res Rev*. 2007;20:46-73.
19. Vieira PN, Teixeira P, Sardinha LB, Santos T, Coutinho S, Mata J, et al. Sucesso na

- manutenção do peso perdido em Portugal: O Registo Nacional de Controlo do Peso. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19:83-92.
20. Teixeira PJ, Pereira HV, Silva MN, Carraça EV, Santos I, Vieira PN, et al. O Programa P.E.S.O.: Descrição dos resultados principais. *Rev Fact Risco*. 2014;34:68-80.
21. Correia F, Pinhão S, Poinhos R, de Oliveira BMPM, de Almeida MDV, Medina JL, et al. Obstacles in dietary treatment of obesity. *Obes Metab*. 2009;5:107-13.
22. 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. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:722-6.
23. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Strycker LA. Assessment of problem-solving: A key to successful diabetes self-management. *J Behav Med*. 2004;27:477-90.
24. Commission on Dietetic Registration. Registration Examination for Dietitians (consultado em 11 de outubro de 2017). Disponível em: <https://www.cdrnet.org/certifications/registration-examination-for-dietitians>.
25. Hill B, Richardson B, Skouteris H. Do we know how to design effective health coaching interventions: A systematic review of the state of the literature. *Am J Health Promot*. 2015;29:e158-68.
26. Plotnikoff R, Collins CE, Williams R, Germov J, Callister R. Effectiveness of interventions targeting health behaviors in university and college staff: A systematic review. *Am J Health Promot*. 2015;29:e169-87.
27. Wagner KA, Braun E, Armah SM, Horan D, Smith LG, Pike J, et al. Dietary intervention for glucose tolerance in teens (DIG IT): Protocol of a randomized controlled trial using health coaching to prevent youth-onset type 2 diabetes. *Contemp Clin Trials*. 2017;53:171-7.