

• **A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança**

The Motivational Interview: conversations about changes

La Entrevista Motivacional: conversaciones sobre mudanza

Neliana Buzi Figlie¹
Lívia Pires Guimarães²
Unifesp

Resumo: Entrevista Motivacional é um estilo de conversa colaborativa que almeja o fortalecimento da motivação do cliente e seu comprometimento com a mudança. Desde 1983, quando foi lançada, vem sofrendo modificações, a fim de tentar se adaptar à complexidade que pauta a relação profissional-cliente. A partir desta perspectiva, este artigo é desenvolvido com o objetivo de apresentar a proposta da Entrevista Motivacional, bem como suas transformações e modificações mais recentes, discorrendo sobre os princípios, estratégias e armadilhas, com destaque a ideia do “espírito da Entrevista Motivacional, alicerçado a partir de quatro elementos, sendo eles a parceria, a aceitação, a evocação, a compaixão e atuação profissional com equilíbrio e equanimidade. Apresenta os quatro processos fundamentais para a realização da Entrevista Motivacional que são desenvolvidos por meio do engajamento, do foco, da evocação e do planejamento, permeados pela aplicação da metodologia PARR (Perguntas abertas – afirmação- reforço positivo e reflexões em uma relação de duas estratégias para cada uma pergunta, de preferência aberta). As pesquisas atuais demonstram evidências positivas quando a Entrevista Motivacional é utilizada no início do tratamento; além disso, pode-se perceber que seus efeitos surgem rapidamente, mas tendem a diminuir após 12 meses, sendo este último aspecto uma das razões de sucessivas modificações nesta abordagem. A Entrevista Motivacional é trabalhada atualmente enquanto uma abordagem que, por meio de testes e adaptações com rigor científico, visa estabilizar a ambivalência e agregar uma visão humanista e construtivista nas modificações de comportamentos de risco.

Palavras-Chave: Entrevista Motivacional, ambivalência, mudança no comportamento.

Abstract: *Motivational Interviewing (MI) is a collaborative type of conversation focused on strengthening the motivation and commitment to change. Launched in 1983, it has undergone changes aimed at adapting to the complexity inherent to the professional-client relationship. From this perspective, this article was written so as to present MI's proposal and its most recent transformations. It describes its principles, strategies and traps, and also introduces the “MI's spirit” idea, based on four elements, namely*

¹ Psicóloga, Especialista em Dependência Química (UNIAD), Mestre em Saúde Mental e Doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, Pesquisadora Sênior do INPAD (Instituto Nacional de Pesquisa do Álcool e Drogas do CNPQ) Contato: Rua Leandro Dupret, 204 – Conj. 92 – São Paulo – SP – CEP: 0425-011 –Tel.: (11) 3807-3327. E-mail: neliana_figlie@uol.com.br , Brasil.

² Psicóloga, Especialista em Dependência Química (UNIAD), em Criminologia (PUCMINAS/ ACADEPOL), e em Gestão Pública em Organizações de Saúde (UFJF), Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais (UFJF), Professora e Coordenadora do Curso de Especialização em Dependência Química (PUCMINAS). Contato: Av. Afonso Pena, 3111 – sl 1311 – Funcionários – Belo Horizonte – MG – CEP: 30.130-909. Tel.: (31) 8873-8910. E-mail: liviapiresg@yahoo.com.br , Brasil.

partnership, acceptance, evocation and compassion. The article also presents MI's basic premises and processes, which are developed by means of engagement, focus, evocation and planning. It displays the positive evidences seen when MI is utilized in the beginning of the treatment. In addition, its effects are quickly noticed, but yet tend to decrease after a period of 12 months, and this latter aspect is one of the reasons why MI has undergone successive modifications. MI is currently developed as an approach that, by means of tests and adaptations following scientific rigor, aims at stabilizing ambivalence and add a humanist and constructivist vision to changes to be made to risk behavior.

Keywords: *Motivational Interviewing, Motivation, Ambivalence, Behavioral Change.*

Resumen: *La Entrevista Motivacional (EM) es un estilo de conversación colaborativa orientada para el fortalecimiento y aumento de la motivación y del comprometimiento con el cambio. Desde 1983, cuando fue lanzada, viene sufriendo modificaciones, con el fin de intentar adaptarse a la complejidad que pauta la relación profesional-cliente. A partir de esta perspectiva, este artículo fue desarrollado con el objetivo de presentar la propuesta de la EM, sus transformaciones y modificaciones más recientes, extendiéndose hasta sus principios, estrategias y trampas, destacando también la idea del “espíritu de la EM”, afirmado a partir de cuatro elementos, siendo ellos el trabajo conjunto, la aceptación, la evocación y la compasión. Presenta los cuatro procesos fundamentales para la realización de la EM, que son desarrollados por medio del compromiso, el foco, la evocación y la planificación, permeados por la aplicación de la metodología de la PARR (Preguntas abiertas – afirmación- refuerzo positivo y reflexiones, en una relación de dos estrategias para cada pregunta de preferencia abierta). Las investigaciones más recientes, muestran evidencias positivas cuando la EM es utilizada en el inicio del tratamiento; además, se puede percibir que sus efectos surgen rápidamente, pero tienden a disminuir y tras 12 meses, siendo este último aspecto una de las razones de sucesivas modificaciones en este abordaje. La EM es trabajada actualmente como un abordaje que a través de tests y adaptaciones con rigor científico, busca estabilizar la ambivalencia y agregar una visión humanista y constructivista en las modificaciones de comportamientos de riesgo.*

Palabras-Claves: *Entrevista Motivacional, ambivalencia, mudanza en él comportamiento.*

Introdução

O surgimento da Entrevista Motivacional (EM), desde 1983, quando foi lançada, representa uma contribuição efetiva no cenário do tratamento da dependência química, uma vez que revisões recentes atestam sua eficácia (Vasilaki, E.I., Hosier, S.G. & Cox, M., 2006; Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F.P., 2001). Essa técnica, originalmente descrita pelos psicólogos William Miller e Stephen Rollnick da Universidade do Novo México (Estados Unidos), em Cardiff University, Wales tem como objetivo a modificação do comportamento de risco por meio da exploração

e resolução da ambivalência dos clientes, quando estes querem e ao mesmo tempo, não querem se comprometer a mudar determinado comportamento. Inicialmente, em sua primeira edição, a EM concentrava-se em pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Contudo, logo após a sua primeira publicação, várias outras pesquisas foram realizadas e atualmente é possível encontrar vários ensaios clínicos randomizados sobre a técnica em projeção (Lundahl, B e outros, 2010; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2009). Percebeu-se, então, que a EM poderia ampliar seu campo de intervenção, sendo encontradas pesquisas sobre traumatismo craniano (Bell, K.R. e outros, 2005), saúde cardiovascular (Beckie, T.M., 2006), odontologia (Weinstein, P. e outros, 2006), diabetes (West, D.S., 2007), dietas (Brug, J. e outros, 2007), transtornos da alimentação e obesidade (Dunn, E.C. e outros, 2006), família e relacionamentos (Cordova, J.V. e outros, 2005), jogo patológico (Wulfert, E. e outros, 2006), promoção de saúde (Elliot, D.L. e outros, 2007), dentre outros.

Em sua primeira publicação, em 1985, a EM chama à atenção para os seus princípios, estratégias e armadilhas. Em sua segunda edição (Miller, W.R. & Rollnick, S., 2002), os autores propuseram a ideia de que os profissionais compreendessem e trabalhassem o “espírito” da EM, que é descrito como colaborativo, evocativo e com respeito pela autonomia do cliente. Em 2008, Miller e Rollnick ousam em sua proposta e publicaram “Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde”, ampliando o público-alvo que pode se beneficiar da abordagem. Contudo, após tantas adaptações, os autores ainda pensaram que seriam necessárias mais mudanças para a real compreensão e efetividade da EM e fizeram uma nova publicação em 2013, na qual propuseram significativas mudanças paradigmáticas (Figlie e outros, 2015 no prelo).

Trata-se de uma evolução no campo da clínica das dependências químicas, pois até então vários tipos de tratamento pregavam que só poderiam ajudar o cliente se este desejasse. Nesse contexto, é importante dar-se conta de que a hesitação faz parte da natureza humana e nem todos os clientes estarão preparados, desejosos e habilitados para mudar algum hábito ou comportamento. Para esses clientes, pouco preparados, desejosos e habilitados para mudar algum comportamento de risco, a EM propõe-se a ajudar a pessoa a resolver sua ambivalência/conflicto e desta forma tomar uma decisão que almeje a reabilitação como pessoa e não apenas a abstinência (Figlie e outros, 2015 no prelo; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2001).

Definição da Entrevista Motivacional

De acordo com Miller e Rollnick (2013), a EM é um estilo de conversa colaborativa voltado para o fortalecimento da sua própria motivação e

comprometimento com uma mudança. Por se tratar de uma abordagem que tem uma meta específica, que é resolver a ambivalência, é compreendida com caráter de intervenção breve, podendo assim, ser utilizada por uma ampla gama de profissionais em diferentes serviços.

As premissas básicas que auxiliam o profissional na prática da EM são empatia, congruência, espírito colaborativo no aumento da motivação para a mudança; adoção de um estilo calmo e eliciador; considerar a ambivalência natural (a motivação para a mudança deve ser eliciada no cliente e não imposta); a resistência pode ser reduzida ou aumentada através das interações interpessoais (o profissional é diretivo em auxiliar o cliente a examinar e resolver a ambivalência); o relacionamento *cliente-profissional* deve ser colaborativo e amigável; clientes são responsáveis pelo seu progresso (o profissional atua como um facilitador no processo, estimulando e apoiando a autoeficácia do cliente); a abstinência é a meta mais segura, mas nem sempre a melhor escolha, principalmente com clientes em pré-contemplação ou contemplação (Figlie e outros, 2015 no prelo; Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009).

Há 26 anos surgiu, a primeira descrição de EM. Tal fato confere a essa abordagem sua modernidade e, por isso, surgem confusões de conceitos com outras abordagens e ideias. Em uma recente publicação, Miller e Rollnick (2009), listaram dez coisas que a EM não é, como uma forma de esclarecer sua conceituação e definição (p. 129-140) que consistem em: EM não é baseada no Modelo Transteórico; EM não é um meio de enganar o cliente para fazer o que ele não quer fazer; EM não é uma técnica; EM não é balança decisória; EM não requer avaliações/*feedback*; EM não é terapia cognitivo-comportamental; EM não é apenas o aconselhamento centrado no cliente; EM não é fácil; EM não é uma panacéia.

Assim, para que a aprendizagem da EM ocorra, é preciso que o profissional tenha como alvo passar por oito estágios, sendo eles: Trabalhar em parceria com o cliente, baseando no reconhecimento de que é o especialista em sua própria vida; Habilidade em oferecer um aconselhamento centrado no cliente, incluindo empatia precisa; reconhecer os aspectos chave das falas do cliente norteadoras para a prática da EM; Eliciar e fortalecer as falas de mudança do cliente; Lidar com a resistência; Negociar um plano de ação; Consolidar o compromisso do cliente com a mudança; Ser flexível no uso da EM juntamente com outros estilos de intervenção (Figlie e outros, 2015 no prelo).

Espírito da Entrevista Motivacional

A fim de facilitar ainda mais a compreensão da abordagem, os autores ainda nos convidam para que compreendamos o “Espírito da EM”, que envolve um

estilo colaborativo, evocativo e com respeito à autonomia do cliente (Miller, W.R., 2013). Ao espírito da EM compõem quatro elementos (Figlie e outros, 2015 no prelo), sendo eles:

1. **Parceria:** A EM é feita “com” e não “para” a pessoa. Trata-se de uma proposta que tira o profissional da zona de conforto de do comodismo, na medida em que não basta uma atitude pontual, demarcada e limitada ao tempo da consulta. Trata-se de um elemento que reforça a necessidade do terapeuta interagir e se interessar pela história e evolução do cliente e não se ater a uma conduta prescritiva. Nesta perspectiva, a EM convida o profissional a construir em seu trabalho uma postura equilibrada na tensão entre seguir o indivíduo e também, guiá-lo. O profissional e o cliente procuram saídas juntos. Se ainda assim, está inviável para a pessoa alcançar a saída, o profissional continua o processo junto com o cliente. Trata-se de uma proposta do possível em detrimento da proposta do ideal para o indivíduo. A adesão se dá pela própria permanência da caminhada em conjunto.

2. **Aceitação:** Para a compreensão da EM, a aceitação tem forte influência nas obras de Carl Rogers e propõe que o profissional se interesse e valorize o potencial de cada indivíduo. Aceitar a pessoa não significa necessariamente que o profissional aprova ou endossa o status quo¹ ou as ações do cliente, ou seja, se o profissional aprova ou reprova é irrelevante. A aceitação consiste no reconhecimento absoluto, na empatia acurada, no suporte à autonomia do cliente e no reforçamento positivo de falas, e posturas em prol da saúde e integridade de vida do cliente. No reconhecimento absoluto também há uma compreensão na forma do respeito às particularidades do outro, acreditando que este mesmo outro, na sua unicidade, é capaz e tem seu valor próprio. Esta perspectiva parte do pressuposto de que, quando o indivíduo se sente de alguma forma julgado ou suas ações não são respeitadas ou no mínimo, acolhidas, este se vê imobilizado para a mudança. Paradoxalmente, quando o profissional aceita o cliente da forma como este se lhe apresenta (vale lembrar que aceitar não implica em concordar), este se sente aceito e por isso mesmo, mais livre e disposto para experimentar movimentos de mudança naturalmente. Na perspectiva da empatia acurada, há o convite de que o profissional se interesse verdadeiramente pelo cliente e procure se esforçar intensamente para compreendê-lo. A empatia acurada não consiste na identificação do profissional com o cliente, tampouco em sentimentos que remetam à piedade ou à camaradagem. Consiste no real envolvimento. Contudo, para que o profissional consiga verdadeiramente ajudar seu cliente, ele deve se envolver ativamente com a sua história - o que ele não deve é misturar sua própria história com a história de quem pretende ajudar. Não cabe ao profissional o julgamento, tampouco a imposição ou influência de suas próprias ideias. O julgamento, bem como outras abordagens, faz com que o profissional não escute

¹ O status quo consiste em um termo em latim que quer dizer estado atual e está relacionado a estados dos fatos, situações e coisas, independentemente do momento. Status quo é a condição.

o cliente e sim, a si mesmo (aos seus próprios valores, percepções do que seja certo ou errado, melhor ou pior para o outro, suposições e/ou interpretações). Este processo faz com que o profissional atue com uma intervenção prescritiva. A proposta da EM é que, no final das contas, o cliente escute a si mesmo e se dê conta de suas motivações e ambivalências, assumindo uma decisão perante seu comportamento de risco. Para que o processo de aceitação se fortaleça, os autores sugerem ainda a necessidade de fortalecer o apoio à autonomia, na medida em que o profissional respeita a autonomia do cliente e reconhece sua capacidade de direcionar a própria vida. Para alguns profissionais este movimento pode ser difícil de ser feito, quando o cliente pode fazer escolhas e tomar atitudes que, na visão do profissional, não corresponderia ao que haveria de melhor para o seu cliente. Mesmo motivado por boas intenções, agindo desta forma o profissional corre o risco de induzir, coagir ou controlar o cliente, desconstruindo assim, o processo de aceitação. Finalmente, para a EM a aceitação se completa quando há o movimento de afirmação pelo profissional, quando este busca reconhecer os pontos fortes da pessoa e reforçá-los de forma positiva.

3. **Evocação:** Evocar as forças que motivam a pessoa, ao invés de persuadir. Evocar quer dizer lembrar, recordar. Motivação vem de motivo, que quer dizer aquilo que pode fazer mover, motor que causa ou determina alguma coisa. A motivação é um recurso interno. A evocação traz a proposta de ajudar o cliente a se recordar de elementos próprios e únicos que podem se tornar motivos para que haja uma mudança de comportamento. Neste sentido, os autores da EM chamam à atenção para que os profissionais tomem cuidado e não se deixem influenciar por uma conduta na qual intitulam “reflexo de endireitamento” (Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013, p. 5), que seria o desejo do profissional de tentar corrigir no outro aquilo que lhe parece errado, modificando o curso das ações a partir de suas próprias perspectivas ou do local de trabalho. Muitos modelos de aconselhamento partem do princípio de que há algum déficit na pessoa, que justificaria a sua busca de ajuda profissional. A EM vai em direção oposta a este modelo, uma vez que parte do pressuposto de que quem tem a verdade ou as respostas para os questionamentos é o próprio cliente; cabe ao profissional evocar estas informações e empoderar o indivíduo quanto a este saber de si mesmo.

4. **Compaixão:** Promover ativamente o bem-estar do outro, priorizando suas necessidades. De acordo com o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis (Michaelis, 1998, p. 544), a compaixão é definida como “dor que nos causa o mal alheio” e é sinônimo de comiseração, dó, pena e piedade. Em seu sentido etimológico, a compaixão é composta pelo prefixo “com”, que traz a idéia de companhia, e o verbo “partior, pateris, passus sum”, que significa sofrer, suportar. A compaixão é compreendida como o sentimento que se compartilha com o semelhante (Gomes, L.A., 2010, p. 2-12), que, na ética de Schopenhauer, é a

saída para o homem ser bondoso e justo, e romper com o egoísmo. A compaixão pode ser compreendida como um meio de tentar fazer o profissional se aproximar mais verdadeiramente da pessoa e não do problema dela. Uma vez que o profissional consegue ter acesso à unicidade de cada um, torna-se possível uma melhor compreensão das complexidades individuais que dificultam as mudanças de comportamento. É um ato de aproximar-se para verdadeiramente ajudar. Os autores reforçam o convite para “colocar a mão na massa” JUNTO com a pessoa e não PELA pessoa. Por isso eles também propõem a parceria (Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009).

Os Processos da Entrevista Motivacional

A EM atualmente é descrita na confluência de quatro processos que são apresentados sequencialmente e devem ser visualizados sob a forma de degraus, a saber (Figlie e outros, 2015 no prelo):

Engajamento: consiste na construção de uma aliança terapêutica. Quando o profissional consegue estabelecer uma boa aliança terapêutica com o cliente, há mais engajamento no tratamento, possibilitando que haja uma maior adesão ao mesmo. Aqui, o engajamento é definido como um processo de construção em uma relação de ajuda, que busca uma solução para o problema apontado. Esta relação é pautada no respeito e na confiança mútuos. O cliente engajado não é passivo ao seu próprio processo de mudança.

Foco: a construção do foco está no desenvolvimento e manutenção da direção específica da conversa para a mudança. O cliente durante o atendimento pode estar muitas vezes envolto em uma série de acontecimentos e sua tendência pode ser a de se concentrar nos sintomas ou nos fatos mais recentes que o levaram até ali, subvalorizando ou até mesmo desconhecendo o fator “causa”. Cabe ao profissional se preocupar em manter o foco durante o atendimento, para que a conversa não se perca no meio do caminho. Manter o foco na conversa ajuda na elaboração e no resgate do sentido, bem como possibilita a construção de uma direção para a mudança.

Evocação: evocar consiste no movimento do profissional de extrair da pessoa os próprios sentimentos concernentes ao propósito de mudança. Esta é a essência da EM. Todas as conclusões ou caminhos a serem percorridos, devem ser uma conclusão que o cliente alcança sozinho, com o auxílio do profissional e não com a sua indução. A resposta para as questões deve ao final, sair da boca do cliente, como se fosse realmente uma grande descoberta!

Planejamento: o planejamento está na construção do movimento de “quando” e “como” mudar. Tomando-se como base os estágios de prontidão para a mudança, há um momento em que o cliente diminui os seus questionamentos e começa a se preparar para uma tomada de atitude. Neste momento, o planejamento é funda-

mental, uma vez que desenvolve a formulação de um plano de ação específico, podendo encorajar o cliente a aumentar seu compromisso com a mudança. A construção do planejamento não deve ser prescrito e sim, evocado do cliente; da mesma forma, não deve ser pontual e deve ser sempre revisto. Quando há ensaios rumo ao movimento para a mudança, o planejamento torna o cliente mais seguro, uma vez que promove sentimentos de auto-eficácia pautados na sua autonomia e nas suas tomadas de decisões.

Metodologia da Entrevista Motivacional: PARR

Embora a reflexão seja a estratégia-chave na EM, é importante salientar que a metodologia não consiste apenas no uso de reflexões. A metodologia consiste na utilização de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação de no mínimo 2:1, ou seja, a utilização de cada duas estratégias para cada pergunta, com preferência das reflexões (Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013; Figlie, 2013). Nesta relação, para cada vez que o profissional escolher fazer uma pergunta aberta, as outras duas estratégias deverão ser, preferencialmente, qualquer das outras disponíveis. Neste contexto, as perguntas são utilizadas em menor proporção porque espera-se que todas as estratégias possam gerar mais reflexão no cliente. A própria reflexão do cliente possibilita que ele fale mais do que o profissional e tenha oportunidade de ouvir a si mesmo - muito mais do que ao profissional - de descobrir coisas por si mesmo e, ao final, perceber que é capaz de discernir, fazer escolhas, tomar decisões e agir. Mesmo com estas possibilidades de estratégias a serem utilizadas por parte do profissional, o protagonismo deve ser sempre do próprio cliente (Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009). As estratégias podem ser definidas sob o acrônimo PARR (Figlie e outros 2015, no prelo; Figlie, 2013; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013; Miller, W.R., Yahne, C. E. & Moyers, T. B., 2004) sendo eles:

Fazer Perguntas Abertas: uma boa maneira de começar a terapia é fazer as perguntas de modo que encoraje o cliente a falar o máximo possível. As perguntas abertas são aquelas que não podem ser respondidas facilmente com uma palavra ou frase simples. Fazer perguntas abertas é um convite ao cliente para que ele possa refletir e elaborar, uma vez que, para a EM, não é a resposta para aquilo que o profissional quer saber, que é o mais importante.

Refletir: Trata-se da principal estratégia na EM e deve constituir uma proporção substancial durante a fase inicial da EM, principalmente entre os pré-contempladores e os contempladores. O elemento crucial na escuta reflexiva é como o profissional responde ao que o cliente diz. Para que a escuta reflexiva ocorra, esse processo deve ser horizontal, objetivo e direto. Ao refletir, o profissional se coloca na relação, mas ao mesmo tempo, deve ser fiel ao que o cliente disse. Por este motivo, a EM não trabalha com interpretação. As relações com o cliente são autênticas e deve permitir que ele expresse abertamente seus sentimentos e

atitudes sobre o seu comportamento e o processo mudança. Oferecer uma escuta reflexiva requer treinamento e prática para pensar reflexivamente.

Afirmar – Reforço Positivo: O reforço positivo também tem seu lugar no tratamento, sendo isso uma das peculiaridades na EM. Pode ser realizado através de apoio e oferecimento de apreciação e compreensão por parte do profissional. É importante ter em mente a ideia de reconhecer comportamentos, situações ou pensamentos que ocorram na relação terapêutica ou que o profissional tenha evidências concretas de sua existência, pois, caso contrário, o reforço positivo pode funcionar como uma barreira para escutar o cliente se não for verdadeiro. Podemos utilizar uma metáfora, no qual o profissional pode enxergar o copo meio vazio ou o copo meio cheio - no reforço positivo, há o reconhecimento do copo meio cheio, valorizando o que já foi conquistado até o momento. O reforço não pode ser uma forma de indução; desta forma, vale ressaltar que quem produz mudanças é o cliente e não o profissional. Esta perspectiva convida a uma mudança paradigmática comum a muitas práticas clínicas, que utilizam a intervenção contra o fato negativo, com a crença de que, confrontando o que está “ruim”, “errado” ou “mal”, o cliente terá mais condições de se mover em direção à mudança. O reforço positivo é uma forma de apoio autêntico, de incentivo e de verdadeiro reconhecimento daquilo que há de valor em cada ser humano - e não de oferecer um mero elogio.

Resumo: Resumos podem ser utilizados para conectar os assuntos que foram discutidos, demonstrando que você escutou o cliente, além de funcionarem como estratégia didática para que o cliente possa organizar suas ideias. Em um atendimento onde há a construção de uma aliança terapêutica e o cliente se sente seguro e à vontade para promover “uma tempestade de ideias”, nem sempre ele consegue alcançar a dimensão de tudo aquilo que ele próprio disse. Estas conexões não precisam se dar exclusivamente com os assuntos do mesmo atendimento; ao contrário, o profissional tem liberdade, quando ver esta necessidade, de resumir um processo, não somente uma fala, permitindo ao cliente a oportunidade de perceber que de fato há um interesse e um acompanhamento por parte do profissional. O cliente pode ver que o profissional “não se esquece das coisas que ele disse”.

Informar e Aconselhar: A EM entende que o manejo de clientes ambivalentes no auxílio ao movimento para a mudança é bastante particular e por este motivo, requer intervenções específicas. Neste contexto, percebe-se como errônea a crença de que o profissional não pode aconselhar ou fornecer informações aos clientes. Os clientes ambivalentes em uma abordagem completamente não diretiva podem se sentir confusos ou inseguros. Por este motivo, a EM encoraja os profissionais a fornecerem informações e conselhos, principalmente quando os clientes pedirem, desde que estas sejam importantes e complementares ao processo de construção e descoberta deles.

Armadilhas

A premissa, na fase inicial da terapia, é a de que o cliente está ambivalente (Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2001). Uma vez que a ambivalência tenha sido entendida e ultrapassada, a pessoa estará mais próxima de tomar a decisão de mudar. É comum, na fase inicial do tratamento, surgirem armadilhas. A primeira sessão é crucial e determina o tom e as expectativas para a terapia. Como vimos, as ações do terapeuta podem ter uma influência poderosa sobre a resistência do cliente e sobre os resultados em longo prazo. É, portanto, importante adotar a abordagem adequada desde o início e evitar cair em algumas armadilhas que podem comprometer o progresso do cliente no tratamento (Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013; Figlie, N.B. & Paya, R., 2004; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2001).

Armadilha da Avaliação: o cotidiano do profissional que atua tanto em instituições quanto no desenvolvimento do trabalho autônomo, demanda que, muitas vezes, haja a necessidade do preenchimento de fichas, protocolos e bateria de testes. A preocupação do profissional em atender a demanda de fazer uma anamnese completa, pode criar uma esfera que deixa o cliente passivo e o profissional ativo, uma vez que ele passa a ser o detentor do poder de direcionar as perguntas para aquilo que ele próprio quer ou precisa saber. Esta armadilha traz muitas desvantagens, uma vez que desempodera o cliente, fazendo assim um movimento oposto ao espírito da EM. Este desempoderamento pode dificultar a construção da aliança terapêutica e deixar o cliente em uma posição acomodada de limitar-se a responder aos questionamentos do profissional. Contudo, vale ressaltar que a Avaliação pode e deve ser utilizada dentro de uma atmosfera de fornecer informações e subsídios para que o cliente realize seu processo de mudança.

Armadilha do Especialista: o terapeuta entusiasmado e competente pode dar a impressão de que tem todas as respostas, conduzindo o cliente a um papel passivo. A EM tem como objetivo dar ao cliente a oportunidade de explorar e resolver sua ambivalência por si mesmo. Haverá momentos para a opinião do especialista, mas o foco deve ser o de estimular a motivação do próprio cliente. Para a EM é errônea a ideia de que é o profissional quem deve estar no controle. Esta crença não se aplica porque em um processo terapêutico a relação não é de poder. Desta forma, o profissional não precisa se preocupar para investigar uma série de informações para emitir um parecer, um diagnóstico ou dizer ao cliente o que ele precisa fazer. Esta perspectiva torna a relação desigual.

Armadilha da Rotulação: profissional e cliente também podem ser facilmente seduzidos pela questão da rotulação diagnóstica. Muitas vezes, pode haver um processo subjacente de briga por poder, na qual o profissional busca afirmar seu controle e conhecimento ou uma comunicação de julgamento. Outras vezes, o profissional é qualificado de modo a compreender que, para que possa utilizar

seu saber em prol do cliente, deve dar algum nome para a situação com a qual se depara no momento. Para alguns clientes, por outro lado, até mesmo pequenas frases aparentemente inofensivas, como “seu problema com...”, podem gerar sentimentos de pressão e desconforto, evocando uma resistência prejudicial ao progresso. Os problemas podem ser inteiramente explorados sem o uso de rótulos. Muitas vezes, a preocupação pode ser do cliente e a nossa resposta pode ser muito importante. Também não há motivos para desencorajar os clientes a aceitarem um diagnóstico, se estiverem inclinados a isso. Nossa ênfase é não entrar em discussões quanto a rótulos.

Armadilha do Foco Prematuro: não é incomum que o profissional queira concentrar-se logo de imediato nas questões relacionadas ao uso abusivo de álcool/drogas, enquanto o cliente quer discutir outras questões. Neste momento, o profissional pode equivocadamente, preocupando-se primeiro em resolver o problema que lhe é demandado para depois começar a estabelecer uma aliança terapêutica com o cliente. O importante é evitar o envolvimento em disputas quanto ao tópico mais adequado para as primeiras conversas. Começar pelas preocupações do cliente evitará que essa armadilha aconteça.

Armadilha da Culpa: Outra armadilha muito comum encontrada nas primeiras sessões é a preocupação do cliente com a causa do problema ou o culpado por este, que, se não for tratada adequadamente, poderá tomar muito tempo e energia em atitudes de defesa. A chave, aqui, é que a culpa é irrelevante e isso pode ser enfrentado com o auxílio e a reformulação das preocupações do cliente. Uma explicação estruturada oferecida no início da terapia também pode ser útil, uma vez que, se o cliente tiver um entendimento claro dos objetivos do trabalho, as questões sobre a culpa podem ser evitadas.

Armadilha do Bate Papo: após conhecer o espírito da EM ou mesmo animados com as perspectivas humanistas, o profissional pode se entusiasmar no desejo intenso de construir uma aliança terapêutica com o cliente e cair neste tipo de armadilha. O cliente ambivalente, particularmente o pré-contemplativo e os contemplativo, pode trazer para o atendimento assuntos amenos, que nada têm à ver com a proposta de trabalho. Ceder à “conversa fiada” pode ser educado e até estratégico para que o cliente se sinta à vontade; contudo, cabe ao profissional ficar atento para que este tipo de conversa se estenda por muito tempo. Estudos apontam que atendimentos que tinham tempos elevados de conversa informal entre profissional e cliente, predispuseram que estes apresentassem níveis mais baixos de motivação para a mudança e adesão ao tratamento.

Equilíbrio e Equanimidade

A EM traz a ideia de equanimidade que remete à perspectiva do aconselhamento com neutralidade. Partindo de sua base conceitual, a EM tem

como base evocar os motivos para a mudança. Desta forma, a neutralidade já estaria, em si mesma, implícita. Contudo, pode haver casos mais urgentes e graves, onde o fator tempo para a decisão, por exemplo, precisa ser considerado. Nestes casos, uma abordagem completamente não diretiva poderia não ter validade e não auxiliar o indivíduo em processos de mudança (Figlie e outros, 2015 no prelo; Miller, W.R., 2012).

O espírito de EM indica um tipo de equanimidade como uma característica geral desta prática. Esta qualidade por parte do profissional é bastante diferente da escolha consciente de aspiração por parte do profissional: atuar estrategicamente em direção a objetivo particular mudança no cliente, ou intencionalmente manter a neutralidade com relação às mudanças de objetivos do cliente (equilíbrio). Ambas as escolhas que envolvem a equanimidade, e exigem atenção intencional, consciente e habilidades interpessoais (Miller, W.R., 2012).

É importante distinguir equilíbrio de equanimidade. A equanimidade é uma espécie de presença que gostaríamos de ter como parte do espírito da entrevista motivacional, não importa o que estamos fazendo. Como equilíbrio, estamos falando de uma situação particular que tem a ver com a aspiração do profissional à pergunta: “Devo proceder estrategicamente para favorecer a resolução da ambivalência em uma direção particular?”. A EM foi originalmente desenvolvida para o profissional que tem a intenção de resolver a ambivalência em uma determinada direção. O termo “equilíbrio” não faz qualquer sentido até que se tenha um objetivo de mudança, porque é equilíbrio sobre algo. Exemplo: “Eu estou disposto a perseguir aspirações de mover meu cliente em uma determinada direção?”. O equilíbrio envolve uma escolha consciente do que você almeja ou não. Agora, se você muda sua escolha em favor do que o cliente lhe comunica, estamos falando em equanimidade e ambas as situações envolvem equanimidade. Ambas envolvem uma abordagem colaborativa, reconhecendo que é o cliente que toma a decisão (Figlie e outros, 2015 no prelo; Miller, W.R., 2012).

Para clarificar o conceito de equanimidade: Imagine uma situação onde o cliente esteja ambivalente quanto a divorciar-se ou manter-se casado ou fazer uma eutanásia, por exemplo. São situações complexas e suas decisões são difíceis de serem tomadas, porque suas conseqüências são em grande proporção, independentemente da direção escolhida. São decisões que envolvem valores individuais e nestes casos, o profissional pode escolher e posicionar-se, de forma consciente, a não auxiliar no processo de tomada de decisão, mas respeitando os princípios éticos da respectiva atuação profissional de modo que o cliente possa tomar a decisão mais apropriada a sua situação (Miller, W.R., 2012).

Qual seria então o papel do profissional de EM quando se depara com este tipo de situação? Nestes casos, a EM fornece vários outros subsídios que auxiliam o profissional a permanecer auxiliando o cliente no seu processo de tomada de decisão, evocando do cliente de forma equilibrada os prós e os contras, as

vantagens e desvantagens do contexto. Para muitos casos, este processo de seleção e análise já é suficiente para que o cliente possa se empoderar de mais ferramentas para obter reflexões e elaborações mais consistentes. Porém, vale lembrar que o profissional deve sempre manter-se alerta para incorrer na armadilha de, inadvertidamente ou até mesmo inconscientemente, defender ou promover algum dos lados em questão.

Daí a pergunta: “Como você pode manter o seu equilíbrio”? Ao dar atenção equilibrada para os prós e contras na escuta, na forma de perguntar de modo a suscitar a elaboração, nos reforços positivos, nas reflexões e resumos de forma consciente. A balança decisória é uma ferramenta ideal para lembrar o profissional como manter seu equilíbrio e não inadvertidamente inclinar o cliente em uma decisão particular. Neste contexto é que a EM envolve orientação habilidosa para explorar ambos lados da mudança, com uma intenção consciente e direção no sentido de trabalhar para manter o seu equilíbrio com equanimidade.

Engajamento

Pesquisas sobre psicoterapia e qualidade da aliança terapêutica, particularmente percebidas pelo cliente, mostram que há uma expectativa acerca de resultados. Os clientes que estão mais engajados são mais propensos a aderir ao tratamento e a qualidade da aliança terapêutica pode influenciar positivamente nestes resultados. O engajamento de uma aliança terapêutica, que já pode começar a ser construído a partir do primeiro atendimento, envolve o estabelecimento de uma relação de confiança e de respeito mútuo de trabalho, acordo sobre metas de tratamento e a colaboração em tarefas mutuamente negociadas para alcançar estes objetivos (Bordin, E.S., 1979, p. 252-260). Para a EM, o engajamento consiste em uma confiante e respeitosa relação de ajuda, cujo processo terapêutico é construído mutuamente. Neste contexto, também se faz necessário compreender a ambivalência como a percepção do cliente sobre a importância que ele atribui à mudança, bem como quão confiante se sente para a realização dessa mudança (Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009).

Na construção da aliança terapêutica, o cliente pode fazer alguns questionamentos: “Eu me sinto respeitado por este profissional?”; “Será que este profissional me ouve e me entende?”; “Confio nesta pessoa?”; “Este profissional parece estar mais disposto a negociar, ao invés de ditar o que eu tenho que fazer?”. Algumas armadilhas são apresentadas a fim de alertar o profissional e evitar que elas aconteçam, por dificultarem o processo de construção da aliança terapêutica (Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009).

Contatos Pós-consulta

O risco de um cliente abandonar o tratamento após a primeira consulta é superior a 50%. As estratégias descritas anteriormente contribuem muito para que

isso não aconteça, mas uma medida adicional aumenta significativamente a taxa de clientes que dão continuidade ao tratamento: um simples contato pós-consulta, que aumenta a taxa de retorno em mais de seis vezes (Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M., 2003). Ou seja, uma simples expressão de preocupação e afeto pode ter importante efeito na motivação do cliente para retornar ao tratamento (Miller, W.R. & Rollnick, S., 2013; Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009; Miller, W.R. & Rollnick, S., 2001).

Negociando um Plano de Ação

As respostas do cliente às perguntas abertas e a provisão de informações e orientações podem começar a dar origem a um plano de mudança e o seu desenvolvimento: envolve determinação de metas, análise das opções e montagem de um plano (Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2009):

Determinação de metas: o primeiro passo é determinar metas claras, com perguntas-chave (como você gostaria que as coisas fossem diferentes? Se tivesse certeza de sucesso total, o que mudaria?). Mais uma vez: as metas devem ser do próprio cliente. É mais indicada uma forte aliança de trabalho e começar pelo que é importante para ele. São muito comuns situações em que o terapeuta quer abstinência total e o cliente se recusa ou resiste. O importante é acompanhar o cliente, definindo metas aceitáveis e viáveis que representem progressos no caminho para a recuperação.

Análise das opções: uma vez que as metas estejam claras e definidas, convém analisar os meios de alcançá-las. Nesse ponto, devemos fazer uma revisão das modalidades de tratamento disponíveis. No tratamento das dependências químicas não existe uma única abordagem destacadamente eficaz. Existe uma literatura crescente sobre como adequar as estratégias de tratamento ao cliente e ter familiaridade com elas é importante para ajudá-lo a selecionar a mais correta. Apesar disso, essa primeira escolha pode não ser a melhor e é importante preparar o cliente para a possibilidade de mudanças ou adaptações ao longo do caminho.

Elaboração de um plano de mudança: pode ser útil preencher com o cliente um formulário com o plano de mudança. O resumo do plano nos conduz diretamente à questão do comprometimento e isso envolve obter a aprovação e a concordância do cliente quanto ao plano e decidir sobre os próximos passos a serem dados. Isso pode ser feito com uma simples pergunta: “é isso que você quer?”. Também pode ser útil explorar dificuldades e relutância. A experiência mostra que tornar público um plano de ação aumenta o comprometimento. Esse plano pode ser divulgado para o cônjuge (se o tiver e se estiver presente) e para outros membros da equipe, por meio de telefonemas dados do próprio consultório. Se o cliente sentir que terá dificuldades, podemos fazer um ensaio. Mas lembre-se: ele precisa consentir e querer.

Com frequência, durante essa fase, os clientes pedem orientações ou ideias e é apropriado oferecê-las nesse momento. Convém, porém, não ficarmos muito ansioso ao oferecer conselhos e esperar por um convite direto. As orientações devem ser dadas de maneira impessoal, permitindo ao cliente julgar como se adequam à sua situação. Por esse motivo, é útil oferecermos um conjunto de opções (aumenta a sensação de liberdade de escolha do cliente, aspecto importante para a adesão).

Eficácia da Entrevista Motivacional

A EM surgiu a partir de experiências clínicas com dependentes de álcool e atualmente sua eficácia é consagrada para o beber problemático e outras dependências químicas, bem como no tratamento de doenças como hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas e transtornos alimentares (Dunn, E.C., Deroo, L. & Rivara, F.P., 2001; Vasilaki, E.I., Hosier, S.G. & Cox, M., 2006).

A EM, também conhecida como *motivational enhancement therapy* (MET), foi desenhada para ser uma intervenção breve em intensidade e duração. É mais vantajosa quando aplicada em ambientes com grande demanda de atendimento e pouca disponibilidade de tempo e profissionais. Três importantes revisões examinaram a eficácia das intervenções breves baseadas nos princípios da EM e concluíram que a EM breve é eficaz para vários problemas comportamentais relacionados ao uso de substâncias como álcool, maconha e opiáceos; é eficaz quando usada na intensificação de outros tratamentos de abuso de substância, funcionando melhor para o beber problemático e tratamentos intensivos do consumo de substâncias, não tendo o efeito da EM diminuído ao longo do tempo, e é mais eficaz do que o não tratamento e tão eficaz quanto qualquer outro tratamento ativo, cientificamente reconhecido para o uso de álcool, outras drogas e dieta/exercício (Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M., 2003; Dunn, E.C., Deroo, L. & Rivara, F.P., 2001; Noonan, W.C. & Moyers, T.B., 1997).

Na primeira revisão metanalítica sobre a eficácia da EM breve exclusivamente para problemas relacionados com o álcool, Vasilaki e outros compararam 15 ensaios clínicos, randomizados, para medir sua eficácia, comparando-a ao não tratamento e também a tratamentos semelhantes (Vasilaki, E.I., Hosier, S.G. & Cox, M., 2006). Nessa revisão metanalítica, as pesquisas que compararam a EM breve de duração média de 87min com a ausência de tratamento tiveram resultados estatísticos significativos e superiores a favor da EM breve na redução do consumo do álcool em usuários nocivos em avaliação de curto prazo (três meses ou menos). As pesquisas que compararam a EM breve de 53min com outros tratamentos semelhantes comprovaram que a primeira é mais eficaz do que qualquer outro tipo de intervenção (terapia cognitivo-comportamental, aconselhamento diretivo-confrontativo, aconselhamento baseado em habilidades, intervenção educacional). Esse estudo também chegou à conclusão de que a EM breve é eficaz tanto para

pacientes que procuram tratamento quanto para aqueles que não o procuram. Ao comparar-se um grupo com o outro, a EM breve se mostrou mais eficaz quando aplicada a usuários nocivos do álcool ou com baixa dependência que procuram pelo tratamento.

A EM tem se mostrado uma intervenção efetiva para reduzir o consumo do álcool e aumentar a motivação para a mudança do padrão de beber, bem como aumentar a procura e a adesão de usuários de álcool a um tratamento formal e especializado para a dependência alcoólica. É uma intervenção de baixo custo e facilmente aplicável em qualquer ambiente de saúde ou na comunidade (Sales, C.M.B. & Figlie, N.B., 2009). Por outro lado, outros estudos apontam que a integração da EM com outras abordagens como, por exemplo a um TCC, vem sendo evidenciada tanto nos estudos, quanto na prática clínica. Pacientes graves, ou com danos cognitivos significativos, podem não responder bem à EM pura; contudo, ainda assim espera-se que o profissional tenha uma postura motivacional, aliada a intervenções mais diretivas e comportamentais (Arkowitz, H. & Miller, W.R., 2011). Vale ressaltar ainda que outro estudo recente de metanálise evidencia que a EM mostra-se equivalente a outros tratamentos; superior a ausência de tratamento; apresenta uma associação positiva com menor tempo dispendido, bem como sua eficácia (Lundahl, B.W. e outros, 2010).

Considerações Finais

A EM é uma abordagem que possui uma base teórica e não é meramente um conjunto de técnicas (Lundahl, B. & Burke, B.L., 2009). Desta forma, por tratar-se de uma metodologia prática e objetiva, qualquer profissional pode aplicar a EM, desde que capacitado para tal, uma vez que é uma estratégia efetiva, inicial de baixa toxicidade. Diante disto, por meio de testes e adaptações com rigor científico, a EM almeja, além da mudança no comportamento, se concretizar no decorrer do tempo, estabilizando assim a ambivalência e agregando uma visão humanista e construtivista nas modificações de comportamentos de risco.

Referências

- Arkowitz, H. & Miller, W. R. (2011). Aprendizado, Aplicação e Extensão da Entrevista Motivacional. In.: Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, S. *Entrevista Motivacional no Tratamento de Problemas Psicológicos*. São Paulo: Roca.
- Beckie, T. M. (2006) *A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 146-153.
- Bell, K. R. e outros. (2005) *The effect of a schedule telephone intervention on outcome after moderate to severe traumatic brain injury: a randomized trial*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 851-856.

- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Brug, J. e outros. (2007) *Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients*. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39, 8-12.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003) *The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials*. *J. Cons. Clin. Psych.*, v.71, p.784-861.
- Cordova, J. V. e outros. (2005) *The marriage check-up: an indicated preventive intervention for treatment-avoidant couples at risk for marital deterioration*. *Behavior Therapy*, 36, 301-309.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001) *The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review*. *Addiction*, v. 96, n. 12, p. 1725-1742.
- Dunn, E. C. e outros. (2006) *Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters*. *Psychology of Addictive Behavior*, 20, 44-52.
- Elliot, D. L. e outros. (2007) *The PHKAME (Promoting Healthy Lifestyles: alternative models effects) firefighter study: outcomes of two models of behavior change*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, 204-213.
- Figlie, N. B., Payá, R. (2004) *Entrevista Motivacional*. In: Abreu, C.N., Guilhardi, H.J. (Org). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental Práticas Clínicas*. 1 ed. São Paulo: Roca, p. 414-434.
- Figlie, N. B. *Entrevista Motivacional e Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas*. In.: Zanelatto, N. A. & Laranjeira, R. (Org). (2013). *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais*. 1 ed. Porto Alegre: Grupo A, p. 273-290.
- Figlie, N. B., Guimarães, L. P., Bordin, S. & Laranjeira, R. (2015) *Entrevista Motivacional*. In.: *Aconselhamento em Dependência Química*. 3 ed. São Paulo: Grupo Gen, no prelo. (não encontrado no texto)
- Gomes, L. A. (2010) *O Princípio de Alteridade na Ética da Compaixão por Arthur Schopenhauer*. *Cadernos do PET Filosofia*. V. 1, n. 2.
- Lundahl, B. & Burke, B.L. (2009) *The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses*. *Journal Of Clinical Psychology: In Session*, Vol. 65 (11), 1232-1245.

- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C.; Tollefson, D. & Burke, A. (2010) *A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years Of Empirical Studies*. *Research on Social Work Practice*, 20 (2), 137-160.
- Michaelis, (1998). *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001) *Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing – preparing people for change*. 2 ed. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B. e outros (2004) *A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing*. *J. Cons. Clin. Psych.*, v. 72, n. 6, p. 1050-1062.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009) *Ten things that motivational interviewing is not*. *Behav. Cog. Psych.*, v. 37, p. 129-140.
- Miller, W. R. (2012) *Equipose and Equanimity in Motivational Interviewing*. *Motivational Interviewing: Training, Research, Implementation, Practice*. V. 1, N. 1.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interview – helping people change*. 3. ed. New York: The Guilford Press.
- Noonan, W. C. & Moyers, T. B. (1997) *Motivational interviewing: a review*. *J. Subst. Misuse*, v. 2, p. 8-16.
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2009) *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre: Artmed. (não encontrado no texto)
- Sales, C. M. B. & Figlie, N. B. (2009) *Revisão de literatura sobre a aplicação da Entrevista Motivacional Breve em usuários nocivos e dependentes de álcool*. *Rev. Psicol. em Estudo*, v. 14, n. 2, p. 345-352.
- Vasilak, E. I., Hosier, S. G. & Cox, M. (2006) *The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review*. *Alcohol & Alcoholism*, v. 41, n. 3, p. 328-335.
- Weinstein, P. e outros (2006) *Motivational parents to prevent caries in their young children: one-year findings*. *Journal of the American Dental Association*, 135 (6), 731-738.
- West, D. S. e outros (2007) *Motivational interviewing improves weight loss with type 2 diabetes*. *Diabetes Care*, 30, 1081-1087.
- Wulfert, E. e outros (2006) *Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: a pilot study*. *Behavior Modification*, 30, 315-340.