

Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas

Motivational interviewing: theoretical and practical aspects

Flávia S. Jungerman, MSc¹, Ronaldo Laranjeira, Ph.D²

Resumo

O conceito de motivação, essencial na compreensão das dependências, inspirou a formulação de uma intervenção terapêutica chamada Entrevista Motivacional, amplamente difundida na Europa e EUA e mais recentemente difundida no Brasil. Esta abordagem, que junta várias abordagens já existentes, tais como a terapia centrada no cliente e terapias breves, acrescentando alguns novos conceitos, tem como objetivo principal promover a mudança de comportamento. Seus cinco princípios básicos são: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões, fluir com a resistência e estimular a auto-eficácia. A técnica é discutida em detalhes, assim como sua eficácia e as possibilidades de estudos futuros. O objetivo desta revisão é descrever a técnica de EM e avaliar as evidências científicas de sua efetividade.

Unitermos: motivação; tratamento; dependência; álcool; drogas; técnicas; eficácia

Summary

The concept of motivation, essential on the understanding of addictive behaviours, inspired the formulation of a therapeutic intervention called Motivational Interviewing, widely used in Europe and in the USA and only recently in Brazil. This approach, that puts together different approaches, such as client-centered therapy and brief interventions, adding few new ideas, has as its main goal to promote a behaviour change. Its five principles are: express empathy, develop discrepancy, avoid argumentation, roll with resistance and support self-efficacy. The technique is discussed in details as well as its efficacy and the possibilities for future studies. The objective of this review is to describe the Motivational Interviewing technique and evaluate the scientific evidences of its effectiveness.

Uniterms: motivation; treatment; addictive behavior; drugs; alcohol; techniques; efficacy

¹Psicóloga clínica e pesquisadora da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas) da UNIFESP.

²Psiquiatra e coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas) da UNIFESP.

Recebido em 10.7.98

Aprovado em 18.8.98

O conceito de motivação tem recebido uma atenção grande na área das dependências. Esta maior atenção deve-se ao fato de que abandonar o uso de uma substância está por demais ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação está vinculada. A palavra motivação vem sendo usada em medicina e em psicologia significando conceitos diferentes para pessoas diferentes. No geral, a prática clínica tem adotado uma perspectiva de motivação como algo relativamente imutável, ou seja, ou o paciente está motivado para o tratamento e nestas condições o terapeuta teria um papel definido de ajudar a pessoa, ou o paciente não está motivado e então o tratamento não seria possível. Porém, hoje em dia percebe-se que o quadro não é assim tão rígido, isto é, uma técnica denominada Entrevista Motivacional (EM) postula que a aderência do dependente ao tratamento depende de sua motivação, atitude esta passível de ser modificada ao longo do tratamento. O objetivo desta revisão é fazer uma evolução das principais idéias ao redor desta abordagem chamada Entrevista Motivacional, delinear a sua prática e apresentar as evidências empíricas que a sustentam.

O que é motivação

Costuma-se dizer que a motivação de um cliente pode ser avaliada por uma série de comportamentos tais como: concordar com o terapeuta, aceitar o diagnóstico deste (isto é, admitir a dependência de uma droga), expressar vontade de mudar ou de ser ajudado, estar incomodado com sua situação pessoal e seguir os conselhos do terapeuta. De forma oposta, estar 'desmotivado' (em negação ou resistente) seria ter os comportamentos contrários. Portanto, discordar com o terapeuta é estar 'em negação' e concordar é 'insight'⁽³²⁾. A questão é que se julga motivação pelo que o cliente diz e a preocupação nesta nova abordagem seria mais o que o cliente faz, já que o que o cliente fala não é garantia de que ele fará o que verbalizou. Assumir um diagnóstico não prediz sucesso de tratamento: muitos dependentes dizem que o são mas não mudam e outros que não se categorizam, conseguem mudar^(20,37). Não é incomum as pessoas dizerem algo e fazerem diferente.

O que parece predizer mudança é a aderência da pessoa ao conselho ou plano estabelecido com o terapeuta. Dessa forma, o termo motivação se torna mais específico e pragmático: se motivação é vista como o grau de compromisso ou aderência com o tratamento, esta pode ser encarada como a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem. Neste sentido, a visão de motivação se torna mais prática e otimista do que encará-la ou como um traço de personalidade ou mesmo como um momento interno.

Assim, motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança^(8,26). Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra⁽³²⁾, isto é, de acordo com esta abordagem, a motivação é vista como uma característica dinâmica ao

invés de um aspecto estático do indivíduo, podendo ser influenciado por fatores externos. Neste sentido, a motivação se torna um objetivo crucial do terapeuta: este deve não só orientar mas motivar o cliente, isto é, aumentar a probabilidade de que este siga uma linha de ação que gere mudança.

Por que se falar em uma nova técnica?

Até há pouco tempo, a forma encontrada para lidar com a falta de motivação era através daquelas abordagens chamadas 'de confronto'. O que está por trás das estratégias confrontativas é que os dependentes de alguma droga teriam um sintoma como parte de seu caráter, possuiriam um altíssimo nível de mecanismos de defesa que os impediriam de avaliar o que se passa com a sua relação com as drogas. Esta idéia parece ter derivado do pensamento de linha psicodinâmica que acredita na dependência como um traço dos transtornos de personalidade⁽³²⁾. Ruth Fox^(1,3) defendia esta postura dizendo que 'o alcoólatra cria um elaborado sistema de defesas em que ele nega ser alcoólatra e doente, racionaliza que ele precisa beber seja devido aos negócios, à saúde ou por razões sociais, e projeta a culpa pelo problema que tem'. A resposta terapêutica a este sintoma seria uma espécie de 'render-se', 'aceitar a falta de poder' e mesmo 'redução do ego'⁽⁵⁾.

Estratégias de confronto são muito usadas em modelos de tratamento baseados nos 12 passos dos AA como no 'Modelo Minnesota'. Porém, não há prova nos escritos dos AA e nem mesmo em décadas de pesquisa psicológica, de que exista uma 'personalidade dependente'^(23,51), além do fato de que assumir-se dependente não está associado ao sucesso do tratamento^(20,37) e às vezes negativamente relacionado à melhora⁽³⁷⁾. Então, a hipótese da negação se tornaria um mito. O que o cliente traz sim é muita ambivalência.

Num outro vértice clínico, adotou-se a prática de 'aconselhamento' (giving advice), o que muitas vezes também não é efetivo, já que se torna prematuro aconselhar alguém a mudar um comportamento ao qual a pessoa não está certa de querer mudar⁽⁴⁴⁾. Isto é, ambas as abordagens, tanto a de confronto como a de 'aconselhamento', como não levam em conta o grau de ambivalência do paciente e sua prontidão para mudança, acabam estimulando uma postura de resistência para o tratamento.

Tendo em vista os seguintes aspectos:

1. estudos feitos sobre a eficácia destas duas abordagens descritas acima;
2. o novo conceito de motivação;
3. pesquisas mostrando que a eficácia do tratamento não é diretamente proporcional ao tempo de tratamento (ou seja, tratamentos mais longos não são necessariamente mais eficazes que os mais breves^(7,28,34,38,48,53), isto é, que intervenções breves são eficazes);
4. o quanto o estilo do terapeuta interfere no sucesso do tratamento^(33,39), criou-se um método terapêutico chamado Entrevista Motivacional, técnica esta proposta durante a década de 80^(24,25).

Nesta abordagem, a motivação é encarada desta forma mais dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos, tais como o terapeuta. A idéia é que já que como o paciente dependente fica pouco no tratamento, é preciso fazer uma intervenção rápida⁽²⁷⁾. E porque os dependentes têm como característica a busca da gratificação imediata às custas do mal duradouro, e porque a dependência é uma condição crônica de recaída, o principal objetivo do tratamento seria propiciar condições de mudança. De certa forma, a abordagem da EM usa a confrontação como um objetivo (a idéia é que o cliente veja e aceite seu problema durante a terapia e dessa forma possa mudar) e não como um estilo terapêutico⁽³²⁾.

O que é Entrevista Motivacional (EM)

Definição, bases teóricas e o papel do terapeuta

De acordo com Rollnick e Miller⁽⁴⁵⁾, EM é 'um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência'. A EM engloba técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, 'terapia centrada no cliente', terapia cognitiva, terapia sistêmica e até a psicologia social de persuasão. Neste sentido, a EM envolve componentes diretivos e não diretivos.

Uma sessão de EM é bem parecida com uma sessão de terapia centrada no cliente, aquela desenvolvida por C. Rogers. Nessa abordagem, o papel do terapeuta é não diretivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o cliente, oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural: tenta-se buscar as razões para mudança no cliente ao invés de impor ou tentar persuadi-lo sobre a mudança. Em essência, a EM orienta os pacientes a convencem a si próprios sobre a mudança necessária⁽³²⁾.

Entre as condições essenciais para que esta técnica funcione a principal é a empatia, que Rogers definiu como uma 'escuta técnica reflexiva' que clarifique e amplie a experiência pessoal do cliente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. Isto é, nesta abordagem, o terapeuta não assume o papel de 'expert', a relação terapeuta-cliente é mais de troca, visando a autonomia, liberdade de escolha do cliente e sua eficácia. Apesar da confrontação ser um objetivo implícito da EM, confrontação direta, imediata e persuasão, são explicitamente evitadas já que estas geralmente aumentam a resistência e reduzem a probabilidade de mudança^(30,32). Ao mesmo tempo, há um componente diretivo, já que o terapeuta mantém sempre um propósito e uma direção (que é auxiliar o cliente a lidar com sua ambivalência e conseqüentemente possibilitar mudança) e, muitas vezes, escolhe ativamente o momento certo de intervir, de modo a facilitar esta meta.

Dois conceitos importantes

A EM baseia-se em 2 conceitos. O primeiro é o de *ambivalência*, que, neste contexto, não significa apenas a relutância a fazer algo mas sim, a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Os dependentes de álcool e drogas, quando

buscam tratamento, geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que chamamos de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito do seu comportamento mas ao mesmo tempo também não querem. No caso dos fumantes, por exemplo, o conflito seria entre continuar fumando e parar de fumar. Ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos⁽⁴⁴⁾. Por ser a EM uma técnica desenvolvida para lidar com a dependência, tem-se como uma das suas metas principais a constatação e a resolução da ambivalência.

O segundo conceito é o de *prontidão para a mudança*, baseada no modelo de 'Estágios de mudança', desenvolvido por Prochaska e DiClemente⁽⁴¹⁾. Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar (como mencionado anteriormente, um estado interno mutável de acordo com fatores externos), esse modelo acredita que a mudança se faz através de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. A primeira forma de mostrar este processo foi através de uma roda (Fig. 1).

A entrada para o processo de mudança é o estágio de 'Pré-contemplação', onde a pessoa ainda não está considerando a mudança. De um modo geral, a pessoa neste estágio sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado 'resistente' ou 'em negação'. Quando alguma consciência sobre o problema aparece, a pessoa entra no estágio seguinte de 'Contemplação'. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita e é nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar.

Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de 'Preparação', onde ela está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio, aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação. O estágio seguinte é o de 'Ação', onde o cliente já muda e usa a terapia como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto-eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança. O processo todo nos pacientes com comportamentos dependentes pode durar de 3 a 6 meses, já que, nestes casos, o novo

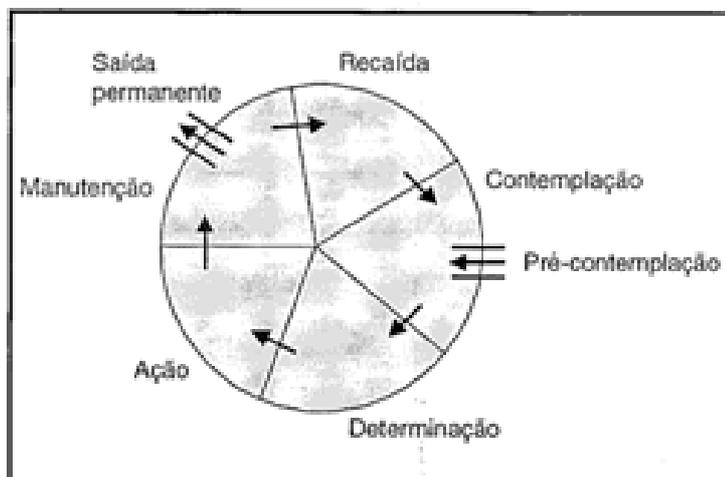


Fig. 1 - Roda dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente (1982)⁽²⁴⁾.

comportamento (o de abstinência geralmente) demora um tempo para se estabelecer. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança seria a estabilidade neste novo estado por anos e que, no processo de mudança, se chama 'Manutenção'. Porém, deve-se ter em conta que, uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá neste estágio: muitas pessoas acabam recaído e tendo que recomeçar o processo novamente. Nem sempre este recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas pessoas passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Daí, os autores passaram a ilustrar o processo de mudança como uma espiral, que pressupõe movimento (Fig 2)⁽⁴⁰⁾.

A recaída é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito nas dependências. Em termos médicos, recaída seria a 'recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora'. Adaptando este conceito às dependências, a recaída seria então 'um retorno a níveis anteriores de uso, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir este uso' ou apenas 'o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo'⁽²¹⁾. É importante encarar a recaída não como um fato isolado, isto é, um botão que se aperta mas sim como uma série de processos cognitivos, comportamentais e

afetivos. Ainda, a recaída deve ser encarada como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de uma melhora.

Um modelo baseado nesta visão mais otimista foi formulado por Marlatt & Gordon⁽²¹⁾ (Fig 3). A idéia é a pessoa, enquanto se mantém sem usar ou em controle do consumo, ela tem a experiência de uma sensação de autocontrole (auto-eficácia): quanto mais a pessoa mantém seus objetivos, maior será a percepção de auto-eficácia⁽²⁾. De certo modo, pode-se dizer que a recaída faz parte do processo de mudança e que, muitas vezes, esta até é essencial para que a pessoa possa aprender com a experiência e recomeçar de uma forma mais consciente. Vale lembrar que este esquema é válido para pessoas na fase de 'manutenção' (segundo o modelo de Prochaska & DiClementi), isto é, para pessoas que já fizeram a escolha voluntária de parar ou diminuir o consumo. Atualmente, é impossível falar de tratamento na área de álcool e drogas sem se levar em conta alguns princípios da Prevenção de Recaída.

Evidências da efetividade da técnica de EM

Dois estudos recentes abordaram a efetividade da EM no tratamento de comportamentos dependentes:

A. Noonan & Moyers⁽³⁶⁾ reviram a literatura sobre EM e analisaram uma série de 9 estudos (Tabela 1): 2 estudam a EM isolada sem comparar com outros tratamentos, 7 apóiam a eficácia da EM em diferentes settings e 2 estudos que não sustentam o uso da EM como uma intervenção clínica efetiva.

Os 9 estudos dos 11 selecionados por Noonan & Moyers⁽³⁶⁾ que mostraram a efetividade da EM em settings variados são:

- EM como tratamento exclusivo:

Miller et al (1988)⁽²⁹⁾ avaliaram pela primeira vez o DCU (drinker's check-up= auto-avaliação de alcoólicos). Este consiste em uma avaliação de 2 horas seguida de uma sessão de 1 hora de feed-back, baseada em técnicas de EM, uma semana depois. A avaliação inclui quantidade e frequência de uso, testes de sangue para medir danos no fígado além de testes neuropsicológicos sensíveis a deficiências cognitivas advindas do álcool. No grupo que recebeu DCU observou-se redução no



Fig. 2 - Modelo em Espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska e colaboradores (1992)⁽²⁵⁾.

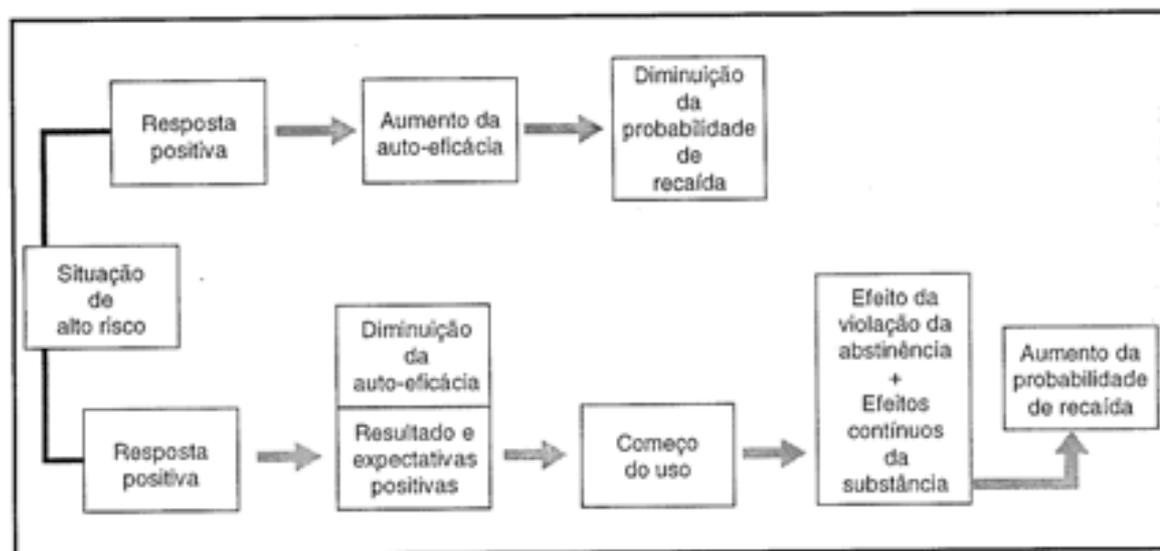


Fig. 3 - Modelo de recaída - G. A. Marlatt (1985)⁽²⁶⁾

Tabela 1⁽²³⁾

| Estudo | n ^(a) | Follow-up ^(b) | Resultado ^(c) |
|--|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bien et al (1993) ⁽²⁹⁾ | 28 | 3 | EM > TC |
| Brown & Miller (1993) ⁽³⁰⁾ | 30 | 3 | EM > TC |
| Handmaker (1993) ⁽³¹⁾ | 42 | 2 | EM = NT |
| Heather et al (1995) ⁽³²⁾ | 174 | 8 | EM > TB, TU |
| Kuchipudi et al (1990) ⁽³³⁾ | 114 | 4 | EM = NT |
| Miller et al (1988) ⁽³⁴⁾ | 42 | 18 | EM > LE |
| Miller et al (1993) ⁽²³⁾ | 42 | 12 | EM > LE |
| Richmond et al (1995) ⁽³⁵⁾ | 378 | 12 | EM = AC, NT |
| Saunders et al (1995) ⁽³⁶⁾ | 122 | 6 | EM > TC |
| Senft et al (1995) ⁽³⁷⁾ | 516 | 12 | EM > NT |
| Stephens et al (1993) ⁽³⁸⁾ | 291 | 6 | EM > TL, LE |

^(a) tamanho da amostra

^(b) período mais longo de follow-up do estudo

^(c) EM: entrevista motivacional, TC = tratamento controle, NT = nenhum tratamento/controlado, AC = aconselhamento breve, TB = tratamento breve, TU = tratamento usual, LE = lista de espera, TL = tratamento longo

consumo semanal de álcool e o pico de álcool no sangue também diminuiu após 6 semanas e 18 meses.

Miller et al (1993)⁽³⁰⁾ similarmente compararam DCU em duas condições: no estilo da EM e no estilo confrontativo. Apesar de haver diminuição do consumo semanal de álcool em ambos os grupos após 6 semanas e 1 ano, a técnica confrontativa evocou mais resistência dos clientes (tais como discussão, interrupção, interferência).

• EM estimulando o tratamento:

- Bien et al (1993)⁽²⁹⁾ ofereceram EM como estímulo ao tratamento para uma população de bebedores pesados, num ambulatório de veteranos. Os dados sugerem que os bons resultados da EM são medidos por um maior compromisso com o tratamento e percepções mais positivas do terapeuta.
- Brown & Miller (1993)⁽⁴⁰⁾ compararam oferta de breve EM com nenhum tratamento para alcoólics antes da internação. Apesar de ambos os grupos demonstrarem diminuição no consumo semanal de álcool, o grupo que recebeu EM mostrou uma redução maior, além de neste grupo o envolvimento com o tratamento ser maior.
- Saunders et al (1995)⁽⁴⁶⁾ usaram uma população de usuários de opiáceos, num programa de manutenção por metadona na Austrália, comparando EM com orientação pedagógica. Os resultados mostram que o grupo de EM foi mais adiante nos estágios de mudança, fez maior compromisso com a abstinência, viu mais vantagens em se manter abstinente, manteve-se mais tempo no programa, além de recair menos e ter menos problemas relacionados ao uso de opiáceos.

• EM na população com problemas com álcool em consultas médicas:

- Handmaker (1993)⁽³¹⁾ observou mulheres grávidas com consumo arriscado de álcool. Em consultas pré-natal, foi-lhes oferecido um DCU (drinkers' check-up) ou nada. Apesar do autor acreditar que a mera triagem (assessment) interferiu nos

resultados, o DCU resultou na diminuição de álcool consumido a cada encontro.

- Senft et al (1995)⁽⁴⁷⁾ observaram pacientes que vinham às consultas com o clínico geral: um grupo recebeu os cuidados usuais e outro uma breve EM de 15 minutos após cada consulta. O follow-up de 6 meses mostrou que este segundo grupo teve menos consumo total e menos dias de bebida por semana após 6 e 12 meses. Não houve diferença quanto ao consumo de álcool nos dias em que houve consumo.
- Heather et al (1995)⁽³⁷⁾ observaram usuários de álcool pesado internados. Os autores tinham como hipótese que os pacientes que ainda não estavam prontos para mudar o consumo de álcool (grupo 1) iriam se beneficiar mais da EM e que os que já estavam prontos para mudança (grupo 2) se beneficiariam mais de uma abordagem de treinamento de habilidades (skill-based counseling-SBC). Após um follow-up de 8 meses, os dois grupos mostraram melhora, mas não houve diferenças entre as duas técnicas. A EM mostrou ser melhor com o grupo 1 enquanto a SBC não foi melhor para o grupo 2.
- Stephens et al (1993)⁽⁵¹⁾ compararam 3 tratamentos: EM (DCU), Prevenção de recaída e tratamento longo padrão, numa população de usuários de maconha. Os dois primeiros tratamentos foram mais eficazes tanto em relação à diminuição do consumo quanto à diminuição de problemas relacionados ao consumo, comparados ao terceiro tratamento. Os dois estudos seguintes não conseguiram provar a eficácia da EM, ambos conduzidos em ambiente médico:
 - Richmond et al (1995)⁽⁴²⁾ compararam EM com aconselhamento breve de clínicos gerais, mais um grupo de avaliação e outro controle. Após 6 e 12 meses, não houve diferença de consumo entre os grupos, apesar do grupo que recebeu EM ter apresentado menos problemas relacionados com álcool. Esse resultado vai contra um dos achados de pesquisas feitas em EM (Brown & Miller, 1993⁽⁴⁰⁾),

onde esta estimula o engajamento além de aumentar o comparecimento do cliente no tratamento. O resultado pode se dever tanto porque as pessoas preferiram um tratamento mais breve e mais frequente como porque, na Austrália, tem-se uma relação boa com clínicos gerais, o que dá vantagens ao grupo dos clínicos gerais. Questiona-se o quanto a EM oferecida aqui era fidedigna à técnica.

- Kuchipudi et al (1990)⁽¹⁹⁾ ofereceram uma EM baseada num DCU (drinkers' check-up) em pacientes internados com problemas gastroenterológicos. Os pacientes foram divididos entre EM e sem tratamento. Não se percebeu diferença entre os 2 grupos quanto ao começo de tratamento, comparecimento ou consumo de álcool. Os autores acreditam que os maus resultados se devam ao fato dos pacientes não terem sido escolhidos e muitos terem um prognóstico ruim.

B. Moyers & Yahne⁽³⁵⁾, embora sem estudos empíricos, criticam a técnica de EM, enumerando 6 obstáculos encontrados por clínicos que aplicavam a EM em pacientes. São eles: a técnica é muito passiva, a técnica colabora com o estado de negação do paciente, a técnica demora muito tempo para fazer efeito, a técnica mantém o status quo da pessoa, sem mudanças, a técnica faz os terapeutas parecerem ingênuos e a idéia de que a EM é a coisa certa para todos os pacientes sempre.

Os trabalhos acima estudam a EM em setting diversos (internação, ambulatório, etc.) e com substâncias variadas (álcool, maconha, opiáceos). Como sugerem alguns autores, a efetividade da EM está relacionada a algumas características da população estudada, tais como gravidade da dependência, co-morbidade, severidade do comprometimento e grau de ambivalência quanto à vontade de mudar. Uma maior investigação sobre a população envolvida nos estudos e estas outras variáveis ajudarão a compreender porque a EM é mais ou menos eficaz nas diferentes circunstâncias. Ao mesmo tempo, é importante ter-se em mente que, como outros tratamentos das dependências, EM não é eficaz para todos os indivíduos.

Técnica

A EM empresta de modelos teóricos variados (tais como técnicas diretivas e não diretivas, de abordagens breves, entre outros), seu instrumento de trabalho. Estas várias técnicas, porém, são, na EM, utilizadas de forma bastante específica. O papel do terapeuta, por exemplo, na EM é bastante particular: o terapeuta aqui tem a função de estimular a motivação do cliente, buscando aumentar a possibilidade de mudança sem, ao mesmo tempo, impor à pessoa um curso de ação que não seja apropriado ao seu momento pessoal.

Cinco princípios básicos

Existem 5 princípios básicos na técnica da EM⁽³²⁾. São eles:

1. *Expressar empatia.* Mostrar empatia é uma das essências da EM e isso consiste em:

- aceitar a postura do cliente, tentando entendê-lo, sem julgamento ou crítica;
 - escutar criticamente (reflective listening): esta técnica é específica da EM. Não é tão frutífero apenas ouvir o que o cliente diz. O elemento essencial aqui é como o terapeuta responderá ao que ouve: o terapeuta de certa forma adivinha o que o cliente quer dizer, decodificando aquilo que ouviu e rephraseando para o cliente na forma de uma afirmação. (Ex: Terapeuta - Deixa eu ver se entendi o que você está dizendo...);
 - assumir ambivalência como algo normal e parte do processo de mudança.
2. *Desenvolver discrepância,* entre o atual comportamento do cliente (por exemplo, a dependência de droga) e objetivos mais amplos (por exemplo, ter uma carreira profissional ou manter um relacionamento estável). Isto é, evidenciar a distância entre onde a pessoa está e onde ela gostaria de estar. Isto faz-se importante para que o cliente:
 - tenha consciência das conseqüências do atual comportamento;
 - vendo a discrepância entre o comportamento atual e objetivos futuros, ficar mais motivado a mudanças;
 - deve ser estimulado a apresentar argumentos para mudança.
 3. *Evitar discussões,* isto é, confrontações diretas e para tal, é necessário ter em mente:
 - discussões são contraproduativas;
 - discussões suscitam defesas e defender-se gera defesas;
 - discussões também suscitam resistência e essa resistência por parte do cliente é um sinal para o terapeuta mudar de estratégias;
 - geralmente as discussões surgem da tentativa do terapeuta confrontar o paciente com seu problema e conseqüentemente querer encaixá-lo em alguma categoria (isto é, por exemplo, o terapeuta esperar que o cliente se assuma como alcoólatra ou drogado). Categorizar é desnecessário.
 4. *Fluir com a resistência,* ao invés de enfrentá-la e para tal é importante:
 - saber reconhecer o momento do cliente e saber usá-lo (ao invés de ir contra ele) pode ser positivo;
 - ter em mente que as percepções do cliente podem mudar (principalmente se forem de relutância ao tratamento, ao contato terapêutico ou mesmo à mudança propriamente dita), se o terapeuta estiver bem preparado para fazê-lo;
 - novas perspectivas são bem recebidas mas não devem ser impostas;
 - o cliente é uma rica fonte para possíveis soluções de problemas.
 5. *Estimular auto-eficácia,* um conceito bastante importante quando se fala de EM. A auto-eficácia, conceito criado por Bandura, é a crença da própria pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa. Auto-eficácia é considerada um elemento chave no processo de motivação para mudança^(10,11,21), é um bom fator

preditivo do sucesso do tratamento^(14,49,52). Para estimular a auto-eficácia é necessário:

- o terapeuta acreditar na possibilidade de mudança;
- o cliente ser responsável por escolher e levar a cabo uma mudança pessoal;
- ter esperança na variedade de abordagens a qual o cliente pode recorrer.

Oito estratégias de A a H (em inglês)

Tendo em vista que motivação é um estado mutável, é apropriado pensar em estratégias que aumentem a probabilidade de mudança. Há uma vasta revisão da literatura sobre o que motiva pessoas a mudar e a aderir ao tratamento e esta já foi revista em detalhes⁽²⁶⁾. As seguintes estratégias aqui mencionadas são um resumo desta literatura, devendo-se sempre ter em mente que não há soluções mágicas e que uma abordagem efetiva geralmente associa várias dessas estratégias:

- A. Aconselhar (giving Advice):** por mais valorizados que sejam os 'insights' e o aspecto não diretivo da EM, às vezes, um conselho claro, na hora e da forma certa, podem fazer a diferença. E de um bom conselho faz parte: identificar o problema ou a área de risco, explicar porque a mudança é necessária e recomendar uma mudança específica;
- B. Remover Barreiras (remove Barriers):** uma pessoa no estágio de contemplação pode estar considerando vir ao tratamento mas estar preocupada em fazê-lo devido a alguns obstáculos do tipo custo, transporte, horário, etc. Essas barreiras podem interferir não só na entrada no tratamento como também no processo de mudança, já que muitas vezes essas barreiras são mais de atitude ou internas do que abertas (isto é, a pessoa que ainda não sabe se vale a pena mudar, por exemplo. Neste caso, a abordagem deve ser mais cognitiva do que prática). O terapeuta bem preparado deve auxiliar o cliente a identificar essas barreiras e ultrapassá-las, assistindo-o na busca de soluções práticas para o problema;
- C. Oferecer opções de escolha (providing Choices):** é provado que a motivação é aumentada quando a pessoa percebe-se capaz de decidir livremente sem influência externa ou sem ter sido obrigada a fazê-lo⁽³²⁾. Portanto, é essencial que o terapeuta ajude o cliente a sentir sua liberdade (e conseqüentemente responsabilidade) de escolha, o que fica facilitado se o terapeuta oferecer várias alternativas para o cliente optar;
- D. Diminuir a vontade (decreasing Desirability):** se um comportamento é mantido apesar de suas más conseqüências, é porque este também traz algo de bom. É função do terapeuta identificar os aspectos positivos do comportamento de uso de uma substância do cliente que o está estimulando a manter-se nele, e daí buscar formas de diminuir esses incentivos. Nem sempre a simples constatação racional destes aspectos negativos é suficiente. As pesquisas mostram que o comportamento tem mais chance de mudar se as dimensões afetivas ou de valor forem afetadas⁽³²⁾. Técnicas comportamentais podem ser utilizadas, mas isso requer um grande compromisso do cliente. Uma abordagem mais genérica é a de aumentar a

consciência do cliente para as conseqüências adversas do comportamento;

- E. Praticar empatia (practicing Empathy):** o valor da empatia já foi mencionado anteriormente e desta consiste não a habilidade de identificar-se com o cliente mas sim de entender o outro através da chamada 'escuta crítica';
- F. Dar feedback (providing Feedback):** se o terapeuta não sabe bem onde se encontra no processo terapêutico, fica difícil saber para onde ir. Muitas pessoas acabam por não mudar por falta de retorno quanto à sua atual situação. Portanto, deixar o cliente sempre a par de seu estado presente é um elemento essencial para motivá-lo à mudança;
- G. Clarificar objetivos (clarifying Goals):** só dar feedback também não é suficiente. É importante compará-lo com uma meta preestabelecida, que oriente o percurso de ação. Portanto, é importante auxiliar o cliente a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e atingíveis;
- H. Ajuda ativa (active Helping):** o terapeuta deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do cliente e isto pode ser expresso pela iniciativa do terapeuta de ajudar e pela expressão de cuidado (por exemplo, um simples telefonema frente a uma falta). Muito se discute se esta atitude estaria tomando das mãos do cliente a responsabilidade pelo tratamento. Os criadores da EM dizem: '...a idéia é que primeiro é necessário engajar e manter o cliente no tratamento e depois se preocupar com sua responsabilidade'⁽³²⁾.

Aqui foram enumeradas algumas técnicas mas não a receita de como combiná-las. Saber os ingredientes da receita já é o começo. No decorrer do texto, serão dadas algumas dicas de como chegar ao fim do bolo!

Como lidar com a ambivalência

A ambivalência já foi citada como um aspecto comum a ser encarado no tratamento de dependentes químicos. De uma certa forma, a EM é centrada no gerenciamento terapêutico da ambivalência. Para tal, é preciso, antes de mais nada, entender como a ambivalência atua naquele cliente em particular: quais são, para este cliente, as partes do conflito, sem pressupôlas. Vale também definir as motivações do cliente bem como suas expectativas quanto à mudança, aspectos estes que podem estar tomando algum lado da balança.

É importante ter-se em mente alguns aspectos ao se pensar em ambivalência:

- ao invés de encará-la como um 'mau sinal' e tentar persuadir o cliente a mudar, o ideal é encará-la como normal, aceitável e compreensível⁽³²⁾. Dessa forma, o terapeuta poderá perceber o quão complexo é o dilema do cliente e então fazer movimentos que mais parecem um jogo amigável de xadrez do que um ataque ao castelo!
- muitas vezes, é ilustrativo se usar de uma 'balança de decisão' para mostrar os dois lados do conflito, seja usando-se a ilustração de uma balança ou de um papel dividido (Tabela 2);

Tabela 2 – Balança de decisão (exemplo)⁽¹⁾

| Continuar bebendo/ usando drogas como antes | | Mudar meu hábito de beber/ usar drogas | |
|---|--|--|---|
| Benefícios | Custos | Benefícios | Custos |
| Ajuda a relaxar Gosto de ficar 'alto' | Posso perder meu casamento Sou mau exemplo para meus filhos Estou fazendo mal à minha saúde Estou gastando muito dinheiro Estou danificando meu cérebro Corro o risco de perder meu emprego Estou perdendo tempo/ minha vida | Terei um casamento melhor Terei mais tempo com a família Sentir-me-ei melhor Terei mais dinheiro para resolver dificuldades financeiras | O que farei com meus 'companheiros de consumo'? Não terei uma forma de relaxar |

- a ambivalência não é totalmente racional, sendo importante o terapeuta estar sempre sintonizado nos sentimentos, interesses e crenças do cliente.

De acordo com Prochaska e DiClemente⁽⁴¹⁾, a capacidade da pessoa de entender sua ambivalência é o sinal para a passagem para o estágio da contemplação, onde ela estará mais consciente do conflito e até com maior ambivalência. Uma vez a ambivalência entendida e ultrapassada, a pessoa chega perto da preparação e consegue tomar uma decisão de mudar. Porém, ultrapassar a ambivalência é só parte do problema. A EM também promove a prontidão para mudança (a etapa seguinte) e muitas vezes, ter resolvido o conflito não leva diretamente à mudança.

Como lidar com a resistência

Como lidar com a resistência é outro aspecto essencial em EM e é neste sentido que a abordagem aqui é radicalmente oposta das técnicas de confronto. Um objetivo importante em EM é o de evitar estimular ou aumentar a resistência: quanto mais o cliente resistir, menos chance de mudar ele terá⁽²⁸⁾ e também estará mais propenso a desistir do tratamento⁽⁶⁾.

As pesquisas têm mostrado que um terapeuta que utiliza EM que seja bem preparado e capaz, consegue manter baixos os níveis de resistência, portanto a resistência do cliente é um problema do terapeuta⁽¹⁾! De um certo modo, o estilo do terapeuta determinará o quanto o cliente vai resistir, como se o sucesso terapêutico na EM pudesse ser medido pelo grau de resistência do cliente. Daí a necessidade de discutirmos aqui o como abordar a resistência.

Primeiro é importante reconhecê-la e depois saber como lidar com ela.

1. *Reconhecer a resistência*: de acordo com a perspectiva da EM, a resistência é algo que surge durante o tratamento, da relação terapeuta-cliente. Segundo Prochaska e DiClemente⁽⁴¹⁾, a resistência pode ser um sinal de que o terapeuta está usando técnicas inapropriadas para o estágio de mudança na qual o sujeito se encontra naquele momento. De alguma forma, é como se o cliente dissesse: 'Ei, espera um pouco, pois eu não estou te seguindo!' Existem vários tipos de comportamento por parte do cliente que assinalam resistência: discutir, interromper, negar e ignorar⁽³²⁾, mas o que importa não é tanto identificar o tipo mas sim o fato de alguma resistência estar

existindo. De certa forma, é comum existir alguma resistência em todo processo terapêutico, especialmente no início. Cabe ao terapeuta perceber se esta relutância inicial vai tornar-se um padrão e é no como o terapeuta responde à resistência que faz a diferença e distingue a EM das demais técnicas.

2. Estratégias para lidar com a resistência:

- A. *Reflexão simples*: uma boa resposta à resistência é uma de não-resistência. Simplesmente constatar que o cliente discorda ou que ele sente algo, permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as defesas (Exemplo: Cliente – Não sou eu que tenho problemas. Se bebo, é porque minha esposa está sempre me enchendo... Terapeuta – Parece que para você, a razão de você beber são os seus problemas conjugais);
- B. *Reflexão amplificada*: a idéia seria devolver ao cliente o que ele disse de uma forma amplificada ou mesmo exagerada (Exemplo: Cliente – Eu consigo controlar minha bebida. Terapeuta – Então quer dizer que você não tem nada a temer, álcool não é um problema para você). Deve ter-se cuidado pois um comentário deste num tom sarcástico pode ter o efeito inverso de aumentar a resistência, enquanto que o apropriado é fazê-lo diretamente, de forma a apoiar o cliente;
- C. *Reflexão de dois lados (double-sided)*: uma abordagem baseada na escuta crítica é constatar o que o cliente diz e acrescentar a isto, o outro lado da ambivalência do cliente, utilizando material fornecido anteriormente em outras sessões (Exemplo: Cliente – Está bem, eu tenho problemas com drogas, mas eu não sou um drogado. Terapeuta – Você não tem dificuldade em assumir que as drogas estão te prejudicando, mas você não quer ser tachado.);
- D. *Mudar o foco*: aqui a idéia é mudar o foco de atenção do cliente de algo que parece uma barreira para sua evolução (Exemplo: Cliente – Eu sei que o que você quer de mim é que eu pare de usar tudo, fique totalmente careta, mas isso eu não vou fazer! Terapeuta – Ei, espera aí. Nós só estamos começando a conversar. Eu ainda não tenho condições de dizer o que é melhor para você, por isso não vamos ficar emperrados nesta discussão. Agora, o que devemos fazer é...);

- E. Concordar, mas com alguma mudança: aqui o terapeuta concorda com algo que o cliente diz mas muda sutilmente de direção (Exemplo: Cliente – Não sei porque você e minha mulher pegam tanto no meu pé por causa do meu beber. E os problemas dela? Terapeuta – Você tem razão, temos de ter uma visão mais ampla: problemas de bebida envolvem sempre a família)
- F. Enfatizar escolha e controle pessoal: estar sempre assegurando à pessoa que, no fim das contas, quem tem a última palavra é o cliente, ajuda a diminuir a relutância (Exemplo: Terapeuta – Ninguém pode mudar o seu hábito. No fim das contas, quem decide é você);
- G. Reinterpretar: isto é, colocar os comentários do cliente num outro contexto ou mesmo dar-lhe outra interpretação, alterando o sentido (Exemplo: Cliente – Eu não aguento mais tentar parar e não conseguir, eu desisto. Terapeuta – Realmente, muitas vezes é difícil ver uma luz no fim do túnel. Eu percebo seu esforço em parar e te admiro por isso. Lembre-se do processo de mudança que discutimos: quanto mais vezes você passar pelas fases, mais chance de chegar à manutenção você terá.);
- H. Paradoxo terapêutico: é como dizer ao cliente: “OK, talvez seja melhor mesmo você continuar usando drogas...”, de uma forma calma, de modo que o cliente resistindo ao terapeuta, possa mover-se adiante, assumindo que não quer mais usar drogas. Porém, esta estratégia requer muita experiência e deve ser usada com cuidado.

Em resumo, resistência pode transformar-se na chave para um tratamento de sucesso se o terapeuta souber reconhecê-la como uma oportunidade: em EM, faz parte da arte de ser terapeuta saber identificar e ultrapassar a resistência.

As duas fases do processo de mudança

Primeira fase: estimulando motivação para mudança

Assume-se que o cliente neste momento está ambivalente e possivelmente no estágio de contemplação inicial ou mesmo pré-contemplação. Alguns pontos sobre esta fase serão mencionados⁽³²⁾.

A primeira sessão é crucial e portanto há algumas coisas que precisam ser evitadas (e não apenas na primeira sessão!):

- perguntas e respostas, onde o terapeuta faz as primeiras e o cliente as segundas. Isso, por um lado, estimula o cliente a dar respostas curtas e por outro, pressupõe uma dinâmica onde há uma pessoa ativa (o terapeuta) e outra passiva (o cliente). O ideal é fazer uma pergunta aberta e não responder com outra pergunta mas sim com a escuta crítica, e nunca fazer 3 perguntas seguidas.
- confrontar o cliente com um problema e vê-lo reagindo com uma negação. Quanto mais confrontar o cliente, mais ele resistirá.
- o terapeuta assumir o papel de ‘expert’, deixando o cliente numa postura muito passiva.

- categorizar o cliente (tipo alcoólatra ou dependente).
- não levar-se em conta o ritmo e as necessidades do cliente. Muitas vezes, querer ir direto ao assunto dependência pode acirrar a resistência. Muitas vezes, o cliente prefere falar de preocupações mais gerais e isto deve ser respeitado. Portanto, o foco de discussão deve ser determinado pelas necessidades do cliente.
- discutir de quem é a culpa, mesmo porque isso é irrelevante ao tratamento.

Abaixo serão mencionadas 5 técnicas comumente usadas na primeira fase:

- A. Fazer perguntas abertas: na fase inicial da EM, é importante que o terapeuta estabeleça uma atmosfera de aceitação e confiança, para permitir ao cliente explorar seus problemas. E, portanto, o cliente deve ser o que mais fala, com o terapeuta estando atento e estimulando esta fala. Uma forma de atingi-lo é fazendo perguntas amplas e abertas, que não podem ser facilmente respondidas brevemente. Sempre ajuda ter uma noção de qual é o problema do cliente previamente.
- B. Escutar criticamente: ver a definição acima.
- C. Reassegurar: pode ser de muita ajuda apoiar seu cliente durante o processo de tratamento e isto pode ser feito através de reconhecimento pela sua evolução, com comentários de apreciação e de empatia. O simples fato de haver a escuta reflexiva é uma forma de ‘dar uma força’ a ele.
- D. Resumir: fazer resumos esporádicos ajuda durante todo o processo da EM, pois além de ligar várias idéias tratadas em momentos diferentes, permite ao terapeuta mostrar ao cliente que vem escutando o que ele diz e dá uma visão mais geral ao cliente sobre seus próprios comentários, muitas vezes facilitando uma mudança. Sempre vale iniciar o resumo com uma breve introdução sobre o que ocorrerá a seguir.
- E. Estimular afirmações de automotivação (elicit self-motivational statements): se o terapeuta apenas usar das 4 estratégias anteriores, existe uma grande chance de que o cliente ficará preso na ambivalência. Esta última técnica visa exatamente ajudar o cliente a resolver esta ambivalência. É função do terapeuta facilitar a elaboração destas afirmações de automotivação⁽³²⁾. Elas podem ser de 4 tipos: reconhecimento de problema (ex.: Eu nunca havia pensado no quanto estou bebendo), expressão de preocupação (ex.: Estou realmente preocupado com isso), intenção de mudar (ex.: Eu tenho que fazer algo a respeito) e otimismo (ex.: Eu acho que posso fazê-lo). Como o terapeuta pode promover essas afirmações é uma das funções-chave da EM.

Segunda fase: estimulando o compromisso com a mudança

Este é o momento de mudar as estratégias. Aqui, a pessoa já está pronta para mudar e o principal objetivo é de auxiliar o cliente a confirmar e justificar a decisão de mudança tomada. Para tal, é preciso que o cliente esteja no momento certo, isto é, chegado ao estágio de preparação.

Algumas dicas de que a pessoa está pronta para passar da primeira para a segunda fase são:

- diminuição da resistência;
- diminuem as questões do cliente sobre seu problema;
- o cliente parece ter resolvido algo, mostrando-se mais calmo;
- o cliente já faz afirmações de automotivação;
- aumentam as perguntas sobre mudança: como seria, o que fazer, etc.;
- o cliente começa a falar de como seria se ele mudasse;
- o cliente começa a experimentar mudança, por exemplo, entre as sessões, ficar sem consumir.

Uma vez atingida esta segunda fase, a maior parte do trabalho de EM foi feito. É como se faltasse ao cliente colocar as botas, escolher qual dos caminhos pegar e começar a caminhada. A partir daqui, o papel do terapeuta é de ser um guia neste caminho. É preciso ter em mente algumas possíveis complicações: a ambivalência ainda não desapareceu e o plano de mudança feito deve ser algo aceitável para o cliente. Deve-se lembrar que o terapeuta tem de dar espaço de decisão ao cliente. Ao mesmo tempo, ele deve cuidar para não cair no lado oposto de dar insuficiente direção ao cliente, deixando-o perdido.

Vale, uma vez chegada a segunda fase, fazer uma recapitulação do que se passou até então no processo terapêutico, com o principal intuito de listar o maior número de razões para seu cliente mudar e ao mesmo tempo indicar qualquer ambivalência ou relutância. Este resumo é usado como a preparação final para a transição ao compromisso de mudança. Geralmente nesta fase, o cliente pede opinião. É bastante apropriado que o terapeuta ofereça algum conselho, caso isto lhe seja pedido. Além disso, é importante que o conselho seja dado de forma bastante impessoal, permitindo ao próprio cliente julgar se isto se adapta à sua situação. Vale a pena, também, não restringir sua opinião a um conselho, mas dar várias alternativas, tendo-se em mente que, quando é a própria pessoa a decidir o seu futuro, maiores as chances de aderir e de ter sucesso⁽¹³⁾.

Um aspecto importante da segunda fase é a emergência de um plano e deste processo de negociação faz parte estabelecer objetivos e considerar opções de mudança. Uma vez negociado um plano, deve-se auxiliar o cliente nos aspectos práticos deste, inclusive colocando no papel o plano em si, datas, quem procurar no caso de isto ou aquilo acontecer, resultados esperados, etc. Daí, o que se segue é o cliente assumir a responsabilidade por seu plano, decidindo quais passos tomar imediatamente. Neste momento, seu cliente estará visivelmente no estágio de ação.

Mas vale ressaltar 3 aspectos para se ter em mente:

- No tratamento de dependentes não existe um tratamento que seja o melhor, há literatura que orienta como conciliar a técnica com o cliente^(12,15,18) e por mais que se tente escolher a melhor opção, o cliente pode não escolher a solução mais apropriada da primeira vez e recair;

- Recair é um aspecto da recuperação⁽²¹⁾. E como a espiral de mudança mostrou anteriormente⁽⁴⁰⁾, a maioria das pessoas têm de passar várias vezes pelo processo para conseguir sair no final;
- É importante sempre respeitar o momento do cliente. Se seu cliente não está pronto para assumir este compromisso, o melhor é que ele reflita mais e que vocês possam continuar conversando sobre a situação.

Futuras pesquisas

Motivação é um tema essencial na abordagem de populações usuárias de álcool e drogas, já que afeta diretamente o grau de aderência ao tratamento, e não apenas nesta área mas na área de saúde em geral. Internacionalmente, muito se tem aplicado e discutido a EM e alguns aspectos poderiam ainda ser discutidos em termos futuros. Entre eles estão: a efetividade da EM em comparação com outras abordagens, o quanto breve pode ser uma EM para conseguir afetar a motivação dos sujeitos e o quanto as mudanças feitas neste processo podem durar, quais são as condições necessárias e suficientes para a EM ter sucesso, quem se beneficia com a EM e quem não, o quanto as expectativas do terapeuta e do cliente podem afetar a efetividade do tratamento e finalmente porque a EM foi adotada em algumas comunidades (tipo Inglaterra) e nem tanto em outras (EUA)⁽³⁶⁾.

Estas são algumas questões ainda a serem respondidas num contexto onde questões mais primárias já foram trabalhadas. Aqui no Brasil, muito pouco se faz e se fala sobre EM e com exceção de alguns serviços especializados em dependências que a utilizam, esta técnica ainda não foi difundida. Portanto, é importante que, baseados na teoria acima descrita e nas experiências reportadas no exterior, nós possamos aplicar e então adaptar a técnica à nossa realidade, levando em conta a nossa população (em geral uma população mais carente, de baixo nível socio-econômico, educação pobre e mesmo com problemas com drogas específicas como por exemplo, o crack). O que fica evidente é que por ser uma técnica breve e diretiva, vem a suprir uma das necessidades básicas da situação do serviço público que é o excesso de demanda para uma falta de técnicos.

Referências

1. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982; 37: 122-147
2. Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 1977; 84: 191-215.
3. Bien T et al. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 1993; 21(4): 347-356.
4. Brown J, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1993; 7 (4): 211-218.
5. Cavaola AA. Resistance issues in the treatment of the DWI offender. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1984; 1: 87-100.
6. Chamberlain P et al. Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 1984; 15: 144-155.
7. Chapman PL, Huysgens I. An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: An experimental study with 6- and 18-month follow-ups. *British Journal of Addiction*, 1988; 83: 67-81.

8. Conditte MM, Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1981; 49:647-658.
9. Council for Philosophical Studies. *Psychology and the philosophy of mind in the philosophy curriculum*. San Francisco: San Francisco State University, 1981.
10. DiClementi CC et al. Self-efficacy and the stages of self-change in smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 1985; 9: 181-200.
11. DiClementi CC. Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 1981; 5: 175-187.
12. Finney JW, Moos RH. Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1979; 47: 25-38.
13. Fox R. A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism. *American Journal of Psychotherapy*, 1967; 123: 769-778.
14. Godding PR, Glasgow RE. Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 1985; 9: 583-590.
15. Gotthel E et al. Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse. (Charles C Thomas, Springfield, IL, 1981).
16. Handmaker NS. Motivating pregnant drinkers to abstain: prevention in prenatal care clinics. Doctoral dissertation. University of New Mexico, 1993.
17. Heather N et al. Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 1996; 15: 29-38.
18. Hester RK, Miller WR (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (Pergamon Press, Elmsford, NY, 1989).
19. Kuchipudi V et al. Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990; 51(4): 356-360.
20. Lemere F et al. Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1958; 19: 428-431.
21. Marlatt GA, Gordon JR (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (Guilford Press-New York, 1985).
22. McLellan AT et al. Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment matching. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1983; 171: 597-605.
23. Miller WR. Alcoholism scales and objective assessment methods: A review. *Psychological Bulletin*, 1976; 83: 649-674.
24. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. (The Guilford Press- New York, 1991).
25. Miller WR, Hester RK. The effectiveness of alcoholism treatment methods: What research reveals. In WR Miller & N Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp.175-203) (Plenum Press, New York, 1986b).
26. Miller WR, Sovereign RG. The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T.Loberg et al (Eds.) *Addictive Behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219-231) (Swets & Zeitlinger- Amsterdam, 1989).
27. Miller WR et al. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993; 61(3): 455-461.
28. Miller WR et al. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980; 48: 590-601.
29. Miller WR et al. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 1988; 16(4): 251-268.
30. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 1985b; 98: 84-107.
31. Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 1985; 98(1): 84-107.
32. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 1983; 1: 147-172.
33. Miller WR. Palestra preferida no II Encontro de Dependências, realizado em Recife, 1997.
34. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 1988; 5: 13-24.
35. Moyers TB, Yahne CE. Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse*, 1998; 3: 30-33.
36. Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*, 1997; 2: 8-16.
37. Orford J, Edwards G. Alcoholism: A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage. Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital Monograph No 26. (Oxford University Press- New York, 1977).
38. Orford J. A comparison of alcoholics whose drinking is totally uncontrolled and those whose drinking is mainly controlled. *Behavior Research and Therapy*, 1973; 11: 565-576.
39. Patterson GR, Forgatch MS. Therapist behavior as a determinant for client not compliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985; 53: 846-851.
40. Prochaska JO et al. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 1992; 7:1101-1114.
41. Prochaska JO, DiClementi CC. Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982; 19: 276-288.
42. Richmond R et al. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 1995; 90:119-132.
43. Rogers CR, Mewborn CR. Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1976; 34: 54-61.
44. Rollnick S et al. Methods of helping patients with behavior change. *British Medical Journal*, 1993; 307: 188-190.
45. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 1985; 23: 325-334.
46. Saunders B et al. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 1995; 90: 415-424.
47. Sent RA et al. Drinking patterns and health: a randomized trial of screening and brief intervention in a primary care setting. Final report to the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Grant No. AA08976), 1995.
48. Skute A, Berg G. Training in controlled drinking for early-stage problem drinking. *British Journal of Addiction*, 1987; 82: 493-502.
49. Solomon KE, Annis HM. Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 1990; 85: 659-665.
50. Stephens RS et al. Extended versus minimal intervention with marijuana dependent adults. Paper presented at the 28th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy (San Diego, CA, 1993).
51. Vaillant GE. *The natural history of alcoholism: Causes, patterns, and paths to recovery*. (Harvard University Press, Cambridge, MA, 1983).
52. Wilkinson DA, LeBreton S. Early indications of treatment outcome in multiple drug users. In WR Miller & N Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 239-261) (Plenum Press, New York, 1986).
53. Zweben A et al. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital systems study. *British Journal of addiction*, 83: 899-916, 1988.