

# Intervenção Breve e Entrevista Motivacional no Uso de Substâncias Psicoativas

## Brief Intervention and Motivational Interview in the Use of Psychoactive Substances

Danilo Ribeiro 

### RESUMO

O presente artigo visa apresentar para o médico não especialista o tratamento da Intervenção Breve (IB), além de técnicas de entrevista motivacional para o manejo de pacientes usuários de substâncias psicoativas em ambiente hospitalar e ambulatorial. A IB é um tratamento com eficácia comprovada no tratamento do uso abusivo e na dependência de substâncias psicoativas, com baixos custos para sua implementação e que pode ser realizada por diversos profissionais de saúde, desde que devidamente qualificados. O conhecimento da IB pelo médico não especialista é de extrema importância, pois permite que o tratamento do paciente seja iniciado de forma mais rápida. Muitas vezes ele será o primeiro e único profissional com o qual o paciente terá contato, o que aumenta a chance de adesão ao tratamento, por conseguinte a sua eficácia. O profissional que saiba aplicar a IB poderá realizar a triagem dos casos e assim encaminhar o paciente de forma adequada, caso seja necessário, para seguimento especializado.

**Palavras-chave:** Intervenção breve, Entrevista motivacional, Tratamento, Drogas.

### ABSTRACT

This article aims to present to the non-specialist physician the treatment of Brief Intervention (BI) and motivational interviewing techniques for the management of patients who use psychoactive substances for both inpatient and outpatient settings. BI is a treatment with proven effectiveness in the treatment of psychoactive substances-related problems, with low cost for its implementation and can be performed by several health professionals (provided they are duly qualified). Knowledge of the BI by the non-specialist physician is extremely important, as it allows the patient's treatment to be started more quickly. Often he will be the first and only health professional that will assess the patient, which increases the chance of adherence to treatment and therefore its effectiveness. The professional who knows how to apply the BI will be able to perform the triage of cases and thus refer the patient properly if specialized follow-up is necessary.

**Keywords:** Brief intervention, Motivational interviewing, Treatment, Drugs.

## PORQUE O MÉDICO NÃO-PSIQUIATRA PRECISA SABER SOBRE ESSE TEMA?

O uso de substâncias psicoativas na população geral atendida pela atenção primária é prevalente e associado com prejuízo funcional significativo. Frequentemente, tais pacientes apresentam comorbidades diversas e o rastreamento e intervenção precoce podem melhorar o prognóstico.

## INTRODUÇÃO

A Intervenção Breve (IB) é uma estratégia de intervenção estruturada, focal, objetiva e com procedimentos técnicos. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, reconhecendo a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade pelas escolhas.

A Intervenção Breve engloba um conjunto de estratégias ou procedimentos psicossociais que variam quanto à duração, estrutura, metas, meio de comunicação, ambiente de execução, além dos seus diferentes fundamentos teóricos. Foi inicialmente proposta como uma abordagem para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá

Hospital Estadual de Serrana. Serrana (SP), Brasil



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.221927>

com o objetivo de diminuir e cessar a quantidade de uso do álcool.

Atualmente, vê-se uma maior aplicabilidade da IB, tendo evidências<sup>1</sup> para o tratamento dos transtornos de uso de substâncias de modo geral (maconha, cocaína, tabaco), desde indivíduos com um padrão de uso abusivo até aqueles com um quadro de dependência (nesse caso, em associação com outras formas de tratamento). O objetivo é o de reduzir ou cessar o uso de determinada substância psicoativa<sup>2,3</sup>.

Como pontuado anteriormente, a IB engloba várias formas de abordagem, em um espectro variando desde um aconselhamento e *feedback*, sem uma estrutura pré-definida, até formas de intervenção mais complexas, com maior planejamento e estrutura de aplicação, baseadas em técnicas e conceitos de Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Comportamental Dialética e *Mindfulness*.

O foco da IB visa a mudança de comportamento do paciente através de um trabalho motivacional. A motivação pode envolver vários aspectos do uso da droga: pode estar relacionada à adesão ao tratamento, à mudança de determinado comportamento, à mudança de determinado pensamento, entre outros. O profissional trabalhará com o paciente de acordo com a sua motivação, portanto a aplicação da IB em um paciente que deseja diminuir o uso de álcool (menor motivação) será diferente daquela aplicada ao paciente que deseja cessar o uso (maior motivação).

O tempo de tratamento é limitado. As sessões têm a duração variando entre 5 e 60 minutos, tendo o máximo de seis encontros ao longo do processo. Nas sessões, é possível a utilização de materiais diversos (vídeos, cartilhas de orientação, textos de psicoeducação) e diversos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos generalistas, assistentes sociais) podem realizar a IB, desde que adequadamente treinados.

A diversidade das possíveis formas de aplicação e o seu baixo custo permitem que a IB possa ser inserida em diferentes tipos de serviços de saúde (hospitais, serviços de urgência, serviços de assistência social, atenção primária)<sup>4-6</sup>. A maior evidência e a maior quantidade de estudos estão relacionadas a aplicação no ambiente da atenção primária, local onde, muitas vezes, ocorre o primeiro contato do paciente com o sistema de

saúde. Na atenção primária, a IB aparece como o tratamento mais eficaz para redução dos riscos ligados ao consumo de álcool<sup>7</sup>.

Os objetivos da IB também sofrem influência do local onde ela é realizada. Em ambientes neutros (pessoas em um shopping recebendo conselhos e feedback por meio de profissionais de saúde, por exemplo) o objetivo da intervenção pode girar em torno de psicoeducação sobre comportamentos no uso abusivo de substâncias e conselhos sobre redução de prejuízos associados. Em ambientes hospitalares, devido a maior facilidade, o objetivo pode ser o de realizar encaminhamentos para locais de tratamentos especializados<sup>8</sup>.

O cenário ideal para a aplicação da IB, onde se tem as melhores evidências de resultados, envolve o tratamento de usuários de álcool na atenção primária que não configuram comportamento de dependência, mas sim de uso abusivo ou comportamento de risco. A IB, nesse contexto, tem um papel de prevenção secundária rápido, econômico e eficaz, sendo aplicada nesses casos para diminuir o consumo de álcool nessas populações.

## ETAPAS DA AVALIAÇÃO

A IB pode ser dividida em duas etapas, primeiramente a *Triagem* seguida da *Intervenção*. O objetivo da Triagem é identificar as pessoas que fazem uso de substâncias, bem como os padrões de consumo e o prejuízo funcional decorrente de tal uso. A Intervenção é o momento no qual são organizadas as metas, estratégias e feito o acolhimento do paciente.

### Triagem

O rastreamento de pessoas que fazem uso de substâncias se dá por meio do uso de instrumentos que possam nos sinalizar sobre as características do padrão de uso de tais substâncias. Critérios diagnósticos encontrados no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)<sup>9</sup> ou na Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)<sup>10</sup> nos ajudam a caracterizar os quadros de uso abusivo e de dependência.

O uso nocivo de determinada substância psicoativa é caracterizado por um padrão de uso associado a danos à saúde. O dano pode ser físico (desnutrição, doenças hepáticas) ou mental (surto de episódios depressivos, transtornos de ansiedade). Os critérios de dependência en-

volvem a tolerância à substância, a fissura pelo uso, a falta de controle, sintomas de abstinência, prejuízo funcional e quantidade de tempo envolvida no uso. Alguns destes itens e a diferença na classificação em cada manual diagnóstico são vistos no Quadro 1.

### Quadro 1.

Comparação entre os critérios de dependência de substâncias psicoativas do CID-10 e DSM-5

	CID-10	DSM-5
Tolerância	Doses crescentes da substância são necessários para alcançar o mesmo efeito que antes precisava de doses mais baixas	Necessidade de quantidades maiores para atingir o efeito desejado ou redução do efeito com o uso da mesma quantidade
Perda de controle	Dificuldade em controlar o padrão de consumo	Consumo realizado por mais tempo ou em quantidades maiores que a pretendida
Síndrome de abstinência	Estado fisiológico de sintomas de abstinência ou uso da substância para atenuar/evitar tais sintomas	Síndrome de abstinência da substância ou consumo da mesma substância ou similar para atenuar/evitar tais sintomas
Negligência de atividades e tempo gasto	Prioriza o uso da substância no lugar de interesses prévios, aumento do tempo para se recuperar dos efeitos da substância	Abandono ou redução de atividades dos âmbitos sociais, ocupacionais ou recreativos (negligência); tempo elevado gasto para a obtenção, uso ou recuperação dos efeitos da substância (tempo gasto)

Adaptado de De Micheli et al., 2018<sup>11</sup>

Também é possível utilizarmos instrumentos de rastreamento, como o AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) e ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) para realizar a triagem na fase inicial da IB. Tais instrumentos não realizam o diagnóstico de abuso ou dependência, mas trazem informações sobre os padrões de uso e possíveis prejuízos associados, além de sinalizar os casos que devem ser avaliados com maior cuidado e quando é indicado encaminhar tais pacientes a serviços especializados.

O AUDIT é um instrumento validado em diversos países, inclusive no Brasil<sup>12</sup>, desenvolvido em 1980 pela Organização Mundial de Saúde para identificação de problemas associados ao uso de álcool. É um instrumento de avaliação abrangente, de simples e fácil utilização, disponível em <https://subpav.org/download/prot/Question%C3%A1rio%20AUDIT>. Inicia pela quantificação do consumo de álcool (três primeiras questões), passando pelos problemas associados e gravidade do uso (quarta à décima questão). A maioria dos itens é pontuado de 0 (nunca) a 4 (todos os dias ou quase todos), com exceção das duas últimas questões que tem apenas três respostas que pontuam 0, 2 e 4,

respectivamente: não; sim, mas não no último ano; sim, durante o último ano.

Após a aplicação do questionário, deve-se somar os números obtidos nas questões para realizar a classificação de risco do paciente (Quadro 2). A classificação é dividida em cinco diferentes zonas, sendo que a Zona I tem a menor pontuação (padrão de uso menos intenso) e a Zona IV tem a maior pontuação (padrão de uso mais intenso). Essa classificação permite que sejam traçadas metas diferentes na fase de intervenção de acordo com o nível de risco encontrado.

O ASSIST, por sua vez, é um instrumento voltado para a avaliação do uso de álcool, tabaco e de outras drogas. Foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde contando com a participação de pesquisadores brasileiros<sup>14,15</sup>. O ASSIST avalia a quantidade de uso, os problemas associados ao uso e indícios de dependência.

O ASSIST tem o total de oito questões e está disponível em Henrique et al., 2004<sup>15</sup>. Deve ser aplicada separadamente para cada substância utilizada, sendo que os sete primeiros itens estão relacionados ao uso de diversas substâncias psicoativas, e o último item relacionado ao uso de drogas injetáveis.

**Quadro 2.**

Caracterização do padrão de uso e possibilidades de intervenção de acordo com o risco encontrado

Nível de Risco	Padrão de Uso	Pontuação do AUDIT	Intervenção
Zona I	Uso de baixo risco	0-7	Parabenizar o paciente apontando que está dentro do limite de baixo risco e trabalhar prevenção
Zona II	Uso de risco	8-15	Propor ao paciente um plano de metas para redução do consumo de álcool Trabalhar motivação e não confrontar
Zona III	Uso nocivo	16-19	Orientar os riscos do padrão de consumo de álcool do paciente Avaliar grau de motivação à mudança e estabelecer metas compatíveis
Zona IV	Provável dependência	20-40	Orientações básicas + Aconselhamento breve + Referenciamento

Adaptado de Botti et al., 2010<sup>13</sup>

Nos casos em que se percebem riscos e problemas relacionados ao uso de substâncias, mas sem um padrão de dependência, a IB se torna uma das principais formas de abordagem, sem a necessidade de encaminhamento para serviços especializados.

Durante a fase de triagem, é importante realizar uma anamnese que investigue o tempo de abstinência, a quantidade de substância consumida, a via de administração escolhida, o ambiente de consumo e a frequência do consumo nos últimos meses. Deve-se estar atento aos si-

nais de problemas relacionados ao uso de substâncias nas várias esferas da vida do paciente<sup>16</sup>.

**Intervenção**

Após o paciente ser avaliado na fase de triagem e ser constatado indicação para o tratamento em IB, inicia-se a fase de intervenção que é baseada em seis fundamentos, cujas iniciais compõem a palavra FRAMES<sup>17</sup> (Quadro 3).

**Quadro 3.**

Fundamentos essenciais para a avaliação em intervenção breve

Fundamentos	Características
<b>FEEDBACK</b> (Devolutiva)	O paciente recebe um retorno (feedback) em relação à sua pontuação nos questionários de rastreio (AUDIT ou ASSIST). Deve-se orientar sobre os riscos associados ao uso e convidar o paciente para iniciar o tratamento de IB, caso haja indicação. Durante essa etapa o paciente recebe informações objetivas sobre os prejuízos do uso da substância em sua vida (prejuízos estes que muitas vezes são minimizados ou ignorados ao longo da vida).
<b>RESPONSIBILITY</b> (Responsabilidade)	Nessa etapa deve-se enfatizar a responsabilidade do paciente em relação às suas decisões e à sua autonomia. Mostra-se ao paciente que ele é responsável sobre as suas escolhas. Nesse momento, deve-se também estabelecer, em conjunto com o paciente, uma meta para o tratamento. A função do profissional não é decidir pelo paciente, mas sim de alertá-lo e ajudá-lo.
<b>ADVICE</b> (aconselhamento)	O profissional deve fornecer orientações e recomendações sobre os benefícios da interrupção do uso de substâncias e os malefícios da continuidade do uso. As orientações devem ser claras, objetivas e sem juízo de valor. É importante associar os problemas atuais do paciente ao uso de substâncias, já que muitas vezes tal percepção por parte do paciente não ocorre. É válido oferecer materiais didáticos informativos ao paciente.

*(continua...)*

**Quadro 3.***(continuação)*

Fundamentos	Características
<b>MENU</b> (opções)	Neste momento, o profissional ajuda o paciente a identificar as situações de risco que estão associadas ao uso de substâncias. A partir desta identificação, deve-se ajudar o paciente a pensar em opções e em alternativas de ações que podem ser implementadas para evitar ou diminuir o uso. O profissional oferece um “cardápio” de estratégias ao paciente.
<b>EMPATHY</b> (empatia)	Empatia refere-se à postura esperada do profissional que aplica a IB. Deve-se ter disponibilidade de escuta e capacidade de acolhimento para criar um vínculo terapêutico empático, de forma compreensiva e sem apresentar atitudes agressivas ou de confronto.
<b>SELF EFFICACY</b> (autoeficácia)	É importante estimular a autoconfiança do paciente para que ele possa se manter otimista para realização das estratégias propostas no tratamento, para que ele possa acreditar em seus próprios recursos e acreditar na sua capacidade de mudança.

**Dicas do especialista**

Algumas perguntas que podem ser úteis para identificar as situações de riscos relacionados ao uso de substância:

- Em qual ambiente o uso de (nome da substância) acontece?
- Você está sozinho ou acompanhado quando faz o uso de (nome da substância)?
- O que você sente antes, durante e após o uso de (nome da substância)?
- Quais gatilhos emocionais te estimulam a usar (nome da substância)?

É importante o profissional saber em qual estágio de motivação (Quadro 4) o paciente está para adequar corretamente as metas e estratégias do tra-

tamento. Se o paciente se encontra na fase de pré-contemplação, ele dificilmente terá motivação para mudança porque neste momento não conseguirá identificar os danos do uso em sua vida, então realizar metas de prevenção não será efetivo. Para que o paciente possa tomar atitudes para mudar ele precisa, primeiramente, estar motivado à mudança. E essa motivação ocorre a partir do momento no qual ele percebe o prejuízo do uso de substâncias em sua vida. Caso o paciente não consiga identificar que tenha um problema e esteja pouco motivado à mudança, pode-se empregar técnicas da entrevista motivacional para trabalhar sua motivação.

**Quadro 4.**

Caracterização dos estágios de motivação e possibilidades de intervenção terapêutica.

Estágio	Características	Intervenção
Pré-Contemplação	A pessoa não identifica que tem um problema; Não tem intenção de mudar comportamento.	Aumentar a percepção da pessoa sobre os problemas causados pelo comportamento atual.
Contemplação	A pessoa já tem alguma consciência do problema; Está pensando seriamente em mudar o comportamento nos próximos seis meses; Alto nível de ambivalência.	Buscar razões para mudanças e risco de não mudar; Fortalecer a crença do paciente sobre a possibilidade de mudança.
Determinação	Intenção de mudar o comportamento, geralmente no próximo mês; Faz um plano para conseguir mudar.	Auxiliar a definir a forma mais efetiva de alcançar a meta desejada.
Ação	Houve mudanças significativas no estilo de vida nos últimos seis meses; Está engajado em ações na busca por mudanças.	Ajudar o paciente rumo à mudança.
Manutenção	Menor possibilidade de recaída; Aumento na confiança que pode continuar seu processo de mudança.	Ajudar a identificar estratégias de prevenção de recaída.

## ESTRUTURA DOS ATENDIMENTOS EM INTERVENÇÃO BREVE

A partir dos conceitos apresentados nas fases de Triagem e Intervenção, pode-se estruturar um esquema de consultas em quatro etapas, detalhados no Quadro 5.

### Quadro 5.

Consultas e abordagens em Intervenção Breve (IB)

CONSULTAS	ABORDAGENS
1º	Anamnese objetivando delimitar o diagnóstico de dependência ou de uso abusivo, além de comorbidades psiquiátricas. Anamnese clínica visando identificação de doenças clínicas. Solicitar exames laboratoriais se necessário. Avaliar o grau de motivação e estabelecer a meta do tratamento. Avaliar o consumo de substâncias desde a última avaliação.
2º	Checar exames e encaminhar para especialista se necessário. Avaliar as dificuldades encontradas caso o paciente não tenha cumprido a meta. Aplicar balança decisional e reforçar a meta.
3º	Avaliar o consumo de substâncias desde a última avaliação. Reavaliar pontos de dificuldades e organizar novas estratégias de enfrentamento. Entregar materiais informativos.
4º	Avaliar o consumo de substâncias desde a última avaliação. Avaliação do progresso do tratamento até o momento. Se necessário, encaminhar para serviço especializado para dependência.

## O processo de mudança e a entrevista motivacional

A Intervenção Breve trabalha diretamente com os processos de mudança do paciente. Mudar um hábito disfuncional exige motivação que só será efetiva se o paciente acreditar que é capaz de mudar e se estiver aberto ao processo da mudança.

Nem sempre o paciente chega ao atendimento motivado e com um plano de cessar o uso (estágio motivacional de determinação). Na grande maioria das vezes, o paciente está ambivalente

quanto à mudança (contemplação) ou não percebe a necessidade de mudança (pré-contemplação). Nessas duas últimas situações será necessário engajar o paciente no processo de mudança, fazer o paciente refletir sobre sua condição, repensar e se motivar. Para isso, é necessário aplicar nas avaliações conceitos de Entrevista Motivacional (EM).

A EM é um conjunto de técnicas para auxiliar o paciente com a motivação e a manter a determinação pela mudança e aplicar mudanças comportamentais visando seu objetivo. Parte essencial é o respeito pela autonomia do indivíduo. A responsabilidade pela mudança é deixada para o paciente<sup>18</sup>.

A EM é composta por quatro elementos, descritos no Quadro 6<sup>19</sup>.

### Quadro 6.

Elementos da EM e suas características

Elementos da EM	Características
<i>Parceria</i>	O profissional deve procurar caminhos e saídas juntamente com o paciente, evitando de se colocar no lugar da pessoa que resolve os problemas pelo outro. A postura prescritiva, onde o profissional é a pessoa que dá ordens e dita a conduta a ser realizada, não é efetiva; É necessário se interessar pela história do paciente, ajudá-lo a perceber suas dificuldades e suas qualidades, além de ajudá-lo a encontrar um caminho que faça sentido para ele.
<i>Aceitação</i>	O profissional deve aceitar, respeitar e acolher as opiniões e ações do paciente para criar um ambiente livre de julgamentos. Aceitar é diferente de concordar, e se o profissional aprova ou reprova determinada questão não é relevante ao paciente. Ser julgado por uma pessoa gera um estado pouco propício à mudança. Se o profissional aceita o paciente do jeito que ele é, este se sentirá mais livre e disposto para experimentar movimentos de mudança; É importante fazer com que o paciente escute a si mesmo e dê conta de suas motivações e ambivalências, assumindo uma decisão perante seu comportamento de risco. Para que isso seja possível, é necessário que o profissional tenha empatia, faça esforço para compreender o paciente em suas dificuldades e em suas potencialidades. E não cair no erro de criar expectativas e metas que são provenientes dos desejos do profissional e não do paciente.

(continua...)

**Quadro 6.**  
(continuação)

Elementos da EM	Características
Evocação	Deve-se ajudar o paciente a evocar (lembrar, recordar) recursos internos que possam auxiliá-lo no processo de mudança. Cabe ao profissional evocar e empoderar o indivíduo quanto aos seus próprios recursos, evitando que o profissional tente corrigir no paciente aquilo que lhe parece errado ("reflexo de endireitamento").
Compaixão	Através da compaixão o profissional pode se aproximar da pessoa do paciente como um todo, em toda a sua complexidade. O que garante uma maior compreensão das dificuldades e das facilidades que ela enfrentará no processo de mudança. Assim, cada paciente percorrerá um caminho único, que deverá ser condizente com as suas necessidades e não às necessidades do profissional.

Esses quatro elementos podem ser entendidos através de quatro princípios orientadores que são: **resistir, compreender, escutar e empoderar** (Quadro 7). Em inglês, suas iniciais formam a palavra RULE (regra)<sup>11</sup>.

**Quadro 7.**  
Princípios orientadores da EM e suas características

Princípios	Características
RESIST	Resistir à tendência de solucionar os problemas do paciente. Não se trata de tentar dar interpretações ou respostas aos pacientes. Esse tipo de abordagem pode resultar em resistência do indivíduo ao processo de mudança.
UNDERSTAND	Compreender: deve-se focar nos aspectos e motivações individuais de cada paciente, e não em motivos da equipe ou do profissional de saúde.
LISTEN	Escutar de forma ativa e reflexiva, prestando atenção na fala do paciente, de forma empática, e ter em mente que as questões centrais do paciente se encontram dentro deles.
EMPOWER	Empoderar ou fortalecer o indivíduo. Cada um deve ativamente participar do próprio processo terapêutico.

## Algumas técnicas de entrevista motivacional

Após o entendimento dos princípios da EM, segue a sugestão de sete técnicas para ajudar no processo de motivação do paciente e no desenvolvimento da etapa de intervenção do tratamento (Quadro 8)<sup>11</sup>.

**Quadro 8.**  
Técnicas da EM

Evite usar rótulos ou jargões, como: alcoólatra, maconheiro, drogado etc. Isso só intimida e envergonha o paciente, dificultando o estabelecimento do vínculo necessário para uma boa intervenção, além de ampliar o estigma em relação ao uso e ao usuário.
Faça perguntas abertas, como: "Me fale mais sobre seu consumo de maconha...."
Procure fazer a chamada "escuta reflexiva", que é um modo de demonstrar o entendimento do que o paciente lhe diz. Por exemplo: "Você está querendo me dizer que o seu consumo está causando problemas em seu trabalho?" ou "Se eu entendi bem, você disse que costuma beber grandes quantidades quando está com seus amigos de trabalho...". Isso evita que o paciente negue alguma afirmação já feita, mencionando que não foi isso que ele quis dizer, ou que você entendeu errado.
Procure demonstrar sensibilidade e empatia, sendo sempre receptivo às questões abordadas pelo paciente.
Procure aumentar a consciência do paciente sobre os benefícios relacionados à sua mudança de comportamento. Mostre a ele que as coisas podem melhorar, mas que isso depende principalmente de um posicionamento dele (responsabilidade). Reforce sua liberdade de escolha.
Sempre encoraje o paciente e reforce sua autoeficácia (self-efficacy), em relação aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Diga que você confia nele, que acredita em sua capacidade de mudar.
Preste atenção à comunicação não verbal do paciente, ou seja, se ele parece agitado, inquieto, nervoso etc. Isso também vale para você: demonstre interesse olhando nos olhos da pessoa e ouvindo atentamente. Usuários de substâncias apresentam maiores chances de mudança de comportamento quando a) percebem que o uso de substância é o causador de seus problemas; b) acreditam que as coisas podem melhorar; c) acreditam que podem ou conseguem mudar.

Adaptado de De Micheli et al., 2018<sup>11</sup>

### Tópicos-chave

Lembrar de realizar a triagem do uso de substâncias psicoativas nos diversos contextos de atendimentos - utilize as escalas de rastreio (AUDIT ou ASSIST) sempre que possível;  
Não retardar a intervenção caso seja encontrada indicação de Intervenção Breve - você pode ser o único contato com um profissional de saúde que o paciente terá;  
A decisão e o tipo de intervenção devem levar em conta o desejo e o grau de motivação do paciente;  
Não realizar julgamentos e sempre demonstrar empatia para com o paciente.

## REFERÊNCIAS

- Glasner-Edwards S, Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: Review and recommendations for public policy. *Health Policy (New York)*. 2010 Oct; 97(2-3):93-104.
- Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*. 2001 Sep; 96(9):1279-87.
- Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2001 Sep; 21(2):55-64.
- Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ*. 1988 Sep 10; 297(6649):663-8.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997 Apr 2; 277(13):1039-45.
- Chick J, Lloyd G, Crombie E. Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *BMJ*. 1985 Mar 30; 290(6473):965-7.
- Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Feb 24; 2018(6).
- BIEN TH, MILLER WR, TONIGAN JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993 Mar; 88(3):315-36.
- American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. 2014.
- Iacoponi E. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999 Jun; 21(2):132-132.
- De Micheli D, Formigoni M, Carneiro A. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. Coleção SUPERA, 1ª ed São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP). 2018;
- Mendez B. Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. 1999;
- Botti NCL, Castro CG de, Silva AK, Silva MF da, Oliveira LC de, Castro ACHOA de, et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2010; 6:536-55.
- Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. 2008 Jun; 103(6):1039-47.
- Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB de, Lacerda LA de, Formigoni MLO de S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004 Apr; 50(2):199-206.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Associação Médica Brasileira. 2002;
- Center for Substance Abuse Treatment. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. Guilford Press; 2008.
- Fliglie NB, Guimarães LP. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. Vol. 34, Boletim da Academia Paulista de Psicologia. São Paulo; 2014. p. 472-89.

---

Autor Correspondente:  
Danilo Ribeiro  
danilorib@heserrana.faepa.br

Editor:  
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 08/02/2024  
Aprovado: 19/04/2024

---