



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À
AÇÃO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Catarina Tomás | Olga Valentim | Carlos Laranjeira | Ana Querido

FICHA TÉCNICA

Título:

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Organização:

Ana Querido | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>
Catarina Tomás | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3713-3352>
Carlos Laranjeira | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>
Daniel Carvalho | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5058-525X>
José Carlos Gomes | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4089-1034>
Olga Valentim | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Design gráfico, capa e paginação:

Dos autores

1ª Edição de 2020

ISBN: *****(e-book)

DOI: <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>

Reservados todos os direitos

Escola Superior de Saúde de Leiria

Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Leiria

2020

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Catarina Tomás¹; Olga Valentim¹; Carlos Laranjeira¹; Ana Querido¹

¹PhD; MSc, MHN

Objetivos educacionais

Pretende-se que no final deste capítulo o estudante seja capaz de:

- Definir o conceito motivação;
- Explicar o ciclo de mudança;
- Identificar estratégias adequadas de intervenção nas diferentes fases do ciclo de mudança, considerando a entrevista motivacional.

Deve considerar-se a motivação como um dos primeiros pontos de convergência da intervenção de enfermagem pois sem esta, a ação do utente torna-se impossível, uma vez que a mudança esperada deve primeiro iniciar-se pelo utente, não podendo ser produzida sem a tomada de consciência e vontade real da sua parte. A pessoa doente está muitas vezes apática, sem energia e desencorajada por insucessos de tentativas de mudança anteriores. Nestas situações, a ajuda do enfermeiro é importante como forma de apoiar o utente a sustentar a sua ação em motivos reais¹.

A motivação, conceito que difere consoante a pessoa², compreende “o interesse em iniciar uma determinada modificação comportamental ou em mantê-la (mudança), substituindo, habitualmente, um comportamento prejudicial por um comportamento salutogénico, ou simplesmente eliminando o comportamento prejudicial”³. Corresponde à probabilidade da pessoa se envolver, continuar e aderir a uma estratégia específica de mudança ou comportamento, não devendo ser encarada como um traço de personalidade inerente ao carácter pessoal, mas sim a um estado de prontidão ou vontade de mudar, que flutua no tempo e consoante a situação².

Comummente refere-se que a motivação se pode avaliar considerando um conjunto de comportamentos como a concordância com o terapeuta, a aceitação do diagnóstico, a expressão de vontade de mudar ou de ser ajudado, o incómodo com a situação pessoal atual vivenciada e o seguimento das indicações do terapeuta, considerando-se desmotivação, negação ou resistência a não apresentação destes comportamentos. Apesar disto, é mais importante a demonstração comportamental de motivação e não tanto a demonstração verbal desta, sendo estes fatores apenas indicativos e não permitindo categorizar um utente como motivado ou não².

A motivação envolve dois conceitos: a convicção, ou seja, importância atribuída ao comportamento pelo utente e a confiança depositada na sua própria capacidade para o modificar. Por isto, a motivação, essencial para a mudança, constitui um processo dinâmico e flutuante ao longo do processo de mudança, podendo ser influenciado por várias variáveis, de entre as quais o terapeuta²⁻³. Trata-se de um interesse ou postura mutável ao longo do tempo, não se tratando de um quadro rígido, e que pode ser alterada com a ajuda de técnicas como a entrevista motivacional².

O que de facto parece predizer a mudança de comportamento do utente é a adesão ao plano negociado com o terapeuta, sendo a motivação vista como o grau de compromisso ou adesão com o tratamento, e a mudança, a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem².

A motivação assume assim duas componentes importantes, que importa conhecer e abordar devidamente na intervenção.

O primeiro conceito é o de **ambivalência**, que “não significa apenas a relutância de fazer algo, mas sim, a experiência de conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes”⁴ (p. 68). Não se trata de um traço de personalidade, mas uma interação dinâmica entre o indivíduo e a situação, com dimensões inter e intrapessoais³. Existe aquilo que se designa de motivação flutuante, em que o utente deseja fazer algo em relação ao seu comportamento desadequado e situação negativa, mas ao mesmo tempo também não deseja fazer nada, continuando a situação tal como se encontra^{2,4}. A ambivalência, normal, mas um importante obstáculo motivacional, é algo difícil de resolver, pois cada lado do conflito apresenta os seus benefícios e os seus custos,

devendo, contudo, ser modificada trabalhando as motivações e valores intrínsecos do utente³⁻⁴.

Para lidar com a ambivalência é importante considerá-la como normal e compreensível, compreendendo como atua no utente e quais são as partes do conflito, bem como as motivações e as suas expectativas quanto à mudança. Para atuar sobre ela, importa conhecer como o utente está ligado ao comportamento, impedindo-o de mudar, bem como os seus valores pessoais, expectativas, autoestima, contexto social, sentimentos, interesses e crenças, e como estes influenciam o conflito aproximação-evitação a que o utente está sujeito².

O segundo é o modelo transteórico de **prontidão para a mudança**, baseada no modelo de Estádios de Mudança criado por Prochaska e DiClemente (1983, 1982) e tem como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar, passando a pessoa por diversos estádios, desde a ausência de consciência até à mudança efetiva, num processo que se representa de seguida²⁻⁴.

Phaneuf¹ (citando Dovero e Grébot, 1993), identifica três tipos de motivação, sendo importante reconhecê-los no utente, bem como a fase em que se encontra: a) a motivação tirânica (o utente dá ordens interiores tirânicas, sofrendo uma decepção quando não tem sucesso); b) a motivação submergente (o utente vê o conjunto da tarefa a realizar e sente-se angustiado, submergido e incapaz de fazer o que projetava, por parecer inatingível); e c) a motivação “fogo de palha” (o entusiasmo inicial não dura muito tempo).

CICLO DE MUDANÇA

O Ciclo de mudança, apresentado na figura 1, surge como modelo dinâmico que ajuda na interpretação da forma como ocorrem as mudanças comportamentais ao longo do tempo, em relação a algo⁵, bem como a compreender o quanto a pessoa está disposta a mudar um comportamento de risco para outro, preservando a sua saúde⁴.

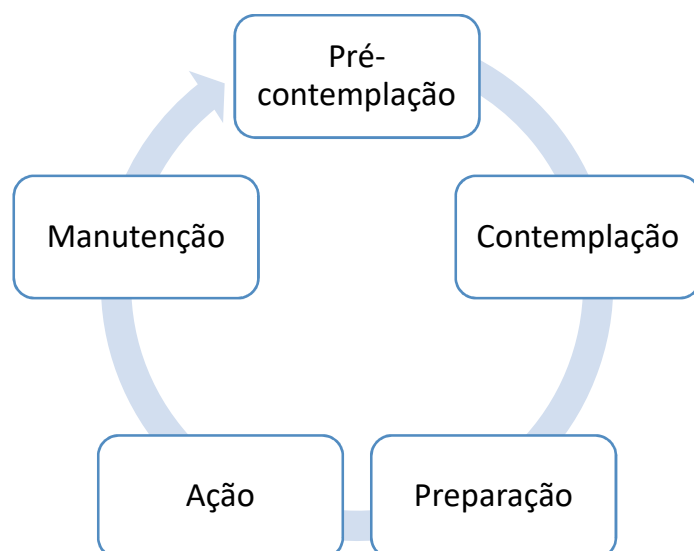


Figura 1 - Ciclo de Mudança

A entrada no processo de mudança faz-se pela **fase pré-contemplativa**, em que o utente não considera a mudança^{2,4}, por não ter consciência do comportamento nocivo que deve modificar, bem como da sua gravidade e implicação nos seus objetivos de vida³. Rejeita a expectativa de mudança, percebendo-se como estando bem, sem qualquer problema, ou aceita os riscos associados aos seus comportamentos ou situação, assumindo-se como resistente ou em negação^{2,4-5}. Nesta fase, o utente está pouco ou nada permeável e suscetível à mudança. Para que seja possível a passagem para a fase contemplativa, é necessário a ocorrência de uma experiência emocional traumática (morte, doença, acidentes, entre outros), ou a utilização de técnicas de comunicação que provoquem uma fissura (a “semente” da dúvida) a nível emocional no indivíduo⁵, geradora de ambivalência. É importante notar que o sofrimento é por vezes mais tranquilizante que a mudança, o que restringe a motivação para a mudança¹.

Quando surge alguma consciência do problema, inicia-se a **fase contemplativa** é assim constituída por um período de reflexão e de influência, em que o utente aceita que o comportamento ou situação que vivencia poderá não ser a mais adequada para atingir os seus objetivos pessoais⁵. O utente consciencializa-se do problema, não estando no entanto preparado para o alterar ou não tem a certeza de o querer fazer, contemplando-se a mudança, mas rejeitando-a ao mesmo tempo, estando a ambivalência no seu auge²⁻⁴. Existe aqui alguma recetividade à mudança, havendo energia para tal, podendo esta

etapa chegar de forma mais ou menos rápida e penosa⁵. Nesta fase, o utente não compreende ainda todas as implicações e consequências negativas dos problemas. A constatação clara do seu problema pode ser um processo difícil e doloroso, levando muitas vezes o utente a viver emoções, sentimentos de culpabilidade, medo de rejeição ou desencorajamento pelo trabalho necessário para a mudança, podendo levá-lo a querer minimizar a importância das suas perturbações, negar a sua existência ou recusar que precisa de ajuda¹.

Adquirida a capacidade de entender a ambivalência e resolvida a mesma, com consciência do conflito, dá-se a transição para a **fase de preparação**, durante a qual o utente está preparado e pronto para mudar o comportamento, assumindo um compromisso¹⁻⁴. Para além de consciencializado do problema, está envolvido na mudança e tem um plano, isto é, um esquema mental sobre como irá iniciar o processo de mudança, estando já a planear esta mudança, apesar de manter algumas dúvidas sobre as estratégias a adotar³. O utente pode aqui escolher entre envolver-se e mudar, ou renunciar e recair no problema, devendo ser orientado na sua escolha que deve ser autónoma e esclarecida¹.

É na fase seguinte, a **fase de ação**, que o utente implementa o processo de mudança alterando o comportamento indesejável, usando a terapia como meio de assegurar a implementação do plano, ganhar autoeficácia e criar condições externas para a mudança²⁻⁴.

Este novo comportamento adotado pelo utente, ou a abstenção do comportamento anterior vai manter-se na **fase de manutenção**, através da adoção de um conjunto de estratégias adotadas por este para evitar a recaída³. O utente sente-se aqui capaz de se tomar a cargo, devendo, contudo, manter-se consciente das dificuldades que podem surgir e que deve gerir de forma positiva, evitando as recaídas¹.

Na **recaída**, o utente abandona o comportamento benéfico para a saúde adotado, retomando o comportamento prejudicial. Apesar de atingir alguma mudança, o utente poderá não recair na fase de manutenção, implicando ter de recomeçar o processo de mudança, criando alguma desesperança^{2,4}. O processo de recaída não deve ser visto como um facto isolado, mas como uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos, devendo ser encarada como uma fase de transição que pode ser necessária

para se seguir de uma melhoria. A recaída faz parte do processo de mudança e muitas vezes é essencial para que o utente possa aprender e recomeçar, de forma mais consciente, todo o processo².

Pode, após esta recaída, retomar à fase de pré-contemplanção, contemplanção ou preparação, sendo desejável que reinicie o processo de cessação do comportamento prejudicial anterior com a maior brevidade possível³⁻⁴. Muitos utentes passam inúmeras vezes pelas várias fases do ciclo para conseguirem terminar e atingir uma mudança duradoura, podendo este processo também ser representado por uma espiral^{2,4}.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional, desenvolvida por Rollnick e Miller (1985) é *um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver a sua ambivalência*² (p. 3). Esta abordagem auxilia as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito dos seus problemas reais e potenciais, sendo particularmente útil em pessoas com relutância e ambivalentes à mudança⁴. O enfermeiro deve não apenas orientar o utente, mas motivá-lo, aumentando assim a probabilidade de este assumir um comportamento e linha de ação que gere mudança, sem impor um percurso que não seja apropriado ao momento pessoal do utente².

As estratégias de confronto, anteriormente utilizadas, assumiam o comportamento desadequado como uma parte da personalidade do utente, possuindo estes um elevado nível de mecanismos de defesa que os impediria de avaliar a realidade e de mudar esse comportamento. Parece, contudo, que o assumir o problema poderá não ser considerado absolutamente necessário nalgumas situações para a mudança e motivação do utente, desmistificando a ideia de que o utente estaria em negação quando não conseguisse comprometer-se com um comportamento diferente, e prevalecendo a ideia de que o mesmo apresenta ambivalência. Outra técnica também bastante utilizada e que nem sempre apresenta os resultados a que se propõe é o aconselhamento (*giving advice*), dado que poderá considerar-se prematuro aconselhar uma mudança de comportamento que o utente não está certo de querer mudar. Nenhuma destas técnicas parece efetiva na mudança comportamental por não

considerarem o grau de ambivalência e a sua prontidão para a mudança, gerando no utente, resistência ao tratamento².

Na entrevista motivacional, englobam-se várias técnicas, utilizadas aqui de forma específica, como as psicoterapias breves, a terapia centrada no cliente⁴, a terapia cognitiva, a terapia sistémica e a psicologia social de persuasão. Nesta, a motivação é encarada de forma dinâmica, não estável e influenciada por fatores externos, como o enfermeiro, assumindo-se uma intervenção rápida, cujo principal objetivo é proporcionar condições para a mudança. A confrontação é aqui utilizada como um objetivo e não como um estilo terapêutico, possibilitando ao utente visualizar e aceitar o seu problema durante a terapia, podendo mudá-lo². As suas estratégias são mais persuasivas do que coercivas, e mais encorajadoras do que argumentativas, procurando-se uma atmosfera positiva que conduza à mudança interna do utente, procurando que esta seja interna e não imposta do exterior, sendo o utente a apresentar os argumentos para a mudança⁴.

Tratando-se de um tipo de entrevista clínica, apresenta uma fase inicial, uma fase de desenvolvimento e uma fase final, utilizando técnicas específicas na fase de desenvolvimento. Baseia-se em princípios cognitivos como a consciencialização para o problema e as reações emocionais associadas, bem como no estabelecimento de alternativas para modificação em padrões de pensamentos e implementação de soluções³.

A entrevista motivacional engloba **componentes diretivos e componentes não diretivos** para o utente^{2,4}.

Ao ser dirigida utilizando a terapia centrada no cliente de Carl Rogers, o enfermeiro é não diretivo, não propondo soluções ou sugestões, mas oferecendo condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural, procurando razões para a mudança no próprio utente e não impondo ou persuadindo sobre a mudança, mas sim procurando mover o utente para a mudança necessária. Para isto, a empatia é a principal técnica terapêutica, assumindo-se uma troca na relação entre o enfermeiro e o utente, procurando a autonomia, liberdade de escolha e eficácia do utente, não assumindo o enfermeiro o papel de “expert” (a confrontação direta, imediata e

persuasão devem evitar-se, pois promovem o aumento da resistência e reduzem a probabilidade de mudança)².

Ao mesmo tempo, existem componentes diretivos, centrados no utente, mantendo o enfermeiro o propósito e a direção, escolhendo ativamente os momentos ideais para intervir, facilitando a mudança através da gestão da ambivalência pelo próprio utente e objetivando a ajuda para o utente resolver a sua ambivalência e mover-se através dos estádios de mudança^{2,4}.

A entrevista motivacional baseia-se nos dois conceitos associados à motivação, ambivalência e prontidão para a mudança, visando a constatação e a resolução da primeira, tendo como base a fase de prontidão para mudança em que o utente se encontra^{2,4}.

Constituída por duas fases, na primeira pretende-se a motivação para a realização da mudança e na segunda o fortalecimento do compromisso com a mudança³.

É importante compreender a necessidade de seguir alguns princípios básicos orientadores, referidos de seguida. Para além disso, resistir ao reflexo que o profissional poderá apresentar de querer consertar e corrigir o comportamento do utente (resistir à persuasão é uma tendência humana, sobretudo perante a ambivalência), entender as motivações do utente (são as motivações dele que poderão desencadear a mudança, devendo ser questionados de como gostariam de mudar e como o devem fazer), escutar o utente (as respostas estão dentro do utente) e fortalecer o utente (promover a atividade e explorar o seus recursos próprios) são aspetos importantes a considerar na intervenção para a mudança⁴.

Princípios básicos

A entrevista motivacional rege-se por cinco princípios básicos, de acordo com Jungerman e Laranjeira², Nunes e Castro⁴, Sequeira³:e Karzenowski e Puskar⁶

- **Expressar empatia** – Capacidade de construção de aliança terapêutica, compreendendo a aceitação da postura do utente, procurando entender as suas esperanças e receios sem julgar ou criticar, bem como escutar criticamente (*reflective listening*) e respeitosa e assumir a ambivalência como algo normal e parte do processo de mudança. A escuta crítica constitui uma técnica específica da entrevista motivacional,

em que o enfermeiro não se cinge apenas a ouvir o utente na sua resposta a algo, mas coloca o enfoque na forma como este responde ao que o utente diz, reformulando e devolvendo ao utente a sua interpretação na forma de afirmação, sem utilizar preconceitos e preconcepções. A aceitação dos limites do utente facilita a ocorrência para a mudança comportamental. O enfermeiro deve criar um ambiente acolhedor e centrar-se no indivíduo, ser cordial e compreensivo, não pressionar nem confrontar, aceitando a opinião do utente, normalizar a ambivalência para além de utilizar a escuta ativa;

- **Desenvolver discrepância** – Deve evidenciar-se a distância entre o atual comportamento do utente e os seus objetivos mais amplos, para que o utente tenha consciência das consequências do comportamento atual, confrontando a pessoa com a sua realidade desagradável, motivando-o a mudanças perante a discrepância entre este e os objetivos futuros e devendo estimulá-lo a apresentar argumentos para a mudança. É importante que o enfermeiro consiga para criar discrepância, informar sobre as consequências do comportamento atual, utilizar estratégias emocionais (como descrever situações geradoras de pessimismo e otimismo) e ajudar o utente a encontrar as suas razões para a mudança, não impondo a mesma;

- **Evitar discussões e argumentações** – É importante evitar discussões e confrontações diretas, dado serem contra produtivas e suscitarem defesas e resistências por parte do utente. As discussões surgem geralmente quando o enfermeiro procura confrontar o utente com o seu problema, querendo encaixá-lo numa categoria, o que é desnecessário e deve ser evitado, devendo o enfermeiro mudar de estratégia quando surgem resistências, pois são indicativas de que as estratégias utilizadas não estão a surtir efeito. O enfermeiro não deve rotular o utente, sendo paciente e não forçando a mudança;

- **Estimular a autoeficácia** - O enfermeiro deverá promover a autoeficácia do utente, ou seja, melhorar a sua crença para a sua capacidade de executar uma tarefa e ultrapassar um obstáculo. Este é considerado um elemento-chave no processo de motivação para a mudança, sendo um bom fator preditivo para o sucesso do tratamento. Para esta estimulação é necessário o enfermeiro acreditar na possibilidade da mudança ocorrer, o utente ser responsável por escolher e levar a cabo uma mudança pessoal e ter esperança na variedade de abordagens possíveis para o utente recorrer. É essencial

fomentar no utente a capacidade e responsabilidade pessoal, escolhendo o mesmo a estratégia e adotando-a, podendo ser solicitada a reflexão acerca da eficácia da mesma;

- **Fluir com a resistência** - Não enfrentar a resistência e fluir com esta é importante, devendo o enfermeiro saber reconhecer o momento do utente e saber usá-lo (não indo contra ele), reconhecer que as percepções do utente podem mudar (sobretudo se forem de relutância ao tratamento, ao contrato terapêutico ou à mudança propriamente dita), receber novas perspectivas sem as impor e reconhecer que o utente poderá ser um recurso para solucionar o problema. As resistências são indicadoras de que algo não está bem, sendo reforçada com a oposição clara. Por isto não deve haver imposições, mas sugestão de alternativas, sendo a melhor fonte de respostas o próprio utente, devendo o enfermeiro ajudá-lo a tomar decisões equilibradas;

Quanto mais resistência o utente sentir, menos probabilidade terá de mudar e mais propensão a desistir terá. A resistência pode, contudo, se reconhecida e utilizada de forma adequada, funcionar como uma oportunidade no tratamento. Comportamentos como discutir, interromper, negar e ignorar por parte do utente permitem perceber resistência, devendo nestes casos, o enfermeiro utilizar técnicas como²:

- Reflexão simples - devolver ao utente o seu discurso;
- Reflexão amplificada - devolver ao utente o seu discurso de forma amplificada, apoiando e não tendo atitude sarcástica;
- Reflexão de dois lados - devolver ao utente o que ele pensa, adicionando o lado oposto da ambivalência;
- Mudar o foco - mudar o foco do que constitui barreira;
- Concordar com alguma mudança - concordar com o utente, mudando subtilmente a direção;
- Enfatizar a escolha e controlo pessoal - diminuir a relutância, deixando claro que o utente é que decide;
- Reinterpretar - colocar o comentário do utente noutra contexto ou dar-lhe outro sentido;
- Utilizar o paradoxo terapêutico - sugerir a não mudança, criando resistência e levando à mesma.

Estratégias

Considerando a motivação um estado mutável e dinâmico, estratégias que visem aumentar a probabilidade de mudança são benéficas. Jungerman e Laranjeira² apresentam oito estratégias que se mostram eficazes nesta promoção da mudança e da motivação, e que devem ser combinadas consoante a necessidade de atuação e intervenção, estando as mesmas ordenadas de A a H:

- A – **Aconselhar** (*giving advice*) – deve englobar a identificação do problema ou a área de risco, a explicação do porquê a mudança é necessária e a recomendação uma mudança específica. Segundo Nunes e Castro⁴, a orientação clara, estimula a mudança, não sendo, contudo, os conselhos suficientes para induzir a mudança na maioria dos utentes. O aconselhar deve por isso centrar-se numa vertente de *counselling*, remetendo para o papel de aconselhar de Hildegard Peplau.

- B – **Remover barreiras** (*remove barriers*) – as barreiras que surgem na fase de contemplação podem dificultar a aplicação e manutenção da estratégia de ação e processo de mudança, sendo estas barreiras muitas vezes de atitude ou internas do que abertas (como as barreiras por não saber se vale a pena mudar, e requerem uma abordagem mais cognitiva do que prática). O terapeuta deve auxiliar o utente a identificar as barreiras e ultrapassá-las, apoiando a procura de soluções práticas para o problema. Segundo Nunes e Castro⁴, as principais barreiras apontadas relacionam-se com o acesso ao tratamento e outras estratégias de mudança.

- C – **Oferecer opções de escolha** (*providing choices*) – sabendo-se que a motivação aumenta quando o utente percebe ser capaz de decidir livremente sem influência externa ou obrigação de o fazer, o enfermeiro deve ajudar o utente a sentir a sua liberdade e responsabilidade de escolha, oferecendo várias alternativas como opção. De acordo com Nunes e Castro⁴, o enfermeiro deverá proporcionar uma escolha entre abordagens alternativas, diminuindo a resistência e a desistência e melhorando a adesão.

- D – **Diminuir a vontade** (*decreasing desirability*) – o enfermeiro deve identificar os aspetos positivos do comportamento negativo, procurando formas de diminuir o impacto destes. Não é suficiente constatar os aspetos negativos dos comportamentos,

havendo mais possibilidade de mudança se as dimensões afetivas ou de valor forem afetadas. Podem ser utilizadas técnicas cognitivas, requerendo um grande compromisso com o utente, havendo a possibilidade de uma abordagem mais genérica através do aumento de consciência do utente para as consequências adversas do comportamento.

- E – **Praticar empatia** (*practiving empathy*) – O enfermeiro deve entender o utente através da escuta crítica. Segundo Nunes e Castro⁴, requer atenção para as afirmações do utente e a geração contínua de hipóteses em relação ao significado subjacente.

- F – **Dar feedback** (*providing feedback*) – o utente deve ser informado de forma constante acerca do seu estado presente, sendo este elemento essencial à mudança e direcionamento da ação.

- G – **Clarificar objetivos** (*clarifying goals*) – para além do feedback, é importante comparar o estado presente com uma meta pré-estabelecida, que oriente o percurso de ação. O utente deve ser ajudado a estabelecer objetivos realista e atingíveis.

- H – **Ajuda ativa** (*active helping*) – o enfermeiro deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do utente, podendo isso ser expresso pela iniciativa do enfermeiro de ajudar e pela expressão de cuidado, procurando envolver o utente no processo.

INTERVENÇÃO PARA A MUDANÇA

Numa primeira fase de intervenção, de estimulação da motivação para a mudança, o utente encontra-se com ambivalência, estando o utente na fase de pré-contemplação ou contemplação²⁻³. Nesta fase há que evitar demasiadas questões (nunca mais de 3 seguidas), intercalando com a escuta reflexiva (permitindo ao utente expressar-se), confrontar o utente (sob o risco de criar resistência), assumir o papel de expert (deixando o utente numa postura passiva), categorizar o utente, e atribuir a culpa a uma causa ou pessoa, devendo ter-se em consideração o ritmo do utente e considerar as suas necessidades no foco da discussão. Nesta fase é importante negociar todas as condições da intervenção com o utente, bem como compreender o que o trouxe ao tratamento². Aqui o enfermeiro deve sensibilizar para o problema, informar sobre o

mesmo, sugerir a mudança de um determinado comportamento e reforçar os aspetos motivacionais promovendo a autonomia³.

Segundo Jungerman e Laranjeira², Nunes e Castro⁴, Sequeira³, Karzenowski, e Puskar⁶, nesta primeira fase, pretendendo ajudar o utente na abordagem do assunto, explorar a ambivalência e clarificar as razões para a necessidade de mudança, algumas habilidades permitem apoiar o utente na sua exploração das ambivalências, clarificando as suas motivações.

As **perguntas abertas e objetivas**, que requerem respostas longas e permitem ao utente falar. O utente deve sentir-se bem para falar sobre o seu problema, sendo o que mais fala nesta relação. Alguns exemplos de perguntas abertas e objetivas poderão ser: “Quais as coisas boas em relação ao seu comportamento atual?”; “Fale-me acerca das coisas que não são tão positivas em relação ao seu comportamento atual”; “Parece-me que tem alguma preocupação acerca do seu comportamento atual. Fale-me sobre isso.”; “Quais são as suas preocupações sobre isso?”; “Como se sente em relação a...?”; “O que gostaria de fazer a respeito disso?”; “O que sabe sobre...?”; “O que aconteceria se não mudasse o seu comportamento?”; “Quais os benefícios que ocorriam se diminuísse o seu comportamento atual?”; “Como gostaria que fosse a sua vida daqui a 5 anos?”; “O que acha que aconteceria se decidisse mudar o seu comportamento?”; “Quão confiante está na sua capacidade de realizar esta mudança?”; “Qual a importância para si de diminuir este comportamento?”; “Pense nas piores consequências de não mudar e nas melhores consequências de mudar.”; “Quais são as coisas mais importantes na sua vida?”.

As **afirmações** incluem declarações positivas e de compreensão (congratulado o esforço do utente para a mudança, ajudando a fortalecer a sua confiança), encorajando, salientando e apoiando os aspetos positivos, que ajudam a criar uma atmosfera de apoio e a estabelecer um vínculo entre o enfermeiro e o utente. Exemplos de afirmações poderão ser: “Obrigado por ter vindo hoje.”; “Vejo que se está a esforçar para vencer as suas dificuldades.”; “Eu percebo que é uma pessoa forte.”; “Essa é uma excelente ideia.”; “É difícil falar sobre isso... eu admiro a sua perseverança.”.

Com a **escuta reflexiva** é possível o entendimento do que o utente sente. Importa devolver ao utente o que expressou de significativo, como sentimentos e palavras

usadas, funcionando como espelho e encorajando o utente a continuar a falar demonstrando o entendimento do que é dito. Poderá ser questionado: “Está a sentir-se incomodado em falar sobre isso?”; “Está incomodado porque a sua família critica o seu comportamento atual?”; “Sente realmente prazer com o seu comportamento atual e odiaria deixar de o fazer, mas também percebe que lhe causa danos à saúde, é isso?”.

O **resumo**, que deve ser sucinto, é uma técnica para salientar os pontos mais importantes do discurso e preparar o utente para a mudança. Serve para fazer o ponto de situação e obter a validação por parte do utente. Permite ligar várias ideias discutidas em momentos diferentes, bem como demonstrar atenção na escuta, facilitando ao utente ter uma visão mais geral da situação, acrescida de comentários do enfermeiro.

A **provocação de mudança de discurso** é uma estratégia que ajuda o utente a resolver a ambivalência e a estimulá-lo a apresentar argumentos para a mudança. Para isso deve reconhecer as desvantagens de ficar na mesma situação e as vantagens de mudança e expressar otimismo em relação à mudança e uma intenção de a fazer³⁻⁴. A auto motivação e a sua estimulação constituem uma técnica motivacional que ajuda a resolver a ambivalência². Deve assim estimular-se o utente a falar sobre estas questões, sendo benéfico trabalhar com ele os aspetos positivos e negativos do comportamento através da balança de decisão. É também importante auxiliar o utente a falar mais, descrevendo os extremos da sua preocupação. Poderá ser benéfico recordar como era a vida do utente antes do problema surgir, comparando com a situação atual, estimular o pensamento numa mudança futura, ou explorar as coisas mais importantes na vida do utente. Poderá ser questionado, por exemplo: “O que o faz pensar que tem um problema?”; “Como se sente em relação ao seu comportamento?”; “O quanto isso o preocupa?”; “Quais seriam as vantagens de mudar de comportamento?”; “Como faria a mudança?”.

Nesta primeira fase podem ainda ser utilizadas outras habilidades e estratégias para encorajar afirmações auto motivacionais como a balança de decisões, aprofundar, usar extremos, olhar para trás, olhar para a frente e explorar metas³.

Na segunda fase de intervenção, com o objetivo de estimular o compromisso com a mudança, é o momento de mudar as estratégias, auxiliando o utente (já pronto para a mudança) a confirmar e a justificar a decisão de mudança tomada. Aqui o utente

encontra-se geralmente na fase de preparação, e para ser possível trabalhar nesta fase o utente tem de ter diminuído a sua resistência e as suas questões sobre o problema, mostrar-se calmo, fazer afirmações de automotivação, fazer perguntas sobre a mudança, idealizar a mudança e experimentar a mudança de forma mais reduzida²⁻³. Importa notar que aqui o papel do enfermeiro é de guiar o caminho de mudança, tendo em conta que a ambivalência não desapareceu totalmente e o plano de mudança deve ser aceitável para o utente, pois é este que deverá tomar todas as decisões. É importante recapitular todo o processo, listando as razões para a mudança e indicando ambivalência ou relutância, levando a uma preparação final para a transição ao compromisso de mudança. O enfermeiro pode, nesta fase, dar sugestões e várias alternativas que possam responder ao que o utente peça, devendo isto ser feito de forma impessoal e permitindo ao utente escolher se o conselho ou alternativas se adaptam à sua situação. Nesta fase, estabelecer objetivos e metas razoáveis e atingíveis, considerando opções de mudança e formas de atingir as metas definidas²⁻³.

Nesta fase, questões possíveis seriam: “O que pensa que fará?”; “O que pensa que deve mudar?”; “Como gostaria que as coisas se passassem, idealmente, daqui em diante?”; “Que aspetos considera que seriam importantes mudar?”.

Depois disto, deve existir um reforço do compromisso com o processo de mudança, aumentando a probabilidade de eficácia e diminuindo o risco de recaída, sendo importante a presença de um familiar ou amigo íntimo na sessão. É importante nesta fase recapitular o mais relevante, transmitir informação e dar orientação, proceder à avaliação do processo, preparar para o futuro, antecipando algumas ações e finalizar a interação³.

Intervenção considerando o ciclo de mudança

A entrevista motivacional pode ser usada em utentes com perturbações físicas ou mentais, sendo mais benéfica para as pessoas que não procuram tratamento ou ajuda para os problemas de saúde mental⁷. A mudança de comportamentos depende do estadio em que o utente se encontra, dado que este influencia também, de forma direta a abordagem a adotar. A entrevista motivacional é uma abordagem bastante adequada para utentes em fase de pré-contemplação e contemplação, devendo ser utilizada como referência nas fases seguintes isoladamente ou em associação com outras estratégias

interventivas mais específicas. Quanto ao tempo de duração da intervenção, quanto maior e mais extensa no tempo for a intervenção, maior a probabilidade de sucesso⁶. Não obstante, a evidência científica aponta para eficácia da entrevista motivacional em sessões com a duração de 15 minutos^{6,7}. A meta análise dos efeitos da entrevista motivacional⁷ reporta a eficácia de entrevista motivacional em sessões entre 1 e 15 minutos, presenciais e via telefone. Apesar das diferenças nos tipos de entrevista motivacional e na intensidade das sessões, as intervenções curtas demonstraram ser tão eficazes como as longas, sendo que duas sessões de 15 minutos foram eficazes no aumento da adesão ao tratamento⁷.

Consoante o estadio em que o utente se encontra assim se definem as técnicas e objetivos da intervenção³.

- **Pré-contemplação** - O objetivo neste estadio é aumentar a perceção do utente sobre riscos e problemas em relação ao seu problema, motivando-o a pensar em mudança⁴. A sensibilização e informação acerca do problema é outra possibilidade de atuação perante estes utentes³. As questões abordadas que motivam a pensa em mudança são, de acordo com Zimmerman, Olsen e Bosworth (2000), citado por Nunes e Castro⁴: “O que acha que poderá acontecer se continuar com o seu problema?”; “O que mais teme que possa acontecer, se não fizer a mudança?”; “Já tentou mudar alguma vez? O que aconteceu?”.

- **Contemplação** - Existe a consciencialização para a necessidade de mudança, devendo reforçar-se a motivação, salientando as vantagens e desvantagens do processo de mudança³. A ambivalência está no auge, devendo esta ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar². O objetivo deverá ser encorajar o utente a falar sobre as razões e as barreiras que encontra para a mudança, analisando as razões para mudar e para se manter com o mesmo comportamento, considerando a ambivalência de forma semelhante a uma balança. Outra estratégia deverá ser a de explorar as vantagens e desvantagens a curto e longo prazo do comportamento de risco⁴. As questões abordadas que motivam a pensa em mudança são, de acordo com Zimmerman, et al. (2000), citado por Nunes e Castro⁴: “O que o faz querer mudar agora?”; “Quais as razões para a mudança?”; “Quais os melhores resultados que pode imaginar se fizer uma mudança?”; “Quais as barreiras que encontra para fazer a

mudança?"; "Se decidir mudar, quais as expectativas para o futuro?"; "Quem poderia ajudar neste processo?"; "Quais as coisas que funcionaram noutros processos semelhantes?"; "Quais as necessidades para a mudança?". O uso da pergunta escala revelou ser útil para explorar a motivação e a confiança para a mudança, bem como os fatores facilitadores e dificultadores⁶: "De 0 a 10, qual é a sua motivação/ confiança para a mudança?"; "O que faz ser (por ex.6) e não um (por ex. 7)?"; " O que faz que não seja (por ex. 5)?"; "Como é que a sua vida seria se a sua confiança aumentasse um ponto?" . A resposta dada pelo utente deve ser explorada no sentido de encontrar os fatores potenciadores da mudança e a forma de contornar os obstáculos a essa mudança.

- **Preparação** - É importante assim clarificar as estratégias a adotar para a mudança, as vantagens e as desvantagens de cada uma, sugerindo estratégias adicionais, conforme cada caso³. Faz parte deste estadio aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação^{2,4}. Os prós da mudança superam os contras. Aqui o enfermeiro deve auxiliar o utente a determinar a linha de ação a seguir para que consiga mudar^{4,6}. Inicia-se um comprometimento com as mudanças num futuro próximo. Neste sentido o enfermeiro poderá perguntar: Que estratégias já pensou adotar neste processo de mudança"; "Como pensa planear os próximos 30 dias?"; "O que se compromete mudar nos próximos dias?"; "Que passos já deu para fazer a mudança?"; "O que precisa de fazer para que a mudança ocorra?"; "O que precisa que aconteça para que a mudança ocorra?".

- **Ação** - É importante rever o plano de ação, avaliar o potencial de eficácia e resolver problemas associados à sua implementação³. Neste estadio, o enfermeiro deverá apoiar o utente, negociando conjuntamente com este as metas a atingir, sugerindo estratégias que devem ser escolhidas e adotadas pelo utente, ajudando a identificar situações de risco de recaída (ansiedade, condicionamentos, lapsos, recompensas, ...) e apoiando para a escolha de estratégias de ação adequadas⁴. Nesta fase são importantes as narrativas de afirmação. São declarações positivas de compreensão que ajudam a criar um ambiente terapêutico de apoio e a criação de vínculo entre o enfermeiro e o utente. Por exemplo: "Admiro a sua coragem para mudar..."; "É difícil falar sobre isso...eu admiro sua perseverança."; "Quais as coisas boas em relação à mudança?"; "Fale-me sobre as coisas que não são tão boas em relação à mudança?"; "Parece-me que tem alguma

preocupação sobre ... Fale-me mais sobre isso.”; “Sinto que nesta altura pode estar a sentir ... (ansiedade, constrangimento...)”; “Quais são suas preocupações sobre isso?”; “O que gostaria de fazer a esse respeito?”.

- **Manutenção** - Nesta fase, deve dar-se apoio e reforçar o plano de ação, orientando para a utilização de recursos³. Narrativas de afirmação para esta fase:

“Obrigado por ter vindo hoje.”; “Vejo que se está a esforçar para vencer suas dificuldades.”; “Eu percebo que é uma pessoa forte. Conseguiu até agora... Parabéns pelo seu percurso até aqui.”; “Qual é o próximo objetivo que definiu para si?”; “Qual o seu plano A?”; “E se algo de inesperado acontecer, qual o seu plano B?”

- **Recaída** - Deve salientar-se a aprendizagem com a recaída e reforçar a necessidade de mudança³. O enfermeiro deve aqui ajudar a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem desvalorização e proporcionando motivação para recomeçar⁴. Nesta fase é importante a utilização de afirmações positivas para depois retomar o ciclo de mudança. Por exemplo: “É preciso uma grande coragem para admitir que não tem tomado a medicação...”; “Já foi muito bem-sucedido nas mudanças que fez no passado...”; “Tem feito um grande esforço para mudar...”. Após a afirmação positiva importa colocar questões abertas para explorar a situação e aprendizagem conseguida no processo de mudança. Por exemplo: “O que já conseguiu na sua tentativa de mudança?”; “O que aprendeu neste processo de recaída?”; “O que favoreceu este processo?”; “O que precisa ter em conta para a próxima vez que tentar...?”

QUESTÕES DE REVISÃO

- Defina motivação.
- Como se pode perceber a não motivação por parte de um utente?
- Quais as componentes essenciais da motivação?
- Descreva o ciclo de mudança, descrevendo cada uma das suas fases.
- Identifique situações que conheça de mudança, classificando-as de acordo com o estadio do ciclo de mudança em que se encontram, e justificando a sua resposta?
- Em que consiste a entrevista motivacional? Defina-a, referindo os seus objetivos e componentes.
- Quais as fases de intervenção para a mudança?
- Identifique os princípios básicos da entrevista motivacional.
- Quais as estratégias utilizadas para a mudança?
- Quais as Habilidades utilizadas na primeira fase da intervenção para a mudança?
- Considerando as situações que definiu e classificou anteriormente recorrendo ao ciclo de mudança, refira qual a intervenção adequada para cada uma delas, sugerindo questões ou afirmações a fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
2. Jungerman, F.; & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5), 197-207.
3. Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Lidel.
4. Nunes, S. & Castro, M. (2011). Habilidades Motivacionais. In Nunes, S.; Castro, M. (orgs) (2011). *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento* [online]. Londrina: EDUEL. Acedido em SciELO Books <<http://books.scielo.org>> a 12/11/2017.
5. Carrió, F. (2012). *Entrevista Clínica: Habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Proto Alegre: Artmed.
6. Karzenowski, A. & Puskar, K. (2011). Motivational Interviewing: A Valuable Tool for the Psychiatric Advanced Practice Nurse. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(7), 436–440.
7. Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S., & Schulz, P. (2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 699–718.