ENTREVISTA MOTIVACIONAL: BASES TEÓRICAS E PRÁTICAS

Flávia S. Jungerman: *Psicóloga clínica e pesquisadora da UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas – UNIFESP.*

Ronaldo Laranjeira: *Psiquiatra e coordenador da UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas – UNIFESP.*

INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE MOTIVAÇÃO

O conceito de motivação tem recebido uma atenção grande na área das dependências. A técnica denominada Entrevista Motivacional (EM) postula que a aderência do dependente ao tratamento depende de sua motivação, mas sabemos que a **motivação pode sofrer modificações ao longo do tratamento.**

IMPORTANTE

Costuma-se dizer que a motivação do ser humano pode ser avaliada por uma série de comportamentos, tais como:

- Concordância com o terapeuta;
- Aceitação do diagnóstico deste (isto é, admitir a dependência de uma droga);
- Expressão de vontade de mudar ou de ser ajudado;
- Exposição do incomôdo com sua situação pessoal e seguir os conselhos do terapeuta.

De forma oposta, estar ‘desmotivado’ (em negação ou resistente) é apresentar os comportamentos contrários, portanto:

- discordar do terapeuta é estar ‘em negação’;
- concordar é ‘insight’.

A questão é que se julga motivação pelo que o paciente diz e a preocupação nesta nova abordagem seria o que o paciente faz, já que o que o paciente expressa não é garantia de que ele fará o que verbalizou. Assumir um diagnóstico não prediz o sucesso de tratamento, pois muitos dependentes dizem que o fazem, mas não mudam. Há outros pacientes que não se categorizam, mas conseguem mudar de atitude. Não é incomum as pessoas dizerem algo e fazerem diferente.

IMPORTANTE

As abordagens usuais entendem que a motivação é manifestada através das palavras do cliente. Na técnica da “Entrevista Motivacional” no entanto, a motivação corresponde às ações do cliente, pois estas podem não corresponder ao seu discurso verbal. Assumir a dependência não implica em sucesso do tratamento e muitos admitem sua condição de dependente, mas não conseguem transformá-la, enquanto outros a negam, porém conseguem superá-la. É comum as ações humanas não corresponderem às suas afirmações.

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, pois se motivação é vista como o grau de compromisso ou aderência ao 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 a encarar ou ser vista 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.

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 confrontantes é que o dependente químico teria o sintoma como parte de seu caráter e possuiria um altíssimo nível de mecanismos de defesa que o impediria de avaliar o que se passa com a sua relação com as drogas.

VOCÊ SABIA?

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', além do fato de que assumir-se como dependente não está associado ao sucesso do tratamento e, às vezes, está negativamente relacionado à melhora. Então, a hipótese da negação se tornaria um mito. O que o cliente traz é muita ambivalência.

Outra forma de olhar para este problema é a adoção da prática de 'aconselhamento', o que muitas vezes também não é efetivo, já que se torna prematuro aconselhar alguém a mudar um comportamento se a pessoa não está certa ou ciente deste comportamento. Isto é, ambas as abordagens, tanto a de confronto como a de 'aconselhamento', não levam em conta o grau de ambivalência do paciente e sua prontidão para mudança, e com isso estimulam uma postura de resistência para o tratamento.

Nesta abordagem, a motivação é encarada de forma não estática, mais dinâmica e influenciável por fatores externos, tais como o terapeuta. A idéia é que, já que o paciente dependente fica pouco no tratamento, é preciso fazer uma intervenção rápida. Os dependentes têm como característica buscar gratificação imediata às custas do mal duradouro e a dependência é uma condição crônica de recaída, portanto, o principal objetivo do tratamento seria propiciar condições de mudança. De certa forma, a abordagem da EM usa a confrontação como um objetivo e não como um estilo terapêutico.

A idéia é que o cliente veja e aceite seu problema durante a terapia e dessa forma, possa mudar de atitude.

DEFINIÇÃO, BASES TEÓRICAS E O PAPEL DO TERAPEUTA NA ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

EM é "um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando-o a explorar e resolver sua ambivalência".

A Entrevista Motivacional engloba técnicas de várias abordagens, tais como:

- Psicoterapias breves;
- Terapia centrada no cliente;
- Terapia cognitiva;
- Terapia sistêmica;
- Psicologia social de persuasão.

Neste sentido, a EM envolve dois componentes:

- **Diretivos:** O terapeuta mantém sempre um propósito e uma direção e, muitas vezes, escolhe ativamente o momento certo de intervir, de modo a facilitar esta meta.
- **Não diretivos:** Ao invés de propor soluções ou sugestões, o terapeuta oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural.

VOCÊ SABIA?

Seções de EM e seções a “Terapia Centrada no Cliente” são semelhantes, sendo que nesta última, o papel do terapeuta é não diretivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões, oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural.

Entre as condições essenciais para que A Terapia Centrada no Cliente funcione, destacamos a **empatia, que é uma ‘escuta técnica reflexiva’** que clarifica e amplia a experiência pessoal do cliente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. Nesta abordagem, o terapeuta não assume o papel de ‘expert’ e a relação terapeuta-cliente é de troca, visando a autonomia e a liberdade de escolha do cliente e sua eficácia.

Apesar da confrontação ser um objetivo implícito da EM, a confrontação direta, imediata e persuasiva, são explicitamente evitadas, já que estas geralmente aumentam a resistência e reduzem a probabilidade de mudança. Ao mesmo tempo, há um componente diretivo, já que o terapeuta mantém sempre um propósito e uma direção – auxiliar o cliente a lidar com sua ambivalência e conseqüentemente possibilitar mudança – e sempre escolhe o momento exato de intervir, de modo a facilitar o alcance desta meta.

A Entrevista Motivacional baseia-se em 2 conceitos:

- o *Ambivalência:* 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.
- o *Prontidão: para a mudança,* baseada no modelo de ‘Estágios de mudança, tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar, esse modelo acredita que a mudança se faz através de um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios (Tabela 1 abaixo).

Tabela 1: Estágios de Mudança, de acordo com Prochaska e DiClemente

ESTÁGIOS DE MUDANÇA	
Pré-contemplação	A pessoa ainda não considera a mudança. Ela nem sequer encara o seu comportamento como um problema.
Contemplação	É a entrada para o processo. Ocorre alguma consciência sobre o problema, mas ao mesmo tempo rejeita a mudança (ambivalência).
Preparação	A pessoa está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Aumenta-se a responsabilidade pela mudança e elabora-se um plano específico de ação.
Ação	O cliente efetua a mudança 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.

Este processo pode durar de 3 a 6 meses no dependente químico e, geralmente, o novo comportamento de abstinência demora algum tempo para se estabelecer.

O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, seria a estabilidade **da abstinência** por anos, o que, no processo de mudança, se chama 'Manutenção'

Uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá neste estágio: muitas pessoas **passam por recaída**, tendo que recomeçar o **processo**. Nem sempre este recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas pessoas passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, **ao alcance de uma mudança duradoura**.

A recaída é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito nas dependências. 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 introduz a idéia de que a pessoa, enquanto se mantém sem usar a droga ou em controle do consumo, tem a experiência de uma sensação de auto-controle (auto-eficácia), ou seja, quanto mais a pessoa mantém seus objetivos, maior será a percepção de auto-eficácia.

Você Sabia...

De certo modo, pode-se dizer que a recaída faz parte do processo de mudança e que, muitas vezes, é até essencial para que a pessoa possa aprender com a experiência e recomeçar de uma forma mais consciente.

Técnica da Entrevista Motivacional

A EM está estruturada com base em diversos modelos teóricos. São eles:

- Técnicas diretivas
- Técnicas não diretivas
- Abordagens breves

Na Entrevista Motivacional, várias técnicas são utilizadas de forma bastante específica, como:

Os princípios básicos são:

- a) *Expressar empatia* é uma das essências da EM. Consiste em aceitar a postura do cliente, tentando entendê-lo, sem julgamento ou crítica.
- b) *Desenvolver discrepância* entre o atual comportamento do cliente (dependência de droga) e objetivos mais amplos (por exemplo, ter uma carreira profissional). Isto é, evidenciar a distância entre onde a pessoa está e onde ela gostaria de estar.
- c) *Evitar discussões*, isto é, confrontações diretas, que são contraproduativas. Além disso, discussões estimulam defesas e resistências.
- d) *Fluir com a resistência*, ao invés de enfrentá-la.
- e) *Estimular auto-eficácia*, que é a crença da própria pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa.

Estratégias Utilizadas

Tendo em vista que motivação é um estado mutável, é apropriado pensar em estratégias que aumentem a probabilidade de mudança.

Tirar tabela

Fatores que motivam a mudança pessoal:

- a) *Aconselhar*: um conselho claro, na hora e da forma certa, pode fazer a diferença.
- b) *Remover Barreiras*: o terapeuta bem preparado deve auxiliar o cliente a identificar obstáculos ao tratamento e ultrapassá-los, auxiliando-o na busca de soluções práticas para o problema.
- c) *Oferecer opções de escolha*: é essencial que o terapeuta ajude o cliente a sentir sua liberdade e responsabilidade de escolha.
- d) *Diminuir a vontade*: é função do terapeuta identificar os aspectos positivos do comportamento de uso de uma substância que está estimulando a manter-se nele e buscar formas de diminuir esses incentivos.
- e) *Praticar empatia*: consiste na habilidade de entender o outro através da chamada 'escuta crítica'.
- f) *Dar feedback*: deixar o cliente sempre consciente de seu estado é um elemento essencial para motivá-lo à mudança.
- g) *Clarificar objetivos*: é importante auxiliar o cliente a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e atingíveis.
- h) *Ajuda ativa*: o terapeuta deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do cliente e isto pode ser expresso pela solicitude e cuidado.

Como lidar com a ambivalência e resistência

Ao invés de encarar a ambivalência como um 'mau sinal' e tentar persuadir o paciente a mudar, o ideal é encará-la como normal, aceitável e compreensível. Para tal, é preciso, antes de tudo, entender como a ambivalência atua particularmente em cada ser humano e quais são as partes do conflito, sem as pressupor.

Vale também definir as motivações do cliente bem como suas expectativas quanto à mudança, aspectos estes que podem ser relevantes. Pode-se dizer também, que 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 que a ambivalência esteja entendida e ultrapassada, a pessoa chega perto da fase de preparação (ver tabela1) e consegue tomar uma decisão de mudança de atitude.

Porém, ultrapassar a ambivalência é apenas parte do problema. A EM também promove a prontidão para mudança para a quarta fase -ação, pois muitas vezes, ter resolvido o conflito não leva diretamente à mudança.

Lidar com a resistência é outro aspecto essencial na EM e, é neste sentido que a abordagem aqui é radicalmente **oposta** às técnicas de confronto.

IMPORTANTE

Um objetivo importante em EM é diminuir a resistência pois, com o aumento desta, as chances de mudança diminuem e o cliente estará propenso a desistir do tratamento

As pesquisas têm mostrado que um terapeuta que utiliza EM e que seja bem preparado e capaz, consegue manter baixos os níveis de resistência, portanto a resistência do cliente **deve receber especial atenção por parte do terapeuta**. Deve-se primeiro reconhecer a resistência, para logo então lidar com ela.

Dois pontos importantes:

1. Reconhecer a resistência: existem vários tipos de comportamento por parte do cliente que assinalam resistência: discutir, interromper, negar e ignorar, mas o que importa não é tanto identificar o tipo, mas sim o fato de alguma resistência estar existindo.

2. Estratégias para lidar com a resistência:
- a) Reflexão simples: constatar que o cliente discorda ou que ele sente algo, permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as defesas;
  - b) Reflexão amplificada: a idéia seria devolver ao cliente o que ele disse de uma forma amplificada ou mesmo exagerada;
  - c) Reflexão de dois lados: 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;
  - d) Mudar o foco: aqui a idéia é mudar o foco de atenção do cliente de algo que parece uma barreira para sua evolução;
  - e) Concordar, mas com alguma mudança – aqui o terapeuta concorda com algo que o cliente diz mas muda sutilmente de direção;
  - 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;
  - g) Reinterpretar: isto é, colocar os comentários do cliente num outro contexto ou mesmo dar-lhe outra interpretação, alterando o sentido;
  - 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.

CONCLUSÃO

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

No tratamento de dependentes químicos não existe tratamento melhor que outro. Como em outros tratamentos das dependências, EM não é eficaz para todos os indivíduos. Entretanto, a EM mostra-se como um recurso valioso para muitos clientes que necessitam de ajuda especializada. A efetividade da EM parece estar relacionada a algumas características da população atendida, 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 outras variáveis ajudará a compreender porque a EM é mais ou menos eficaz nas diferentes circunstâncias.

ATIVIDADE DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

QUESTÃO 1

Considerando as afirmações abaixo, assinale a alternativa correta:

I. Um dos comportamentos que caracteriza a motivação é o seu grau de concordância com o terapeuta.

II. Aceitar o diagnóstico de “dependente químico” é o primeiro sinal de motivação do paciente em relação ao tratamento.

III. O importante é o que o cliente faz, não o que fala: é o grau de probabilidade de aderência efetiva do paciente ao tratamento.

- A) I e II estão corretas
- B) Apenas a alternativa III está correta
- C) Todas estão corretas
- D) Apenas II e III estão corretas
- E) Apenas I e III estão corretas

QUESTÃO 2

Considerando as afirmações abaixo, assinale a resposta correta:

I. A Entrevista Motivacional não leva em conta o grau de ambivalência do paciente e sua prontidão para mudança.

II. Uma condição essencial para que a Entrevista Motivacional funcione é a empatia do terapeuta.

III. Se o paciente não estiver decidido a mudar, a técnica não deverá ser empregada.

- A) I e II estão corretas
- B) Apenas a alternativa III está correta
- C) Apenas a alternativa II está correta
- D) Apenas II e III estão corretas
- E) Apenas I e III estão corretas

QUESTÃO 3

Qual o principal objetivo da entrevista motivacional?

BIBLIOGRAFIA:

- BANDURA, A. **Self- efficacy mechanism in human agency**. American Psychologist, 37: 122-147, 1982.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change**. Psychological Review, 84: 191-215, 1977.
- BIEN, T. et al. **Motivational interviewing with alcohol outpatients**. Behavior and Cognitive Psychotherapy, 21(4): 347-356, 1993.
- BROWN, J. & MILLER, W.R. **Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment**. Psychology of Addictive Behaviors, 7 (4): 211-218, 1993.
- CAVAIOLA, A.A. **Resistance issues in the treatment of the DWI offender**. Alcoholism Treatment Quarterly, 1: 87-100, 1984.
- CHAMBERLAIN, P. et al. **Observation of client resistance**. Behavior Therapy, 15: 144-155, 1984.
- CHAPMAN, P.L. & HUYGENS, I. **An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: An experimental study with 6- and 18- month follow-ups**. British Journal of Addiction, 83: 67-81, 1988.
- CLANCY, J. **Motivation conflicts of the alcohol addict**. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 25: 511-520, 1964.

- CLANCY, J. **Procastination: A defense against sobriety**. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 25: 511-520, 1961.
- CONDIOTTE, M.M. & LICHTENSTEIN, E. **Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs**. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 49:647-658, 1981.
- COUNCIL for Philosophical Studies. **Psychology and the philosophy of mind in the philosophy curriculum**. San Francisco: San Francisco State University, 1981.
- DECI, E.L. **Intrinsic motivation**. New York : Plenum Press, 1975.
- DECI, E.L. **Self-determination**. Lexington, MA : Lexington Books, 1980.
- DICICCO, L. et al. **Confronting denial: An alcoholism intervention strategy**. Psychiatric Annals, 8: 596-606, 1978.
- Diclementi, C.C. et al. **Self-efficacy and the stages of self-change in smoking**. Cognitive Therapy and Research, 9: 181-200, 1985.
- DICLEMENTI, C.C. **Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report**. Cognitive Therapy and Research, 5: 175-187, 1981.
- FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. **Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients**. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 47: 25-38, 1979.
- FOX, R. **A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism**. American Journal of Psychotherapy, 123: 769- 778, 1967.
- GODDING, P.R. & GLASGOW, R.E. **Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status**. Cognitive Therapy and Research, 9: 583-590, 1985.
- GORDON, T. **Parent effectiveness training**. New York : Wyden, 1970.
- GOTTHEIL, E. et al. **Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse**. Springfield, IL : Charles C Thomas, 1981.
- HANDMAKER, N.S. **Motivating pregnant drinkers to abstain: prevention in prenatal care clinics**. Doctoral dissertation. University of New Mexico, 1993.
- HEATHER, N. et al. **Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards**. Drug and Alcohol Review, 15: 29-38, 1996.
- HESTER, R.K. & MILLER, W.R. (Eds.) **Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives**. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1989.
- 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, 51(4): 356-360, 1990.
- LEMERE, F. et al. **Motivation in the treatment of alcoholism**. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 19: 428-431, 1958.
- LEVENTHAL, H. **Fera appeals and persuasion: The diferentiation of a motivation construct**. American Journal of Public Health, 61: 1208-1224, 1971.
- MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. (Eds.) **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York : Guilford Press, 1985.
- MCLELLAN, A.T. et al. **Increased effeciveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment matching**. Journal of Nervous and Mental Disease, 171: 597-605, 1983.
- MILLER, W. R. **Alcoholism scales and objective assessment methods: A review**. Psychological Bulletin, 83: 649- 674, 1976.
- MILLER, W.R. & HESTER, R.K. *"The effectiveness of alcoholism treatment methods: What*

- research reveals*". IN: W.R. Miller & N. Heather (Eds.) **Treating addictive behaviors: Processes of change**. New York : Plenum Press, 1986b. p.175-203.
- MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior**. New York: The Guilford Press, 1991.
- MILLER, W.R. & SOVEREIGN, R.G. "*The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors*". IN: T. Loberg et al (Eds.) **Addictive Behaviors: Prevention and early intervention** Amsterdam : Swets & Zeitlinger, 1989. p. 219-231.
- MILLER, W.R. & TAYLOR, C.A. **Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers**. *Addictive Behaviors*, 5: 13-24, 1988.
- MILLER, W.R. et al. **Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3): 455-461, 1993.
- MILLER, W.R. et al. **Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 590-601, 1980.
- MILLER, W.R. et al. **Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention**. *Behavioural Psychotherapy*, 16(4): 251-268, 1988.
- MILLER, W.R. **Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism**. *Psychological Bulletin*, 98: 84-107, 1985b.
- MILLER, W.R. **Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism**. *Psychological Bulletin*, 98(1): 84-107, 1985.
- MILLER, W.R. **Motivational interviewing with problem drinkers**. *Behavioral Psychotherapy*, 1: 147-172, 1983.
- MILLER, W.R. Palestra proferida no II Encontro de Dependências, realizado em Recife, 1997.
- MOORE, R.C. & MURPHY, T.C. **Denial of alcoholism as an obstacle to recovery**. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22: 597-609, 1961.
- MOSKOWITZ, J.M. **The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature**. *Journal of Studies on Alcohol*, 50: 54-88, 1989.
- MOYERS, T.B. & YAHNE, C.E. **Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks**. *Journal of Substance Misuse*, 3: 30-33, 1998.
- NOONAN, W.C. & MOYERS, T.B. **Motivational interviewing**. *Journal of Substance Misuse*, 2: 8-16, 1997.
- 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., New York: Oxford University Press, 1977.
- ORFORD, J. **A comparison of alcoholics whose drinking is totally uncontrolled and those whose drinking is mainly controlled**. *Behavior Research and Therapy*, 11: 565-576, 1973.
- ORFORD, J. **Excessive appetites: A psychological view of addictions**. New York : Wiley, 1985.
- PARKER, M.W. et al. **Patient autonomy in alcohol rehabilitation : I. Literature Review**. *International Journal of the Addictions*, 14:1015-1022, 1979.
- PATTERSON, G.R. & FORGATCH, M.S. **Therapist behavior as a determinant for client not compliance: A paradox for the behavior modifier**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 846-851, 1985.
- PREMACK, D. "*Mechanisms of self-control*". IN: W.A. Hunt (Ed.) **learning mechanisms in smoking**. Chigaco : Aldine, 1970. p.107-123.

- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTI, C.C. **Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change**. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288, 1982.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. **In search of how people change: applications to addictive behaviours**. *Am Psych*, 7:1101-1114, 1992.
- RICHMOND, nome et al. título 1995.???**
- ROGERS, C.R. & MEWBORN, C.R. **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*, 34: 54-61, 1976.
- ROKEACH, M. **The nature of human values**. New York : Free Press, 1973.
- ROLLNICK, S. & MILLER, W.R. **What is motivational interviewing?** *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 23: 325-334, 1985.
- ROLLNICK, S. et al. **Methods of helping patients with behavior change**. *British Medical Journal*, 307: 188-190, 1993.
- SAUNDERS, et al. título, 1995. ???**
- SENFT, nome et al. título 1995. ???**
- SKUTLE, A. & BERG, G. **Training in controlled drinking for early-stage problem drinking**. *British Journal of Addiction*, 82: 493-502, 1987.
- SOLOMON, K.E. & ANNIS, H.M. **Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior**. *British Journal of Addcition*, 85: 659-665, 1990.
- STEPHENS, nome et al. título 1993. ???**
- TIEBOUT, H.M. **Surrender vs compliance in therapy: With special reference to alcoholism**. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 14: 58-68, 1953.
- TIEBOUT, H.M. **The ego factors in surrender in alcoholism**. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15: 610-621, 1954.
- TRICE, H.M. **A study of the process of affiliation with Alcoholics Anonymous**. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18: 39-54, 1957.
- VAILLANT, G.E. **The natural history of alcoholism: Causes, patterns, and paths to recovery**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983.
- WILKINSON, D.A. & LEBRETON, S. "*Early indications of treatment outcome in multiple drug users*". IN: W.R. Miller & N. Heather (Eds.) **Treating addictive behaviors: Processes of change**. New York : Plenum Press, 1986. p.239-261.
- WILSON, W.H. **Sobriety: Conversion and beyond**. *Maryland State Medical Journal*, 26 (4): 85-91, 1977.
- 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.

RESPOSTAS DOS AUTORES

QUESTÃO 1: E

QUESTÃO 2: C

QUESTÃO 3: A Entrevista Motivacional visa estimular a mudança de comportamento do cliente, auxiliando-o na exploração e resolução de sua ambivalência.