

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

KAREN PRISCILA DEL RIO SZUPSZYNSKI  
TESE DE DOUTORADO

**ESTUDO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS ILÍCITAS**

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre  
2012

KAREN PRISCILA DEL RIO SZUPSZYNSKI

**ESTUDO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS ILÍCITAS**

Tese de Doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre  
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Karen Priscila Del Rio Szupszynski

**ESTUDO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS ILÍCITAS**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Margareth da Silva Oliveira**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS  
Presidente

**Dra. Carolina Yahne**

University of New Mexico – Albuquerque (EUA)

**Dra. Neliana Buzi Figlie**

Universidade Federal de São Paulo – USP

**Dra. Silvia Helena Koller**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

**Dra. Helena Maria Tannhauser Barros**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Á minha mãe, pai e irmã pelo  
incondicional apoio.

Ao meu marido, pela compreensão,  
apoio e amor.

E ao meu querido avô Arturo Del Rio (*in  
memoriam*), pois na última vez em que  
nos falamos (janeiro de 2000) ele disse:  
“*Minha neta será uma Doutora*”.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Margareth da Silva Oliveira, pela disponibilidade, amizade, compreensão, apoio, incentivo e orientação.

Ao Professor PhD Carlo DiClemente pela sua coorientação e momentos inesquecíveis de aprendizado. Pelas excelentes supervisões que possibilitaram a descrição de muitos resultados presentes nesta Tese.

À minha querida amiga e colega Martha Ludwig, por toda ajuda e fidelidade; pelos cafés com desabafos; e por ter me dado “seu ombro amigo” real e virtualmente, nas horas mais difíceis.

À minha colega de doutorado Viviane Rodrigues, por ter dividido as “fortes emoções” deste estudo;

Aos queridos e essenciais auxiliares de pesquisa, bolsistas e estagiárias: Letícia, Andressa, Dhiordan, Yasmine, Rafaela, Juliana, Anelise, Danielle, Maiara e em especial a minha querida Marina Yates que foi um anjo para mim neste Doutorado. .

Aos colegas, mestrandos e doutorandos, do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva, pelas sugestões, ajuda e amizade. E querida e eficiente Estatística, Luísa, que me auxiliou nas horas mais complexas e significativamente relevantes.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, professores da área clínica e Secretaria, pelo acolhimento e ensino recebido.

A CAPES pela bolsa de doutorado.

Ao CNPq pela bolsa de Doutorado Sanduíche e apoio financeiro.

À FAPERGS pelo apoio financeiro.

À University of Maryland, Baltimore County (UMBC) pela excelente recepção e oportunidade de estudos no Doutorado sanduíche.

À minha Banca Examinadora por terem aceitado o convite para participar da defesa deste estudo.

E, por fim, minha gratidão aos participantes e instituições que contribuíram na realização deste estudo, disponibilizando espaço para coleta de dados, acreditando em nossa proposta de intervenção e recebendo nossa equipe de braços abertos.

**MUITO, MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

Esta Tese de doutorado trata sobre o Estudo dos processos de Mudança, conforme os construtos do Modelo Transteórico de Mudança, em dependentes químicos. A Seção I é o capítulo teórico da presente Tese e teve como objetivo realizar uma Revisão de Literatura sobre o Modelo Transteórico de Mudança. O método utilizado foi a Revisão Bibliográfica, elaborada a partir de uma pesquisa nas Bases de Dados *Pubmed*, *Psycinfo*, *Web of Science* e *Lilacs*. Os descritores utilizados foram *transtheoretical model*, *processes of change*, *drug*, *validity* e *treatment*. Foram explicados os conceitos dos Estágios de Mudança, Balança Decisional, Auto-eficácia, Tentação para o uso e Processos de Mudança. A Seção II, intitulada “Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de processos de mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas” apresenta o resultado da tradução e adaptação para a realidade brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de drogas. O método utilizado foi de um estudo quantitativo e transversal, de cunho instrumental. A amostra foi constituída de 328 sujeitos usuários de substâncias psicoativas ilícitas. De acordo com os resultados, o processo de tradução e adaptação dos instrumentos para o português brasileiro se mostrou satisfatório e a versão final apresentou linguagem adequada às necessidades da população. Além disso, pôde-se constatar que a versão brasileira da Escala de Processos de Mudança para usuários de drogas é um instrumento com valores de fidedignidade e validade satisfatórios. A Seção III (“Intervenção para usuários de drogas baseada no modelo transteórico de mudança: estudo de adaptação de intervenção grupal”) teve dois objetivos centrais. O primeiro foi de realizar uma adaptação brasileira do Manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” (Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001) para usuários de drogas. O segundo foi de testar empiricamente a efetividade desta adaptação. A adaptação da intervenção foi realizada de forma adequada em relação à tradução e condensação do Manual original, obtendo-se um programa de oito sessões. De acordo com os resultados do estudo empírico de testagem do novo programa de intervenção, foi possível perceber que a Intervenção proposta no Grupo Experimental demonstra bons resultados frente ao problema do uso de crack e um interessante potencial de efetividade. No entanto, os resultados obtidos ainda não podem estar relacionados a uma comprovação de efetividade. A Seção IV, intitulada “Aplicabilidade do modelo transteórico de mudança na dependência química: correlações entre os construtos” objetivou averiguar se há uma relação estatística entre os principais construtos do MTT, tentando comprovar se a correlação teórica se aplica à prática em usuários de drogas no Brasil. Participaram deste estudo 142 sujeitos usuários de crack internados em unidades de tratamento para Dependência química. Os resultados mostraram a existência empírica da relação entre os construtos do MTT. Os Processos de Mudança, Autoeficácia, Tentação para uso e Estágios de Mudança apresentaram correlações significativas, conforme postulado teoricamente.

**Palavras-chave:** Modelo Transteórico, dependência química, crack, Processos de Mudança, validação, intervenção.

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 (Psicologia)

**Subárea conforme classificação CNPq:** 7.07.01.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia)

## ABSTRACT

This dissertation is about the study of the Processes of Change in drug users. The first section is the theoretical chapter of the thesis and aimed to conduct a literature review about the Transtheoretical Model of Change. The method used was a Literature Review, prepared from a survey in Databases PubMed, PsycINFO, Web of Science, and Lilacs. This section explained the concepts of the Stages of Change, Decisional Balance, Self-efficacy, Temptation to use and Processes of Change. The second section, entitled "Psychometric properties of the Brazilian version of the Processes of Change Questionnaire (EPM) in users of illicit psychoactive substances" presented the result of the translation and adaptation of the Brazilian Scale of Processes of Change (EPM) for drug users. The method used in this section was a quantitative research, cross-sectional and instrumental, with a sample of 328 drug users. According to the results, the process of translation and adaptation of instruments for Brazilian Portuguese proved satisfactory and with a good final version. Furthermore, it was noted that the Brazilian version to the Scale of Processes of Change for drug users is an instrument with adequate reliability and validity. In the third Section ("Intervention to drug users based on the Transtheoretical Model of Change: study intervention group") there were two main objectives. The first one was to conduct a Brazilian adaptation of the Manual "Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual" (Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001) for drug users. The second was to empirically test the effectiveness of this manual adaptation. The adaptation of the intervention was adequate, and a program with 8 sessions was constructed. According to the results of the empirical testing of this new intervention program, it was possible to see that the intervention proposed in the Experimental Group shows good results against the problem of crack cocaine use and a potential effectiveness. The fourth and last section entitled "Applicability of the Transtheoretical model of change in addiction: correlations among constructs" aimed to determine whether there is a statistical relationship between the main constructs MTT. This research tried to prove if the theory has correlation with the practice in Brazilian drug users. The sample was 142 crack users in treatment. The results showed that there is empirical relationship between the constructs of MTT. The Processes of Change, Self-efficacy, Temptation to use and Stages of Change have significative correlation as in the theory.

**Keywords:** Transtheoretical Model, drug addiction, crack, Processes of Change, validation, intervention.



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.</b> .....	11
<b>LISTA DE FIGURAS.</b> .....	12
<b>LISTA DE QUADROS.</b> .....	13
<b>LISTA DE SIGLAS.</b> .....	14
<b>INTRODUÇÃO.</b> .....	15
Referências. ....	20
<b>SEÇÃO I – Conceitos e aplicações do modelo transteórico de mudança</b> .....	23
Introdução. ....	23
Método .....	25
Revisão Bibliográfica .....	25
Considerações Finais .....	39
Referências .....	41
<b>SEÇÃO II – Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas</b> .....	44
Introdução. ....	44
Método .....	52
Resultados .....	58
Discussão e Conclusões .....	69
Referências.....	73
<b>SEÇÃO III – Intervenção para usuários de drogas baseada no modelo transteórico de mudança: estudo de adaptação de intervenção grupal.</b> .....	76
Introdução. ....	76

Método .....	82
Resultados .....	87
Discussão e Considerações Finais .....	94
Referências .....	98
<b>SEÇÃO IV – Aplicabilidade do modelo transteórico de mudança na dependência química: correlações entre os construtos.....</b>	<b>101</b>
Introdução .....	101
Método .....	108
Resultados .....	111
Discussão e Considerações Finais .....	115
Referências .....	119
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE .....</b>	<b>123</b>
Referências .....	125
<b>ANEXOS .....</b>	<b>126</b>
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS.....	127
ANEXO B – MANUAL DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	128
ANEXO C – INSTRUMENTO VALIDADO: ESCALA DE PROCESSOS DE MUDANÇA – EPM.....	138
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	140

## LISTA DE TABELAS

### **SEÇÃO II – Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas.**

Tabela 1 – Perfil da Amostra .....	59
Tabela 2 – Percentuais de realização de tratamentos anteriores para o uso de droga.....	60
Tabela 3 - Análise da consistência interna das 2 principais dimensões EPM em comparação aos subitens.....	64
Tabela 4 - Análise Fatorial Confirmatória (definidos 2 fatores) - Análise das comunalidades, fatores e de $\alpha$ -Cronbach.....	66
Tabela 5 - Análise de correlação URICA x EPM .....	68
Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Pearson na associação entre os Processos de mudança e problemas de comportamento apontados pelo ASR.....	69

### **SEÇÃO III – Intervenção para usuários de drogas baseada no Modelo Transteórico de Mudança: estudo de adaptação de intervenção grupal.**

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos da amostra.....	89
Tabela 2 – Comparações entre grupos – Locais de Tratamento e início do uso.....	90
Tabela 3 - Distribuição da amostra em relação à dependência de drogas.....	91
Tabela 4 - Distribuição absoluta e relativa dos valores do Algoritmo na Avaliação e Reavaliação.....	92
Tabela 5 - Média, desvio padrão e mediana para as comparações entre os instrumentos do MTT.....	93

### **SEÇÃO IV – Aplicabilidade do Modelo Transteórico de Mudança na dependência química: correlações entre os construtos.**

<b>Tabela 1</b> – Perfil da amostra.....	111
<b>Tabela 2</b> – Coeficiente de Alpha de Cronbach dos instrumentos utilizados.....	112
<b>Tabela 3</b> - Correlação entre os Processos de Mudança e os Estágios de Mudança .....	114
<b>Tabela 4</b> – Correlação entre os Processos de Mudança, Autoeficácia e Tentação para o uso..	115

## **LISTA DE FIGURAS**

### **SEÇÃO I - conceitos e aplicações do Modelo Transteórico de Mudança**

Figura 1 – Modelo de Espiral dos Estágios de Mudança .....27

Figura 2 – Dispersão dos construtos de autoeficácia e de tentação entre os estágios de mudança..... 31

### **SEÇÃO II – Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas.**

Figura 1 – Distribuição dos Itens entre as subescalas da EPM – 20 itens..... 48

Figura 2 – Percentuais de dependentes de cada droga..... 60

### **SEÇÃO IV – Aplicabilidade do Modelo Transteórico de Mudança na dependência química: correlações entre os construtos.**

Figura 1 – Ênfase de uso dos Processos de Mudança em cada Estágio Motivacional..... 106

## LISTA DE QUADROS

### **SEÇÃO I - conceitos e aplicações do Modelo Transteórico de Mudança**

Quadro 1 – Interação entre os Estágios e os Mecanismos de Mudança..... 37

### **SEÇÃO II – Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas.**

Quadro 1 – Formação dos 10 Processos de Mudança do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento..... 46

Quadro 2 – Identificações da Versão americana e brasileira da Escala de Processos de Mudança..... 52

Quadro 3 – Comparação dos itens da Escala original com a versão brasileira..... 67

### **SEÇÃO III – Intervenção para usuários de drogas baseada no Modelo Transteórico de Mudança: estudo de adaptação de intervenção grupal.**

Quadro 1 – Estrutura de sessões do manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual”..... 84

Quadro 2 – Estrutura das sessões da versão brasileira adaptada no manual americano..... 88

### **SEÇÃO IV – Aplicabilidade do Modelo Transteórico de Mudança na dependência química: correlações entre os construtos.**

Quadro1- Hipótese de uso ideal dos Processos de Mudança entre os estágios de mudança. (Perz et al., 1996) ..... 104

## **LISTA DE SIGLAS**

MTT – Modelo Transteórico de Mudança

EPM – Escala de Processos de Mudança

EAAD - Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas

ESTUD - Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas

ASR - Adult Self Report

URICA - University of Rhode Island Change Assessment Scale

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

## INTRODUÇÃO

De acordo com o segundo o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2005), as drogas mais usadas são álcool (74,6%), tabaco (44,0%), maconha (8,8%), solventes (6,1%) e benzodiazepínicos (5,6%). Além disso, comparando-se estes dados com os do Levantamento de 2001, houve um aumento no consumo de em quase todas as drogas, sendo os maiores aumentos encontram-se no consumo de álcool (aumento de 5,9%), tabaco (aumento de 2,9%) e benzodiazepínicos (aumento de 2,3%). Com relação aos problemas atribuídos às drogas lícitas, a vontade de parar ou de diminuir o uso é o problema mais frequente identificado pelos usuários de álcool (11,4%) e tabaco (13,8%). Logo, nota-se uma dificuldade de motivação entre os usuários de drogas ilícitas.

Pesquisas demonstram que as substâncias psicoativas ilícitas alteram o desempenho social, ocupacional, fisiológico e cognitivo (Mattos, Alfano & Araújo, 2004; Cunha, Nicastri, Gomes, Moino & Peluso, 2004), pois os usuários passam a divergir de amigos e familiares, com relação aos interesses e em relação aos padrões de comportamento (Rodrigues, Caminha & Horta, 2006; Carlini, Noto, Galduróz & Nappo, 1996). Além disso, outro risco decorrente do uso de drogas ilícitas são os “riscos decorrentes da ilegalidade da droga”, que são caracterizados pelo tráfico de drogas no qual os principais riscos são: não honrar dívidas com traficantes; e roubar ou usar drogas perto dos locais de venda de droga dos traficantes, pois isso pode chamar a atenção da polícia e prejudicar o tráfico. Com isso, os usuários de droga, especialmente os consumidores de crack, quando comparados à população geral, apresentam maiores taxas de mortalidade, sendo as

causas mais observadas os homicídios e infecções pelo HIV (Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias & Laranjeira, 2006; Kessler & Pechansky, 2008; Azevedo, Botega & Guimarães, 2007).

O foco de estudos relacionados à dependência química tem se voltado cada vez mais para formas de tratamentos eficazes e capazes de manter a abstinência. O Modelo Transteórico de Mudança (MTT), desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), ganhou atenção crescente nas últimas décadas, pois está fundamentado em construtos que se interagem para explicar o processo de mudança e o conceito de motivação. O MTT propõe uma forma de compreender o processo de mudança comportamental como um processo em que a pessoa cria novos comportamentos, modifica comportamentos existentes ou cessa padrões disfuncionais de comportamentos (DiClemente, 2005). Prochaska afirma que o eixo central do Modelo Transteórico são os *Estágios de Mudança*, já bem conhecidos na literatura científica. No entanto, os *Mecanismos de Mudança* tem sido cada vez mais estudados. Os Mecanismos de Mudança estão embasados nos seguintes construtos: *Balança Decisional*, *Tentação* para retornar ao comportamento problema, *Autoeficácia* e *Processos de Mudança* (DiClemente, 2003). Identificar os mecanismos através dos quais a pessoa muda, antes ou ao longo do processo terapêutico, elucidaria importantes dados necessários para esclarecer discussões sobre os fatores que determinam uma mudança comportamental de sujeitos submetidos a tratamento (Nock, 2007).

Estudar os Mecanismos de Mudança, e mais especificamente os Processos de Mudança tornou-se o objetivo central desta Tese. Compreender melhor os construtos relacionados e como avaliações e intervenções podem se beneficiar com este conhecimento foram a “motivação” dos pesquisadores deste estudo. O uso de crack é um problema real de saúde e políticas públicas no Brasil. Logo, auxiliar na descoberta de possíveis intervenções ou técnicas justifica a relevância deste trabalho e os incansáveis esforços dos pesquisadores nesta área. Assim, a presente tese teve



como objetivo aprofundar os estudos sobre os Processos de Mudança na dependência química. Esta Tese está estruturada em quatro seções, em conformidade com o modelo de tese proposto no Ato Normativo No 002/07 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

A Seção I é o capítulo teórico da presente Tese e teve como objetivo realizar uma Revisão de Literatura sobre o Modelo Transteórico de Mudança. O intuito foi de definir cada um dos conceitos que integram o MTT, bem como compreender as possíveis aplicações destes construtos em diferentes populações. O método utilizado foi a Revisão Bibliográfica, elaborada a partir de uma pesquisa nas Bases de Dados *Pubmed*, *Psycinfo*, *Web of Science* e *Lilacs*. Os descritores utilizados foram *transtheoretical model*, *processes of change*, *drug*, *validity* e *treatment*. Os descritores nas bases de língua portuguesa foram *Modelo Transteórico*, *processos de mudança*, *drogas*, *substâncias psicoativas*, *validação* e *tratamento*. Os resultados encontrados referem-se a inúmeros artigos clássicos e atuais que tratam principalmente da explicação de cada construto e da associação entre eles. São explicados os conceitos dos Estágios de Mudança, Balança Decisiva, Autoeficácia, Tentação para o uso e Processos de Mudança. É ressaltada a correlação e integração dos construtos no processo de mudança e as evidências estatísticas dessas relações (Carbonari & DiClemente, 2000; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; DiClemente, 2005).

A Seção II, intitulada “Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas” apresenta o resultado da tradução e adaptação para a realidade brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de drogas. O objetivo central foi a investigar as evidências de validade da EPM. O método utilizado foi de um estudo quantitativo e transversal, de cunho instrumental

(Monteiro & Leon, 2005). A amostra foi constituída de 328 sujeitos usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Os dados foram coletados em sete diferentes locais especializados em tratamento para dependentes químicos, da região central e metropolitana de Porto Alegre. Foi realizado todo o procedimento de *Tradução reversa* (Borges, Balbinotti & Teodoro, 2010), na qual a EPM passou pelas traduções necessárias, Comitê de Juízes e Estudo piloto. Após foram calculadas as evidencias de validade: a) a Fidedignidade da escala foi medida através do cálculo do coeficiente do Alpha de Cronbach; b) a Validade do Conteúdo foi realizada através do método de comitê de Juízes-avaliadores e Coeficiente de Kappa; c) a Validade com testes de construtos relacionados foi realizada pela Correlação entre a EPM e a escala URICA, utilizando-se o Teste de Correlação de Pearson; c) e a por último foi realizada a Validade por meio da análise de Estrutura Interna, pelo método da Análise Fatorial Confirmatória. De acordo com os resultados, o processo de tradução e adaptação dos instrumentos para o português brasileiro se mostrou satisfatório e a versão final apresentou linguagem adequada às necessidades da população. Além disso, pôde-se constatar que a versão brasileira da Escala de Processos de Mudança para usuários de drogas é um instrumento com valores de fidedignidade e validade satisfatórios, sendo os valores encontrados semelhantes aos encontrados nos estudos originais (Pruitt et al., 2010; Guo, Fielding & Sutton, 2010).

A Seção III (“Intervenção para usuários de drogas baseada no modelo transteórico de mudança: estudo de adaptação de intervenção grupal”) teve dois objetivos centrais. O primeiro foi de realizar uma adaptação brasileira do Manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” (Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001) para usuários de drogas. O segundo foi de testar empiricamente a efetividade desta adaptação. O método utilizado foi um estudo quase experimental, com avaliação pré e pós intervenção, entre

Grupo Experimental e Controle em usuários de crack/cocaína. A amostra foi constituída por 38 sujeitos usuários de crack internados em unidades de tratamento para Dependência química, na cidade de Porto Alegre. A amostra foi composta de homens e mulheres, com idade entre 18 e 59 anos e foi dividida entre Grupo Experimental (N=23) e Grupo Controle (N=15). A adaptação da intervenção foi realizada de forma adequada em relação à tradução e condensação do Manual original, obtendo-se um Programa de oito sessões. De acordo com os resultados do estudo empírico de testagem do novo programa de intervenção, foi possível perceber que a intervenção proposta no Grupo Experimental demonstra bons resultados frente ao problema do uso de crack e um interessante potencial de efetividade. No entanto, os resultados obtidos ainda não podem estar relacionados a uma comprovação de efetividade, pois alguns dos achados não possuem relevância estatística, confrontando a comprovada superioridade frente ao tratamento padrão de psicoeducação. (Martino, Carroll, Nich & Rounsaville, 2006).

A Seção IV, intitulada “Aplicabilidade do modelo transteórico de mudança na dependência química: correlações entre os construtos” objetivou averiguar se há uma relação estatística entre os principais construtos do MTT, tentando comprovar se a correlação teórica se aplica à prática em usuários de drogas no Brasil. Participaram deste estudo 142 sujeitos usuários de crack internados em unidades de tratamento para Dependência química, na cidade de Porto Alegre e região metropolitana. Todos os instrumentos do MTT validados no Brasil foram aplicados na amostra da pesquisa. Para as correlações entre as variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e para a análise das variâncias das médias dos instrumentos foi utilizado o Teste de Kruskal Walys, semelhante à ANOVA, porém utilizado para amostras pequenas. Os resultados mostraram a existência empírica da relação entre os construtos do MTT. Os Processos de Mudança, Autoeficácia, Tentação para uso e Estágios de Mudança apresentaram

correlações significativas, conforme postulado teoricamente. Estes achados são semelhantes aos encontrados em estudos americanos (Carbonari & DiClemente, 2000; Naar-King et al., 2006; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente & Nocross, 1992)

## REFERÊNCIAS

- Azevedo, R.C.S., Botega, N.J., & Guimaraes, L.A.M. (2007). Usuários de crack, comportamento sexual e risco de infecção pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 26-30.
- Borges, V.C., Balbinotti, M.A.A., & Teodoro, M.L.M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali, L. (2010). *Instrumentação Psicológica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Carbonari, J.P., & DiClemente, C.C. (2000). Using Transtheoretical Model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (5), 810-817.
- Carlini, E.A., Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., & Nappo, S. A. (1996). Visão histórica sobre o uso de drogas: Passado e presente. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 227-236.
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: CEBRID, UNIFESP.
- Cunha, P.J., Nicastrì, S., Gomes, L.P., Moino, R.M., & Peluso, M.A. (2004). Neuropsychological impairments in crack cocaine-dependent inpatients: preliminary findings. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (2), 103-106.
- Diclemente, C.C., Schlundt, B. S., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13 (2), 103-119.

DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. The Guilford Press.

DiClemente, C.C. (2005). Conceptual Models and Applied research: The ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing, 16*, 5-12.

Guo, B., Fielding, A., Sutton S., & Aveyard, P. (2010). Psychometric Properties of the Processes of Change Scale for Smoking Cessation in UK Adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine, 1*.

Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30* (2).

Martino, S., Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction, 101*(10), 1479-1492

Mattos, P., Alfano, A., & Araújo, C. (2004). Avaliação Neuropsicológica. In Kapczinski, F., Quevedo, J., & Izquierdo, I. *Bases Biológicas dos Transtorno psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed.

Montero, I., & Leon, O. (2005). Sistema de Classificación del Método em los Informes de Investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5* (1), 115-127.

Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J.T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care, 18*, 839–845.

Nock, M.K. (2007). Conceptual and Design Essentials for Evaluating Mechanisms of Change. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 31*(3), 4-12.

- Prochaska, J.O., DiClemente C.C., & Norcross J.C.(1992). In search of how people change Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, 1102–1114.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- Pruitt, S. L., McQueen, A., Tiro, J.A., Rakowski, W., Diclemente, C.C., & Vernon, S. W. (2010). Construct Validity of a Mammography Processes of Change Scale and Invariance by Stage of Change. *Journal of Health Psychology*, 15 (1), 64-74.
- Ribeiro M., Dunn J., Sesso R., Dias A.C., & Laranjeira R.(2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 196-202.
- Rodrigues, V.S., Caminha, R.M., & Horta, R.L. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2, 76-84.
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C.C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of- change therapy manual*. New York: The Guilford Press.

## **SEÇÃO I - Conceitos e aplicações do Modelo Transteórico de Mudança**

### **INTRODUÇÃO**

O Modelo Transteórico de Mudança (MTT), desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), é um modelo explicativo que tem o objetivo de compreender o processo de mudança em diferentes comportamentos. O MTT tem sido foco de diversas pesquisas nas últimas décadas, pois a comprovação empírica de seus construtos e correlações têm sido significativamente divulgadas. O Modelo Transteórico de Mudança é um modelo integrador, que propõe que a mudança pode ser entendida como um processo em que a pessoa cria novos comportamentos modifica comportamentos existentes ou cessa comportamentos problemáticos. O objetivo da criação do MTT não foi resolver conceitualmente a definição de mudança ou motivação, mas tentar identificar e descrever importantes elementos de uma mudança de comportamento intencional (DiClemente, 2005)

O MTT foi construído por meio da análise comparativa de inúmeras teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança. Dentre as teorias estudadas e enfatizadas para a construção dos conceitos do MTT, Prochaska inclui em seu estudo as seguintes teorias: cognitivo-comportamental, existencial/humanista, psicanalítica e gestalt/experiencial. Os achados das análises destas teorias apresentavam inferências sobre suas limitações, mostrando que nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de mudança ou fornecia uma clara definição de motivação. Diante disso, Prochaska e DiClemente estruturaram os conceitos básicos do MTT e iniciaram diversos estudos com o intuito de ampliar e aprofundar a teoria que “nascia” naquele momento. O Modelo foi denominado Transteórico pela associação

e transformação de diferentes conceitos, proporcionando uma nova forma de compreender a mudança (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

As principais premissas do MTT são de que a mudança comportamental é um processo e de que as pessoas têm diversos níveis de motivação ou de prontidão para mudar. O estudo sobre mudança tenta compreender as automudanças bem-sucedidas e como elas integram estratégias certas na hora certa. O MTT, diferentemente da maioria das teorias, não se preocupa com a definição dos problemas, objetivo característico da saúde mental e do tratamento do abuso de substâncias, mas sim em *como* as pessoas mudam. Esse foco diferenciado tem permitido aos profissionais de distintas linhas teóricas utilizarem uma perspectiva comum. (Prochaska et al., 1992).

A motivação pode ser entendida, em uma visão abrangente, como algo que a pessoa deve construir, e não como algo que a pessoa “tem ou não tem”, existindo várias maneiras de auxiliar alguém a “mover-se” em direção ao reconhecimento do seu problema e ação efetiva para a mudança. O Modelo Transteórico tenta descrever como as pessoas modificam um comportamento problema ou adquirem um comportamento positivo. Esse Modelo é composto por diferentes construtos que interagem para explicar o processo de mudança. Prochaska afirma que o eixo central do Modelo Transteórico são os estágios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção), bastante conhecidos na literatura científica. No entanto, além deles, há os chamados Mecanismos de Mudança que são divididos em: Balança Decisional, Tentação para retornar ao comportamento problema, Autoeficácia para a abstinência e os Processos de Mudança (DiClemente, 2003).

Diante do exposto e da escassa literatura nacional sobre o tema, o objetivo deste artigo é a realização de uma Revisão Bibliográfica com o intuito de definir cada um dos conceitos que



integram o Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente, bem como compreender as possíveis aplicações destes construtos em diferentes populações.

## 2. MÉTODO

Este estudo é uma Revisão Bibliográfica elaborada a partir de uma pesquisa nas Bases de Dados *Pubmed*, *Psycinfo*, *Web of Science* e *Lilacs*. Os descritores utilizados foram *transtheoretical model*, *processes of change*, *drug*, *validity* e *treatment*. Os descritores nas bases de língua portuguesa foram *Modelo Transteórico*, *processos de mudança*, *drogas*, *substâncias psicoativas*, *validação* e *tratamento*.

O levantamento bibliográfico utilizou diferentes estratégias de composição de seus descritores para a busca de artigos. A partir da leitura criteriosa dos artigos encontrados, foi realizada uma seleção dos trabalhos relacionados ao tema do Modelo Transteórico de mudança e seus construtos.

## 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 3.1 Estágio de Mudança

Os *Estágios de Mudança* representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico, ou seja, ajudam a compreender as intenções e atitudes frente à mudança. Os Estágios motivacionais são etapas identificadas no processo de mudança, que representam um aglomerado de tarefas específicas, que uma vez realizadas, provocam a evolução no processo. Os estágios de mudança são divididos em cinco etapas e possuem uma descrição baseada na prontidão, atitudes e intenções que a pessoa apresenta em cada uma dessas etapas. De acordo com DiClemente (2003)

os Estágios de Mudança podem ser definidos das seguintes formas:

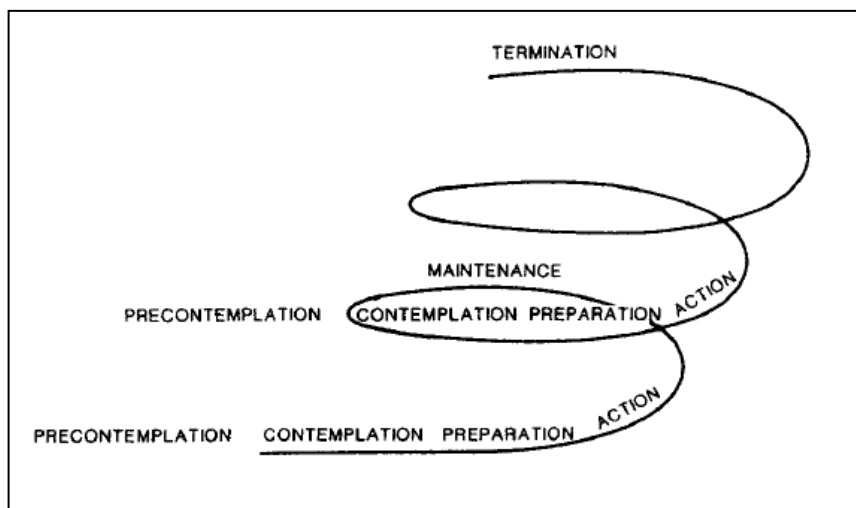
- **Pré-contemplação:** A pessoa não considera o comportamento-problema como o foco de seus problemas e frequentemente não considera a possibilidade de mudança. Mostra-se resistente e não colaborativa.
- **Contemplação:** é o estágio em que a pessoa está considerando que existe um problema, está pensando no problema, mas ao mesmo tempo rejeita-o, mostrando despreocupação. Os contempladores mostram ambivalência em relação aos prós e contras de mudar, em relação às vantagens e desvantagens de realizar mudança.
- **Determinação (ou preparação):** é um ponto hipotético, em que uma decisão será determinada juntamente com a definição do momento em que a mudança será realizada. Nesse estágio, a pessoa planeja sua mudança e está pronta para iniciar modificações em seu ambiente. A Determinação geralmente não é utilizada nos estudos que comprovam empiricamente a utilização dos estágios de mudança, uma vez que seus princípios são difíceis de serem mensurados.
- **Ação:** é o estágio no qual o cliente faz alguma mudança. A pessoa escolhe uma estratégia de mudança e a segue, alterando pensamentos e atitudes relacionadas ao comportamento-problema.
- **Manutenção:** é o estágio no qual se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação. A Manutenção é o desafio real na mudança de qualquer comportamento de risco, pois para autores e pacientes parar de beber pode não ser a parte mais difícil, mas sim o desafio de manter-se abstinente frente às dificuldades do dia a dia.

A recaída também deve ser considerada no processo de mudança de qualquer comportamento. Ela é considerada como um evento que marca de forma mais significativa o final do estágio de ação ou manutenção, e deve ser encarada como um estado de transição.

Marlatt e Gordon (1993) sugerem que a recaída faz parte do processo de mudança e que, muitas vezes, é o modo como a pessoa apreende e recomeça de uma forma mais consciente.

O processo pelo qual a pessoa passa para realizar efetivamente uma mudança foi graficamente compreendido pelos autores por meio de uma espiral. Uma vez que não existe uma linearidade na evolução das etapas, a ideia de uma espiral fornece uma visão de maior mobilidade, possibilitando que cada sujeito possa visitar os estágios quando achar necessário. A figura um mostra a ideia construída pelos autores, mostrando a distribuição dos estágios em um modelo do tipo espiral.

**Figura 1** – Modelo de Espiral dos Estágios de Mudança



Fonte: Prochaska et al., 1992.

A concepção do processo de mudança em formato de espiral permite que os indivíduos possam mover-se entre os estágios, como da contemplação para a ação ou da ação para a manutenção, contemplando a ideia de que a maioria das pessoas geralmente cai. A partir de uma recaída, os indivíduos podem retornar a estágios anteriores, realizando o que os autores chamam de Reciclagem do processo de mudança. A Reciclagem ocorre quando tarefas de um ou mais estágios de mudança não foram completadas adequadamente, enfraquecendo a motivação e

provocando a instabilidade para a recaída (DiClemente, 2005).

Estudos sobre os Estágios de Mudança têm mostrado que eles refletem efetivamente as experiências do processo de mudança e são bastante úteis para apontar dificuldades frente uma mudança. Além disso, os Estágios também podem ajudar a direcionar de forma mais adequada intervenções, pois quando o paciente não concorda com a necessidade de uma mudança ou não se avalia pronto para mudar, o terapeuta deve identificar um possível estágio de pré-contemplação ou contemplação e trabalhar a resistência, desmotivação e procrastinação frente à mudança (Brown-Peterside, Redding, Ren, & Koblin, 2000; DiClemente & Velasquez, 2002; Miller & Rollnick, 2002)

### **3.2 Mecanismos de Mudança**

Além dos Estágios de Mudança há conceitos relacionados aos pensamentos, ações e fatores externos que provocam o movimento entre esses estágios. Ou seja, há processos que são uma espécie de ingredientes usados para completar cada tarefa de cada estágio. Diante disso, o Modelo Transteórico compreende além do construto dos Estágios Motivacionais, o importante construto dos Mecanismos de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1984; Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998).

Identificar os mecanismos por meio dos quais a pessoa muda em um tratamento elucida importantes dados sobre os fatores que determinam uma mudança comportamental de sujeitos submetidos a tratamento. Além disso, pode proporcionar maiores explicações de o porquê algumas pessoas conseguem mudar efetivamente sem auxílio terapêutico. (Nock, 2007)

Os Mecanismos de Mudanças dividem em variáveis dependentes e independentes, que coexistem em todo processo de mudança. As variáveis dependentes (apenas mensuráveis e sem

possibilidade de manipulação) do Modelo Transteórico são divididas em: Balança Decisional, a Tentação para retornar ao comportamento-problema e a Autoeficácia para manter a mudança. Já as variáveis independentes (manipuláveis e mensuráveis) são os chamados Processos de Mudança. Para compreender melhor a disposição dessas variáveis, segue uma breve explicação sobre cada construto (Velicer et al., 1998).

### 3.2.1 A Balança Decisional

O construto da **Balança Decisional** refere-se à capacidade do indivíduo de refletir sobre os prós e contras de uma mudança. Esse conceito deriva do Modelo de Tomada de Decisão de Janis e Mann (Janis & Mann, 1985). A partir dos conceitos desse modelo, Prochaska e DiClemente adequaram a ideia de uma *balança de decisão* ao seu modelo. Observou-se como os prós e contras estavam relacionados com as etapas de mudança e com os outros construtos do MTT. Um exemplo desta correlação é o fato de um alcoolista que está na pré-contemplação considerar muito mais relevante às vantagens do ato de beber do que as desvantagens. Já um alcoolista que está na contemplação interpreta os prós e contras com o mesmo valor, representado pela ambivalência típica desse estágio (Velicer et al., 1998). Logo, na medida em que a pessoa aproxima-se da Ação ou manutenção considera mais importantes as vantagens de mudar, fortalecendo sua tomada de decisão.

Os autores também criaram uma escala para medir como a pessoa “pondera” os prós e contras de seus comportamentos. Assim, a Escala da Balança Decisional (chamada de *Decisional Balance Scale*) envolve a ponderação da importância dos prós e dos contras de um novo comportamento. (Velicer, DiClemente, & Prochaska, 1985).

### 3.2.2 A Autoeficácia e a Tentação de retornar ao comportamento problema

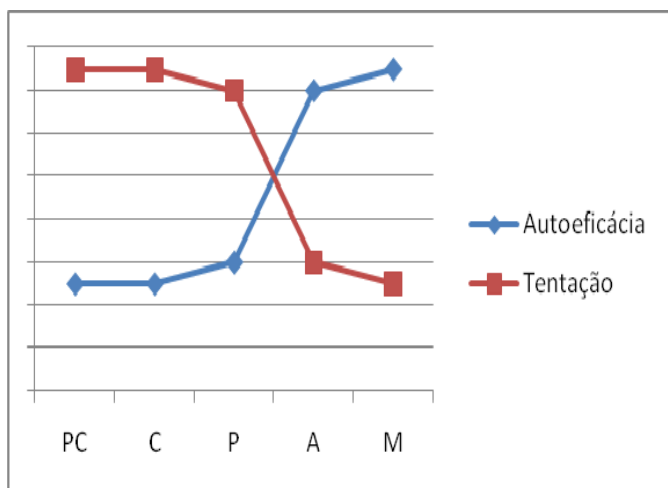
Os construtos de *Autoeficácia* e de *Tentação* para uso também são dois relevantes aspectos interligados ao processo de mudança e ao conceito de motivação. O construto da Autoeficácia (AE) está relacionado com a confiança que a pessoa sente, em situações específicas e de alto risco, para não recair a hábitos anteriores. O conceito de AE construído por Prochaska e DiClemente foi adaptado da teoria de autoeficácia de Bandura. Assim, a AE no Modelo Transteórico de mudança é considerada como a expectativa frente ao próprio desempenho para alcançar um resultado esperado. Sempre que houver habilidades e incentivos adequados, as mudanças no nível de Autoeficácia podem predizer mudanças duradouras no comportamento (Freire & Oliveira, 2010). Os autores do MTT também criaram uma escala para avaliar o nível de Autoeficácia presente em sujeitos envolvidos em um processo de mudança. A Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) (Freire & Oliveira, 2010), originalmente chamada de *Abstinence Self-efficacy Scale* (DiClemente, Carbonari, & Montgomery, 1994) tem o objetivo de mensurar o quanto a pessoa se acha capaz de exercer um novo comportamento frente a situações difíceis.

A Tentação para retornar ao comportamento problema é outro construto dentre as variáveis dependentes dos Mecanismos de Mudança. De acordo com as pesquisas realizadas por Prochaska e DiClemente, há geralmente três fatores que refletem os tipos mais comuns de situações tentadoras: afeto negativo ou angústia, situações sociais positivas e desejo de retornar ao comportamento anterior (ex: fissura em casos de dependentes químicos). A Tentação também se tornou fator mensurável no modelo. A Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas

(ESTUD), originalmente chamada de *Temptation to Use Scale* (DiClemente et al., 1994) é na verdade, o inverso da escala de Autoeficácia. A ESTUD possui o mesmo conjunto de itens da EAAD, porém direcionando cada afirmação para o conceito de Tentação, tendo o intuito de identificar situações de risco e situações que gerem maior probabilidade de recaída (Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001).

As escalas de Tentação e de Autoeficácia são particularmente sensíveis ao processo de mudança e às atividades envolvidas no trânsito entre os estágios de mudança, além de poderem ser considerados bons preditores de recaída. A Autoeficácia pode ser representada por uma função crescente durante a passagem entre os cinco estágios. Já a Tentação é representada por uma função decrescente durante a passagem entre os cinco estágios. Prochaska demonstrou graficamente essa correlação, conforme mostrado na figura dois.

**Figura 2** – Dispersão dos construtos de autoeficácia e de tentação entre os estágios de mudança.



### 3.2.3 Processos de Mudança

Além das variáveis dependentes já descritas (Balança Decisonal, Autoeficácia e Tentação), os Mecanismos de Mudança são constituídos por variáveis independentes, ou seja, manipuláveis e mensuráveis no processo de mudança. Essas variáveis do modelo referem-se

ao construto dos *Processos de Mudança*. A partir de estudos sobre o processo de mudança, principalmente em tabagistas, Prochaska e DiClemente afirmaram que determinados processos básicos seriam os responsáveis por mudanças tanto em pessoas submetidas a tratamento como naquelas que mudam sem o auxílio terapêutico (Prochaska & DiClemente, 1983). Os Processos de Mudança são atividades encobertas e ostensivas que os indivíduos usam para modificar seu comportamento problema (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988). Os Processos de Mudança são considerados “motores” que promovem o movimento entre os Estágios Motivacionais e são de extrema importância no planejamento de intervenções (DiClemente 2003; Velasquez et al., 2001)

Nas pesquisas de Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1988), dez processos obtiveram comprovação empírica: (1) Ampliação da consciência; (2) Alívio Emocional; (3) Reavaliação Circundante; (4) Deliberação social; (5) Autorreavaliação; (6) Autodeliberação; (7) Contracondicionamento; (8) Controle de estímulos; (9) Gerenciamento de reforço; (10) Relações de Ajuda. Os primeiros cinco processos envolvem uma reestruturação experiencial (cognitiva) e são chamados de Processos Cognitivos. Já os últimos cinco processos citados estão relacionados a comportamentos observáveis e específicos e são chamados de Processos Comportamentais. A compreensão de cada Processo é de grande relevância, pois uma vez identificado em que fase do processo de mudança à pessoa está o terapeuta poderá focar no Processo deficitário e fortalecer as habilidades do paciente para cumprir cada tarefa daquela etapa de forma mais eficaz.

*A Ampliação da consciência* envolve o aumento da conscientização sobre as causas e as consequências que envolvem um comportamento problema. Os feedbacks, psicoeducação,



biblioterapia e campanhas de mídia podem auxiliar na ampliação da consciência e favorecer prontidão para a mudança (Velicer et al., 1998).

O *Alívio Emocional* inicialmente envolve um aumento de experiências emocionais relacionadas ao problema. Clientes geralmente aumentam a motivação para uma mudança quando suas emoções são “despertadas” por estímulos internos ou externos. Ou seja, é importante provocar uma sensibilização emocional nos pacientes, fazendo com que eles reflitam verdadeiramente sobre o comportamento-problema. Atividades que podem provocar esse Alívio Emocional são: psicodrama, role-playing, expressão do luto, testemunhos pessoais e campanhas na mídia (que favoreçam a mudança) (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

A *Reavaliação Circundante* combina a avaliação afetiva e cognitiva de si. É o reconhecimento de como um comportamento pode gerar conflitos com valores pessoais ou objetivos de vida. Além disso, é importante que a pessoa avalie como a presença de um comportamento pode estar afetando seu convívio social. Um exemplo disso é quando um tabagista avalia como o seu uso de tabaco, afeta seu desenvolvimento social, restringindo-se aos poucos lugares onde o uso de cigarros é permitido. O treinamento da empatia, observação de documentários e intervenções familiares podem levar a tais avaliações (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

A *Deliberação social* requer um reconhecimento ou até mesmo criação de alternativas sociais que possam favorecer a mudança. Exige do paciente uma reavaliação dos ambientes que frequenta e a escolha por ambientes mais saudáveis, nos quais seja mais natural à mudança e uma posterior manutenção. A participação em projetos sociais ou envolvimento em políticas governamentais de apoio podem produzir um aumento das oportunidades de promoção de saúde. (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

A *Autorreavaliação* seria o último Processo Cognitivo e combina duas avaliações: cognitiva e afetiva. Consistem em uma avaliação da autoimagem, o resgate de valores e a obtenção de modelos mais saudáveis. Nesse Processo é importante que o paciente reconheça os prejuízos que causa para si e para pessoas próximas a ele. (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

Como um dos primeiros Processos Comportamentais a *Autodeliberação* é a combinação entre a crença de que é possível mudar e o comprometimento para colocar essa crença em prática. “Promessas de final de ano”, testemunhos públicos ou o que coloquialmente chamamos de “força de vontade” são exemplos de Autodeliberação. As pesquisas sobre motivação mostram que pessoas que possuem duas ou mais opções para a resolução de um problema têm um maior sucesso na mudança. No tratamento de tabagistas, por exemplo, Prochaska afirmou que há três opções de ação: a) cessação total do uso, b) a redução gradual de cigarros; ou c) a reposição de nicotina. Diante delas, o paciente deve escolher a opção na qual mais acredita e comprometer-se a executá-la (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

Iniciando um viés mais comportamental, o *Contracondicionamento* requer a reaprendizagem de comportamentos saudáveis que podem substituir os comportamentos-problema. O Contracondicionamento estará presente principalmente em situações que sejam difíceis de evitar e que gerem algum tipo de tentação. Diante disso, o paciente deve criar estratégias que o afastem o máximo possível do comportamento-problema. São exemplos de Contracondicionamento a reposição de nicotina para substituir os cigarros ou a ingestão de alimentos livres de gordura na mudança para uma alimentação mais saudável (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

O *Controle de estímulos* tem o intuito de remover estímulos que indiquem hábitos pouco saudáveis, acrescentando alternativas mais saudáveis. Evitar comportamentos antigos, revisar estímulos ambientais e grupos de autoajuda podem ajudar na manutenção da mudança e na redução dos riscos de uma recaída. Por exemplo, alguém que queira se exercitar mais pode planejar breves caminhadas durante o dia ou mesmo subir as escadas de casa ou do escritório diariamente, realizando assim pequenas mudanças que podem incentivar a prática de exercícios (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

No *Gerenciamento de reforço* a pessoa prevê as consequências das escolhas que tem feito. Embora o Gerenciamento de reforço possa incluir o uso de punições, foi observado que pessoas que realizam mudanças sozinhas utilizam muito mais reforços do que punições. Assim, os reforços são enfatizados, uma vez que a filosofia do modelo é trabalhar harmonica e naturalmente a mudança. Reforços encobertos ou ostensivos, autoafirmações positivas e o reconhecimento de um grupo de pares são exemplos de reforços que aumentam a probabilidade de que respostas mais saudáveis sejam realizadas novamente (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

Por fim, as *Relações de Ajuda* objetivam combinar carinho, confiança, aceitação e suporte para a mudança para hábitos saudáveis. Um bom *rapport*, uma aliança terapêutica fortalecida e uma sólida rede de amigos podem ser fontes de apoio social, importantes para a realização de uma mudança de sucesso (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

O construto dos Processos de mudança também possui uma escala para avaliar quais processos a pessoa está usando em determinadas situações. A Escala de Processos de Mudança (EPM), originalmente chama de *Processes of Change Questionnaire* (Prochaska et al., 1988), é uma escala *likert* que infere se a pessoa está utilizando processos mais cognitivos ou mais

comportamentais. Assim como as demais variáveis dos Mecanismos de Mudança, os Processos também possuem estreita relação com os Estágios de Mudança. Para Prochaska et al. (1988), quem utiliza processos mais cognitivos estaria apresentando uma motivação mais baixa, encontrando-se em Estágios de Mudança mais iniciais como o da Pré-contemplanção, Contemplanção ou Preparação. Já as pessoas que utilizam Processos mais comportamentais, provavelmente encontrem-se mais motivadas, movimentados e entre os estágios de Ação ou Manutenção.

### **3.3 A INTERAÇÃO ENTRE OS MECANISMOS DE MUDANÇA**

O Modelo Transteórico de Mudança tem sido utilizado em pesquisas que objetivam compreender o processo de mudança em diferentes contextos como em tabagistas, alcoolistas e usuários de drogas ilícitas. (Carbonari & DiClemente, 2000; Naar-King et al., 2006; Schumann et al., 2005). Intervenções tradicionais frequentemente assumem que os indivíduos estão prontos para uma mudança de comportamento imediata e permanente. As estratégias de tratamento refletem essa premissa e, como resultado, apenas uma porção muito pequena da população adere aos tratamentos propostos. Em contraste, o Modelo Transteórico não faz nenhuma suposição sobre a forma como os indivíduos estão dispostos a mudar. Ele reconhece que os indivíduos são diferentes e estão em fases diferentes e que as intervenções apropriadas devem ser desenvolvidas de acordo com essas diferenças. Como resultado, tratamentos baseados no MTT possuem taxas de participação mais elevadas (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

O Modelo Transteórico tem evoluído e mostrado, de forma cada vez mais detalhada, como as pessoas realizam um processo de mudança. Além do desenvolvimento teórico, diversas pesquisas têm focado nas características compreensiva e dinâmica da teoria (Carbonari &

DiClemente, 2000). Os construtos acima explanados interagem constantemente no processo de mudança, construindo uma complexa rede pela qual todos devem passar frente a uma mudança. Para compreender de forma mais clara essa correlação dinâmica, o quadro um mostra quais os Mecanismos que atuam na ativação de cada Estágio motivacional.

**Quadro 1** – Interação entre os Estágios e os Mecanismos de Mudança

Estágios de mudança					
	Pré-contemplação X Contemplação	Contemplação X Preparação	Preparação X Ação	Ação X Manutenção	Permanência na Manutenção
Mecanismos de mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação da consciência</li> <li>• Alívio emocional</li> <li>• Autorreavaliação</li> <li>• Reavaliação Circundante</li> <li>• Balança Decisional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorreavaliação</li> <li>• Reavaliação Circundante</li> <li>• Balança Decisional</li> <li>• Autoeficácia</li> <li>• Deliberação social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoeficácia</li> <li>• Autodeliberação</li> <li>• Controle de estímulos</li> <li>• Contracondicionamento</li> <li>• Relações de ajuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoeficácia</li> <li>• Autodeliberação</li> <li>• Controle de estímulos</li> <li>• Contracondicionamento</li> <li>• Gerenciamento de reforço</li> <li>• Relações de ajuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoeficácia</li> <li>• Autodeliberação</li> <li>• Controle de estímulos</li> <li>• Contracondicionamento</li> <li>• Gerenciamento de reforço</li> <li>• Relações de ajuda</li> <li>• Deliberação social</li> </ul>

### **3.4 A APLICABILIDADE E CORRELAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO TRANSTEÓRICO**

Estudos de correlação entre os Estágios de Mudança e os Mecanismos têm sido realizados por uma variedade de configurações e direcionados a diferentes comportamentos-problema. Dentre diversas publicações, já foi realizado estudo de compreensão do uso dos Processos de Mudança nos Estágios de Mudança em Tabagistas (Prochaska & DiClemente,

1983; Prochaska et al., 1988); estudo de correlação entre os Estágios e a Autoeficácia (DiClemente, 1986; DiClemente, Prochaska, & Gibertini, 1985); e estudo de correlação dos Estágios com a Balança Decisional (Velicer, DiClemente, & Prochaska, 1985). É importante salientar que todas as pesquisas obtiveram resultados consistentes e teoricamente compatíveis.

Carbonari e DiClemente (2000) realizaram uma pesquisa com os resultados do Projeto MATCH, no qual captaram alguns resultados pré e pós-intervenção de 952 sujeitos com dependência de álcool. Os autores avaliaram a mudança no Estágio motivacional e sua correlação com a utilização de Processos de Mudança. Os resultados mostraram que os sujeitos que se encontravam no estágio de manutenção nas avaliações após a intervenção, permaneceram abstinentes, confirmando a validade preditiva dos Estágios motivacionais. Em relação aos Processos de Mudança, os resultados mostraram que sujeitos que se encontravam na ação e na manutenção tendiam a utilizar muito mais os Processos Comportamentais do que os Cognitivos. Já sujeitos que recaíram após a conclusão da intervenção permaneceram utilizando processos mais cognitivos em todo o processo de mudança.

Outro estudo realizado por Aveyard et al. (2006) investigou as correlações dos construtos do MTT em mulheres. O objetivo geral era o de investigar se uma intervenção baseada no Modelo Transteórico seria eficiente para mudar o estágio de mudança em mulheres fumantes, rumo à cessação do tabagismo. Os resultados mostraram que a intervenção se mostrou eficaz, pois as mulheres que realizaram a intervenção foram mais propensas a evoluir nos estágios e a cessar o tabagismo do que as participantes do grupo controle. Diante disso, a importância da avaliação do estágio motivacional e a realização de uma intervenção baseada nos Processos deficitários mostraram-se extremamente relevantes e eficientes.

Outros dois estudos foram realizados por Prapavessis, Maddison e Brading (2004) para investigar a validade interna do Modelo Transteórico de mudança. O estudo um consistia em um estudo transversal, que pretendia averiguar se a Autoeficácia, a Balança Decisional ou os Processos de mudança poderiam discriminar de forma significativa o estágio de prontidão para mudança em comportamentos relacionados à prática de exercícios físicos. Já o estudo dois foi um estudo longitudinal, no qual se pretendia averiguar se, após seis meses da primeira avaliação, a Autoeficácia, a Balança Decisional ou os Processos de mudança seriam preditores na transição entre os estágios de mudança. Em ambos os estudos, os autores encontraram resultados que mostraram que os construtos da Autoeficácia e da Balança Decisional estão significativamente e diretamente relacionados com a mudança no Estágio motivacional. Já os Processos de mudança demonstraram de forma menos significativa correlação com a mudança no estágio de mudança.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme descrito nesta Revisão Bibliográfica, o Modelo Transteórico tem o objetivo de contribuir para a compreensão do processo de mudança, principalmente na dependência química. Constitui-se como uma abordagem integradora e amplamente aplicável para diferentes tipos de comportamento. Apesar dos estudos sobre o MTT terem iniciado para o entendimento do processo de mudança em usuários de tabaco, inúmeras pesquisas têm sido feitas para testar a aplicabilidade do MTT em outros contextos.

A relação dos construtos que integram o MTT permite a maior compreensão de como as pessoas passam pelo processo de mudança e de como intervenções podem ser mais eficazes quando focam nas debilidades motivacionais de cada paciente. Estudos como os de Carbonari e DiClemente (2000), Aveyard et al. (2006) e Prapavessis, Maddison e Brading (2004), entre

outros, já comprovaram empiricamente a validade dos construtos que fazem parte do Modelo Transteórico. Alguns construtos já demonstraram resultados consistentes, como os da Balança Decisional e da Autoeficácia/Tentação. No entanto, o construto dos Processos de Mudança ainda tem sido estudado e testado frente aos seus resultados contraditórios.

A aplicabilidade do MTT tem se tornado cada vez mais comprovada, fazendo com que estudos mais complexos, como ensaios clínicos randomizados ou estudos de seguimento, sejam realizados. A produção bibliográfica sobre o tema ainda é restrita, principalmente no que refere a publicações nacionais. As escalas que mensuram os construtos têm sido validadas e têm demonstrado resultados amplamente satisfatórios, tanto no exterior quanto no Brasil (DiClemente et al., 1994; Szupczynski & Oliveira, 2008; Freire & Oliveira, 2010).

Diante disso, o Modelo Transteórico de Mudança tem se mostrado uma teoria extremamente relevante na compreensão de inúmeros comportamentos-problema. Apesar dos bons resultados, diversas pesquisas devem ser realizadas para que dados mais conclusivos possam ser obtidos. A compreensão do efeito dos Processos de Mudança em cada estágio, bem como outros Mecanismos de Mudança, pode tornar-se uma eficiente ferramenta para resultados mais satisfatórios no tratamento da dependência química. Identificar quais tarefas ou processos ainda necessita de investimento, proporcionará um planejamento de intervenções mais customizadas e organizadas dentro da necessidade de cada paciente. Associar o conceito da Autoeficácia ao processo de mudança também poderá alertar terapeutas para casos mais propensos a recaída ou menos preparados para situações de risco.

Ressalta-se que o MTT não traz respostas conclusivas sobre o tratamento na área da dependência química, mas tem mostrado importantes e satisfatórios resultados de efetividade. Os



construtos criados pelos autores têm sido comprovados em pesquisas empíricas, funcionando como mais uma possibilidade de intervenção no desafio pela busca da abstinência de drogas.

## REFERÊNCIAS

Aveyard, P., Lawrence, T., Cheng, K.K., Griffin, C., Croghan, E., & Johnson, C. (2006). A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *British Journal of Health Psychology, 11*, 263–278.

Brown-Peterside, P., Redding, C.A., Ren, L., Koblin, B.A. (2000). Acceptability of a stage-matched expert system intervention to increase condom use among women at high risk of HIV infection in New York City. *AIDS Education & Prevention, 12*, 171-181.

Carbonari, J.P., & DiClemente, C.C. (2000). Using Transtheoretical Model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (5), 810-817.

Diclemente, C.C., Schlundt, B.S., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions, Colorado, Taylor & Francis group, 13*(2), 103-119.

DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. The Guilford Press.

DiClemente, C.C. (2005). Conceptual Models and Applied research: The ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing, 16*, 5-12.

DiClemente, C.C., & Velasquez, M. (2002). Motivational Interviewing and the stages of change. In: W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.) *Motivational interviewing*. New York: Guilford.

- Freire, S.D., & Oliveira, M.S. (2010). *Adaptação brasileira ESTUD e EADD para usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. Dissertação de mestrado não publicada. Porto Alegre: PUCRS.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R.. (1993). *Prevenção da recaída. Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18, 839–845.
- Nidecker, M., DiClemente, C.C., Bennett, M.E., & Bellack, A.S. (2008). Application of the Transtheoretical Model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1021-1030.
- Nock, M.K. (2007). Conceptual and Design Essentials for Evaluating Mechanisms of Change. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 31(3), 4-12.
- Pasquali, L. (1999) *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM; IBAPP.
- Pasquali, L. (2010) *Instrumentação Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Prapavessis, H., Maddison, R., & Rading, F. (2004). Understanding Exercise Behavior among New Zealand Adolescents: A Test of the Transtheoretical Model. *Journal of adolescent health*, 35(2).

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (3), 390-395.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 161-173.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C. & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 520-528.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). Search of How People Change: Applications to addictive behaviour. *American Psychologist, 47*, 102-114.

Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H., Hannover, W., Hapke, U., & John, U. (2005). Stage of change transitions and processes of change, decisional balance, and selfefficacy in smokers: A Transtheoretical Model validation using longitudinal data. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 3–9.

Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008) Adaptação Brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF, 13*,31 - 39.

Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of- change therapy manual*. New York: The Guilford Press.

Velicer, W.F, Prochaska, J.O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis, 38*, 216-233.

Velicer, W.F., DiClemente, C.C., and Prochaska, J.O. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1279-1289.

## **SEÇÃO II – Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Processos de Mudança (EPM) em usuários de substâncias psicoativas ilícitas.**

### **INTRODUÇÃO**

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, criado por Prochaska e DiClemente (1982) com o intuito de compreender mais profundamente o processo que o dependente químico atravessa durante sua história de consumo, abstinência e recaídas. Esses autores desenvolveram uma teoria que se originou na década de 70 com o intuito de fornecer um referencial teórico que explicasse de forma mais profunda e objetiva o processo de mudança de comportamento. Desde a sua concepção, esse modelo tem sido aplicado em inúmeros comportamentos de diferentes áreas da saúde e tornou-se um dos modelos explicativos da mudança de comportamento mais pesquisados e utilizados dos últimos 20 anos (Migneault, Adams, & Read, 2005).

O Modelo Transteórico enfatiza a mudança intencional, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais ou biológicas do comportamento. Esse modelo está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diferentes níveis de motivação para mudança. (Nidecker DiClemente, Bennett, & Bellack, 2008) Esses níveis estariam representados por *Estágios de Motivação para a Mudança* que representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico. Os Estágios Motivacionais estariam divididos em: Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Cada fase/estágio do processo requer o cumprimento de determinadas tarefas cognitivas/comportamentais para que se alcance o estágio seguinte. As tarefas específicas de cada fase precisam ser realizadas de forma consistente para que se prossiga ao estágio seguinte.

Estas tarefas e construtos relacionados foram chamados de *Mecanismos de Mudança*. Os Mecanismos envolvem as ações realizadas entre e durante os Estágios de Mudança, e fatores que podem interferir neste processo. De acordo com os autores, os Mecanismos de Mudanças são divididos da seguinte forma: a Autoeficácia para abstinência, a Tentação para o uso, os Processos de Mudança e os Fatores Externos que influenciam a mudança de comportamento (DiClemente, 2007).

A partir de estudos sobre os Mecanismos de Mudança, Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982; DiClemente, 2005) afirmaram que determinados processos básicos seriam os responsáveis, tanto por mudanças nas pessoas submetidas a tratamento, como naquelas que mudam sem auxílio terapêutico. Esses processos que interferem diretamente na mudança foram denominados de *Processos de Mudança*.

Inicialmente os autores pensaram em cinco Processos de Mudança Globais, ou seja, em cinco Processos de Mudança que interfeririam na movimentação da pessoa entre os Estágios motivacionais. No entanto, diante de estudos empíricos, Prochaska, Velicer, DiClemente e Fava (1988) reestruturaram o construto, adicionando outros Processos Globais e reformulando os Processos de Mudança que definitivamente seriam agentes de mudanças nas pessoas, conforme quadro um.

**Quadro 1** – Formação dos dez Processos de Mudança do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento.

<b>Processos Globais</b>	<b>Processos de Mudança Cognitivos e Comportamentais</b>
<b>Originais</b>	
<b>Ampliação da Consciência</b>	Ampliação da Consciência
<b>Escolha</b>	Autodeliberação; Deliberação social
<b>Catarse</b>	Alívio emocional
<b>Controle de Contingências</b>	Reavaliação Circundante
<b>Estímulos Condicionados</b>	Contracondicionamento; Controle de Estímulos
<b>Adicionados</b>	
<b>Reestruturação Cognitiva</b>	Autorreavaliação; Reavaliação Circundante
<b>Gerenciamento de contingências</b>	Gerenciamento de reforço
<b>Relações de Ajuda</b>	Relações de Ajuda

De acordo com os autores (Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska et al., 1988; DiClemente, 2005) os Processos de Mudança são variáveis independentes do Modelo Transteórico e podem ser acessadas e manipuladas quando a pessoa inicia uma mudança de comportamento. De forma mais conceitual, os Processos de Mudança são atividades encobertas e ostensivas que os indivíduos usam para modificar seu comportamento problema, ou seja, são pensamentos e atitudes que a pessoa realiza frente a sua motivação para mudança (Prochaska et al., 1988).

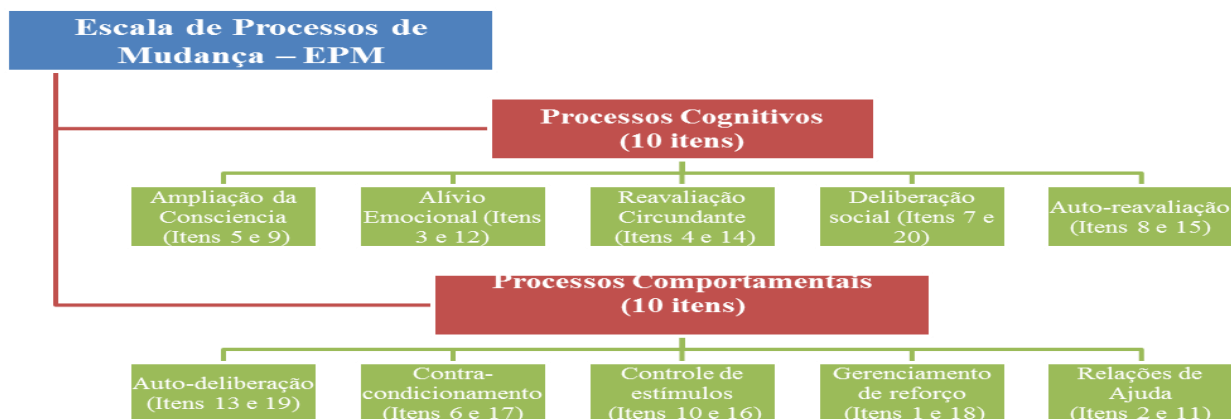
Identificar os mecanismos por meio dos quais a pessoa muda, antes ou ao longo do processo terapêutico, elucidaria importantes dados necessários para esclarecer discussões sobre os fatores que determinam uma mudança comportamental de sujeitos submetidos a tratamento. Além disso, poderia proporcionar maiores explicações do por que algumas pessoas conseguem mudar efetivamente sem auxílio terapêutico (Nock, 2007). De tal modo, escalas foram criadas com o intuito de compreender melhor e mensurar tanto os Estágios de Mudança como os

Mecanismos de Mudança. A URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) foi uma escala criada para avaliação dos Estágios de Mudança. Além dela, foram construídas escalas para a mensuração dos demais construtores como: a Escala de Autoeficácia (*Abstinence Self-efficacy Scale*), a Escala de Tentação para uso da droga (*Temptation to Use Scale*), e a Escala de Prós e Contras (Balança Decisional) (*Decisional Balance Scale*). Também há a Escala de Processos de Mudança (EPM) (*Processes of Change Questionnaire*) criada para avaliar quais Processos de Mudança a pessoa utiliza frente a sua mudança, e que será foco deste artigo.

Prochaska et al. (1988) realizaram um estudo em tabagistas com o intuito de construir um instrumento capaz de avaliar os Processos de Mudança. Inicialmente foi estruturado um questionário com 60 itens chamado de *Processes of Change Questionnaire-PCQ* (Escala de Processos de Mudança – EPM). Após o processo de validação, o questionário permaneceu com apenas 40 itens, os quais medem dez importantes Processos de Mudança, listados a seguir: (1) Ampliação da consciência; (2) Alívio Emocional; (3) Reavaliação Circundante; (4) Deliberação social; (5) Autorreavaliação; (6) Autodeliberação; (7) Contracondicionamento; (8) Controle de estímulos; (9) Gerenciamento de reforço; (10) Relações de Ajuda. Os primeiros cinco processos envolvem uma reestruturação experiencial (cognitiva). Já os últimos cinco processos citados estão relacionados a comportamentos observáveis e específicos. Assim, a escala original da EPM possuía 40 itens, cada processo (fator de primeira ordem) era avaliado por meio de quatro diferentes itens, sendo a escala total dividida por dois fatores de segunda ordem: Processos Cognitivos (20 itens) e Processos Comportamentais (20 itens). No estudo de Prochaska et al. (1988) os Alpha de Cronbach encontrados, na EPM-40 itens, para cada processo variou entre  $\alpha=0.69$  e  $\alpha=0.92$ . DiClemente et al. (1996) apresentaram uma versão breve da Escala de

Processos de Mudança, indicando que 20 itens (dois itens para cada um dos dez processos) poderiam ser suficientes, conforme mostra a figura um.

**Figura 1** – Distribuição dos itens entre as subescalas da EPM – 20 itens.



Além desses, outros estudos foram realizados com o intuito de ampliar o conhecimento sobre as propriedades psicométricas da EPM nas versões de 40 e 20 itens, para diferentes comportamentos. Os estudos foram e continuam sendo aplicados em diferentes amostras, com o intuito de ampliar os conhecimentos da escala e da comprovação empírica do construto no qual está sedimentado.

O estudo de Tejero et al. (1997) objetivou realizar a validação da EPM-40 itens para usuários de opiáceos. O estudo contou com 178 sujeitos dependentes de heroína. Na análise fatorial foram encontrados três fatores e não dois como na escala original. O primeiro fator ficou muito parecido com o do instrumento original, contemplando os processos de *ampliação da consciência, alívio emocional, reavaliação circundante, autorreavaliação e deliberação social,*



sendo batizado como Fator dos “Processos de Contemplação e Preparação”. Já o segundo Fator foi constituído pelos processos de *contracondicionamento e controle de estímulos*, recebendo o nome de “Parte final da ação e manutenção”. E, por último, o terceiro Fator identificado foi constituído pelos processos de *relações de ajuda, gerenciamento de reforço e autodeliberação*, sendo nominado como “Processos de ação”. O Coeficiente de Alpha de Cronbach da escala total ficou em  $\alpha=0.87$  e os dos fatores de primeira ordem (cada processo de mudança) variou entre  $\alpha=0.34$  e  $\alpha=0.79$ .

No Brasil, a EPM-40 itens foi validada, porém relacionada ao consumo de frutas e legumes. A amostra foi por conveniência e composta por 250 mulheres. A validade interna foi considerada satisfatória, pois o Coeficiente de Alpha de Cronbach dos fatores de primeira ordem (cada processo de mudança) ficou entre  $\alpha=0.73$  e  $\alpha=0.91$ , sendo que o Alpha de Cronbach de cada questão variou entre  $\alpha=0.62$  e  $\alpha=0.96$ . (Oliveira, Anderson, Auld, & Kendall, 2005)

Para usuários de álcool, Freyer et al. (2006) realizaram um estudo de validação da EPM-20 itens. A amostra foi de 653 sujeitos e de acordo com os resultados os Alpha de Cronbach variaram entre  $\alpha =0.40$  e  $\alpha =0,89$ . Quando utilizado o teste de Spearman Brown o valor para fidedignidade variou entre  $\alpha =0,57$  e  $\alpha =0,94$ . Os resultados foram de excelente consistência interna para nove dos fatores de primeira ordem (cada um dos processos de mudança) e para ambos os fatores de segunda ordem (1-processos cognitivos e 2-processos comportamentais). As propriedades da escala e da consistência interna do processo de *deliberação social* apresentaram-se com valores baixos. Para justificar o desempenho desse fator, os autores apresentaram duas possíveis razões: a) a substituição de um dos itens originais do inglês pode ter enfraquecido a escala e/ou b) a *deliberação social* pode não ser relevante na população avaliada. Conforme observado em estudos anteriores sobre o tabagismo (Prochaska & DiClemente, 1983), os sujeitos

que estavam na pré-contemplação usaram menos processos de mudança em comparação com aqueles em estágios avançados. Já sujeitos na contemplação e ação não diferiram quanto à utilização de processos cognitivos. E, por fim, os processos comportamentais foram usados com frequência significativamente maior nos estágios de ação, sugerindo que os processos comportamentais são cruciais em fases finais da mudança.

Dishman, Jackson e Bray (2010) também realizaram um estudo de validação da EPM para a prática de exercícios físicos. A amostra foi de 1.372 sujeitos e o instrumento apresentou 39 itens após a análise dos resultados. No estudo tanto a consistência interna dos fatores de primeira ordem (cada um dos processos de mudança) quanto os de segunda ordem (processos cognitivos e comportamentais) foram satisfatórios, variando de  $\alpha=0,54$  (*deliberação social*) a  $\alpha=0,87$  (*ampliação da consciência*). A maioria dos Alpha de Cronbach estava acima de  $\alpha=0,70$  ou  $\alpha=0,80$ .

Outro estudo mais atual, realizado por Pruitt, McQueen, Tiro, Rakowski e DiClemente (2010), investigou as propriedades psicométricas da EPM-22 itens, adaptada para a realização do exame de mamografia. A amostra foi composta de 2.909 mulheres. A escala aplicada possuía 22 itens, dentre os quais foram identificados quatro fatores, diferindo da concepção original da EPM. Os fatores foram nominados como: Compromisso com a realização regular do exame; Compartilhamento de Informação e Comunicação; Pensar além de si mesmo, e Evitar contato com o Sistema de Saúde. Os Coeficientes de Alfa de Cronbach encontrados foram satisfatórios, tendo a escala geral o coeficiente de  $\alpha=0.70$ .

Um estudo aplicado em adolescentes usuários de tabaco, realizado por Guo, Fielding e Sutton (2010) avaliou as propriedades psicométricas da EPM-20 itens. O estudo foi realizado em três tempos, nos quais a amostra foi composta por: Tempo 1= 1.160 sujeitos; Tempo 2 = 978

sujeitos; e Tempo 3= 836 sujeitos. Os dados foram mais relevantes no tempo um e por isso os resultados significativos concentraram-se nessa amostra. O Coeficiente de Alpha de Cronbach variou entre  $\alpha= 0.40$  e  $\alpha= 0.87$  nos fatores de primeira ordem (cada processo de mudança). Também foi constatada correlação significativa entre os processos de mudança e a transição entre os estágios de mudança. Observou-se que nos estágios de ação e manutenção foram utilizados mais processos comportamentais do que nos estágios iniciais.

Atualmente, a divulgação de pesquisas sobre validação e propriedades psicométricas de escalas traduzidas e adaptadas no Brasil tem conquistado maior espaço científico. Entretanto, não basta traduzir um instrumento, é necessário realizar um rígido procedimento de avaliação dessa tradução, verificando a adaptação transcultural e suas propriedades psicométricas (Pasquali, 2010).

O processo de adaptação de um questionário para outra cultura passa por várias etapas. Uma das etapas iniciais na tradução de um instrumento é a equivalência semântica que tem como objetivo avaliar a equivalência gramatical de vocabulário, visto que inúmeras palavras de um idioma não possuem tradução para outro. A equivalência idiomática trata das dificuldades de traduzir expressões coloquiais de determinado idioma. A equivalência cultural prioriza termos utilizados no contexto da população a qual se destina. Após essa análise semântica, pode-se aplicar o instrumento em uma pequena amostra da população-meta e, em seguida, realizar uma discussão entre as dúvidas que suscitarem. Além disso, é possível que sejam formados pequenos grupos, em uma situação de *Brainstorming*, na qual se apresenta item a item, para que cada grupo o reproduza. Se a reprodução do item é feita adequadamente, o item foi compreendido corretamente. Senão, os próprios participantes dos grupos, junto ao pesquisador, podem sugerir como deveria ser formulado o item. Outro procedimento utilizado para investigar a validade é a

análise dos juízes, peritos na área do construto, com a tarefa de julgar se os itens estão se referindo, ou não, ao traço em questão (Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010).

Diante disso, esse estudo objetivou estudar as propriedades psicométricas da Escala de Processos de Mudança (EPM)-20 itens para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Os dados de identificação da Escala original e adaptada apresentada neste artigo estão apresentados no quadro dois.

**Quadro 2** – Identificações da Versão americana e brasileira da Escala de Processos de Mudança.

	<b>Versão em Inglês</b>	<b>Versão Brasileira</b>
<b>Nome da Escala</b>	Processes of Change Questionnaire (PCQ)	Escala de Processos de Mudança (EPM) para usuários de drogas
<b>Autores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• James O. Prochaska,</li> <li>• Wayne F. Velicer,</li> <li>• Carlo C. DiClemente,</li> <li>• Joseph L. Fava.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karen P. Del Rio Szupszynski,</li> <li>• Margareth da Silva Oliveira</li> </ul>
<b>Ano</b>	1988	2012

## 2. MÉTODO

**2.1 Delineamento:** Este estudo é quantitativo e transversal, de cunho instrumental (Monteiro & Leon, 2005).

**2.2 Amostra:** A amostra foi coletada por conveniência, não aleatória, e foi constituída de 328 sujeitos usuários de substâncias psicoativas ilícitas. O número mínimo de participantes necessário para cumprir os objetivos deste estudo foi calculado pelo critério “razão itens/sujeito”, com o objetivo de gerar dados estatísticos adequados. De acordo com esse critério, para se realizar uma análise estatística satisfatória, é importante que a amostra seja composta de pelo

menos cinco vezes o número de itens da escala (Pasquali, 1999). Salienta-se, no entanto, que o número de sujeitos na amostra foi superior a dez vezes o número de itens da escala, conforme proposto por Hair (2005).

Os dados foram coletados em sete diferentes locais especializados em tratamento para dependentes químicos, da região central e metropolitana de Porto Alegre. Os participantes estavam em tratamento ambulatorial ou em internação no momento da coleta de dados, configurando-se uma amostra clínica.

Alguns critérios de exclusão foram determinados, com o intuito de que a amostra se caracterizasse como homogênea e que condições para o processo de validade pudessem ser preservadas. Desse modo, foram excluídos da amostra sujeitos que apresentaram síndrome de privação grave, com sintomas de abstinência das drogas (delírios, alucinações), que alterem o desempenho nos testes. Também foram excluídos indivíduos que apresentaram prejuízo cognitivo (o qual foi avaliado pelo *Screening Cognitivo* do WAIS-III). A amostra total foi de 336 sujeitos, porém oito participantes foram excluídos por terem apresentado classificação inferior no subteste vocabulário e em qualquer outro subteste, dos quatro selecionados para aplicação neste estudo. De acordo com Wagner, Pawlowski, Yates, Camey e Trentini (2010) há a possibilidade de avaliar as capacidades cognitivas de sujeitos por meio de formas reduzidas do WAIS-III. De acordo com dados da normatização americana e brasileira do WAIS, os subtestes Vocabulário e Cubos apresentam coeficientes de fidedignidade e validade satisfatórios para versões reduzidas do WAIS, podendo ser utilizados como indicadores de capacidade cognitiva em diferentes amostras.

Além do aspecto cognitivo, também foi considerada a presença de patologias psiquiátricas com sintomas graves (delírios, alucinações) para a exclusão de sujeitos. A presença

dessas foi avaliada por meio de diagnóstico presente nos prontuários dos pacientes, após avaliação psiquiátrica realizada pelas instituições, nas quais os pacientes recebiam tratamento.

### 2.3 Instrumentos:

Para a avaliação dos sujeitos, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Entrevista Estruturada: com o objetivo de estabelecer o perfil socioeconômico da amostra estudada e a história de consumo de cada droga utilizada.
- ASR (*Adult Self Report*): inventário autoaplicável, desenvolvido por Achenbach (2001) que objetiva identificar diferentes aspectos do funcionamento adaptativo de adultos, na faixa etária de 18 a 59 anos, identificando problemas comportamentais e emocionais e os transtornos psicopatológicos de maior incidência. Ele faz parte do sistema ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), o qual é reconhecido internacionalmente (Achenbach & Rescorla, 2001).
- *Screening* Cognitivo do WAIS-III: compreende os subtestes Vocabulário, Cubos, Dígitos e Códigos. O subteste Vocabulário será utilizado para uma medida adequada de inteligência basal. Já o subteste Cubos identifica a formação de conceitos envolvendo análise, síntese e organização viso-motora, enquanto o subteste Códigos e Dígitos mede a capacidade de reprodução e imitação (Cunha, 2000).
- URICA (*University of Rhode Island Change Assesment Scale*): escala usada para avaliar o estágio de motivação para mudar o comportamento aditivo de uso de substâncias psicoativas ilícitas. Será aplicada a versão reduzida contendo 24 itens, sendo as alternativas de respostas do tipo Likert. A URICA é dividida em quatro subescalas: Pré-contemplação (seis itens),

Contemplação (seis itens), Ação (seis itens) e Manutenção (seis itens). Essa escala já foi validada no Brasil para uso de drogas ilícitas (Szupczynski & Oliveira, 2008).

- Escala de Processos de Mudança (EPM) - (Prochaska et al., 1988): inventário de autorrelato que possui uma versão de 40 itens e uma versão breve de 20 itens. Ambas as versões possuem dez fatores de primeira ordem (Ampliação da consciência; Alívio Emocional; Reavaliação Circundante; Deliberação social; Autorreavaliação; Autodeliberação; Contracondicionamento; Controle de estímulos; Gerenciamento de reforço; Relações de Ajuda; e também possuem dois fatores de segunda ordem: processos cognitivos e processos comportamentais. Nesse estudo será adaptada a escala composta de 20 itens. O sujeito responde com que frequência ocorre determinado pensamento ou situação (descrito em cada item), referente ao consumo de SPA. Para cada item o participante possui cinco opções de resposta, em escala Likert de 1 a 5.

## **2.4 Procedimentos:**

### **2.4.1 Procedimentos de Adaptação**

O método escolhido para realizar o processo de adaptação da EPM-20 itens foi o da *Tradução reversa* (Borges et al., 2010). A seguir estão descritos os passos seguidos para a realização da tradução do instrumento.

- **Tradução do instrumento:** a Escala de Processos de Mudança (EPM) foi traduzida da língua inglesa para a língua portuguesa. O trabalho foi realizado por um profissional, bilíngue e conhecedor do objetivo da tradução.

- **Back-translation:** A partir da primeira tradução, o instrumento foi retraduzido para o idioma de origem. O trabalho foi realizado por uma pessoa bilíngue e desconhecedor do objetivo da tradução (tradução às cegas).

- **Retradução do instrumento:** a partir do processo de *back-translation*, a EPM sofreu uma nova tradução para a língua portuguesa. O trabalho foi realizado por outra pessoa bilíngue agora com conhecimento dos objetivos da tradução.

- **Método do Comitê (Juizes-avaliadores):** nessa fase da adaptação, foi feita uma comparação entre a primeira tradução para o português e a retradução. Todo o processo de tradução foi encaminhado para um comitê, formado por três profissionais especializados, conhecedores do tema da pesquisa, com a finalidade de avaliar o instrumento e os conceitos envolvidos. O trabalho dos juizes foi o de detectar possíveis divergências teóricas, verificando se os itens da escala referem-se ou não ao tema que se propõe a medir, além de avaliar qual das traduções se aproximava mais da original.

- **Estudo piloto:** a versão final em português foi aplicada em dez sujeitos com as características da amostra pesquisada. O objetivo desta aplicação foi verificar, do ponto de vista desses participantes, se o instrumento estava adequado tanto gramatical quanto funcionalmente após as traduções e análise do comitê. Essas dez aplicações também foram excluídas da amostra final. Após a análise dos resultados do estudo piloto, foram feitos os acertos necessários, partindo-se então para a pesquisa de campo, propriamente dita.

#### **2.4.2 Treinamento da equipe de avaliadores**

Antes do início da coleta de dados, a equipe de avaliadores passou por um treinamento sobre todos os instrumentos aplicados neste estudo. Além disso, foi construído um manual de



aplicação com o intuito de que todos os resultados obtidos tivessem uma padronização na aplicação dos instrumentos e na correção dos mesmos. Destacou-se o instrumento foco deste estudo, a Escala de Processos de Mudança, de maneira a minimizar possíveis vieses na pesquisa.

### **2.4.3 Coleta de Dados**

Conforme exposto anteriormente, as informações foram coletadas em sete instituições especializadas em tratamento de dependência química de Porto Alegre e região metropolitana. Foi encaminhada uma carta de apresentação a cada instituição, explicando os objetivos do presente estudo. Após, era feita uma triagem dos pacientes das unidades por meio da análise dos prontuários, investigando-se os critérios de inclusão e exclusão. A cada participante da pesquisa foi dado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no qual foram explicados os objetivos da pesquisa. Assinado o termo, era agendada com cada paciente uma entrevista na qual eram aplicados os instrumentos anteriormente citados.

### **2.4.4 Procedimentos para Análise dos Dados**

Os resultados foram tabulados e submetidos à análise estatística. As informações coletadas nesta pesquisa foram organizadas no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e inferencial (com nível de significância de 5%). Inicialmente foi realizado o teste de normalidade das variáveis a serem analisadas. A definição para o uso de testes paramétricos ou não paramétricos foi realizada a partir da utilização do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A Fidedignidade da escala foi medida por meio do cálculo do coeficiente do Alpha de Cronbach. Já as evidências de validade da EPM

foram obtidas pelos seguintes métodos: a) Validade do Conteúdo – Comitê de Juízes-avaliadores e Coeficiente de Kappa; b) Validade com testes de construtos relacionados – Correlação entre a EPM e a escala URICA pelo Teste de Correlação de Pearson; c) Validade por meio da análise de Estrutura Interna – Método da Análise Fatorial Confirmatória, com rotações ortogonais do tipo Varimax, para verificar se os fatores estão bem determinados e semelhantes à estrutura original do instrumento.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 Perfil da amostra**

A amostra foi constituída por 328 sujeitos que estavam em tratamento para uso de drogas. A média de idade dos participantes foi de 30,09 anos (DP=8,40). A maioria dos participantes era do sexo masculino (93,6%) e tinha escolaridade entre o Ensino Fundamental e Médio. Apesar do uso de drogas, mais da metade possuía atividade ocupacional antes do tratamento (65,9%), porém não tinham relacionamentos duradouros, sendo que 57% estavam solteiros e 9,8 estavam separados ou divorciados. De acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB), grande parte da amostra encontrava-se entre as classes B e C, somando 79,8% (N= 262) da amostra. Outro fator relevante é o de que 88,4% da amostra têm ou teve algum familiar envolvido com drogas e álcool. Na tabela um estão apresentados alguns dados descritivos da amostra.

**Tabela 1** – Perfil da Amostra

<b>Características da Amostra</b>	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	307	93,6
Feminino	21	6,4
<b>Trabalha atualmente?</b>		
Sim	216	65,9
Não	112	34,1
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	133	40,5
Ensino Médio	136	41,5
Ensino Superior	55	16,7
Pós-graduação	4	1,2
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	187	57,0
Casado ou com companheiro (a)	103	31,4
Divorciado ou Separado	32	9,8
Viúvo	2	0,6
Outro	4	1,2
<b>Classificação CCEB</b>		
Classe A	28	8,5
Classe B	131	39,9
Classe C	131	39,9
Classe D	24	7,3
<b>Familiar com Problemas com Drogas ou Álcool</b>		
Sim	290	88,4
Não	38	11,6

Grande parte dos entrevistados estava internada (Hospital ou Comunidade terapêutica) no momento da avaliação, sendo que apenas 18,9% da amostra estavam em tratamento ambulatorial. A quantidade de tratamentos anteriores destacou-se como resultado na amostra, uma vez que muitos pacientes buscaram inúmeras internações em hospitais ou comunidades terapêuticas. A quantidade de vezes que tratamentos foram buscados foi bastante alta, tendo

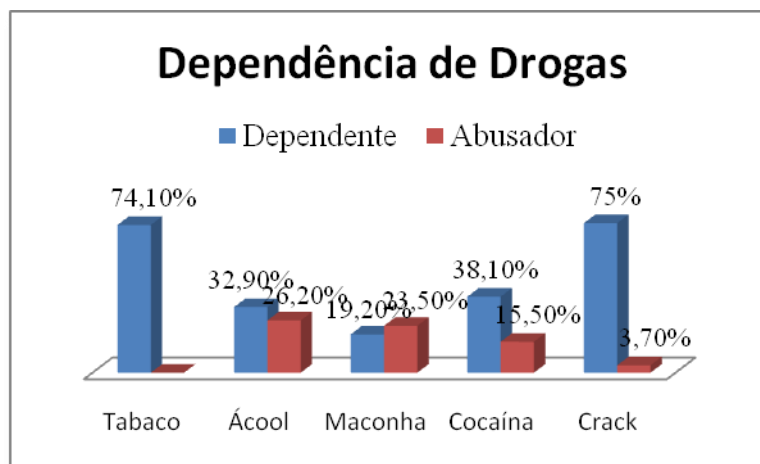
pacientes que chegaram a internar 40 vezes em hospitais e outros que buscaram auxílio em comunidades terapêuticas por 20 vezes. Os dados são apresentados na tabela dois.

**Tabela 2** – Percentuais de realização de tratamentos anteriores para o uso de droga.

<b>Tratamentos anteriores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Internação Hospitalar</b>		
Nenhuma internação	63	19,2
1 a 3 vezes	186	56,7
4 a 6 vezes	23	7,1
7 a 10 vezes	24	7,3
Mais de 11 vezes	32	9,7
<b>Comunidade Terapêutica</b>		
Nenhuma internação	155	47,3
1 a 3 vezes	142	43,3
4 a 6 vezes	19	5,8
Mais de 7 vezes	12	3,6

De acordo com os resultados, 70,1% dos participantes afirmou que buscou o tratamento atual por causa do Crack e 23,5% em função do uso de cocaína. A avaliação de prontuários e investigação de dados na entrevista foi realizada para detectar dependência ou abuso de drogas e demonstraram que a dependência de Tabaco e Crack são os principais problemas entre os entrevistados, conforme mostra a **figura dois**.

**Figura 2** – Percentuais de dependentes de cada droga.



### **3.2 Evidências de Validade**

As evidências de validade da Escala de Processos de Mudança basearam-se em três conceitos: a) Validade do Conteúdo – Coeficiente de Kappa; b) Fidedignidade da escala - medida por meio do cálculo do coeficiente do Alpha de Cronbach; c) Validade com testes de construtos relacionados – Correlação de Pearson; c) Validade por meio da análise de Estrutura Interna – Método da Análise Fatorial Confirmatória.

#### **3.2.1 Validade do Conteúdo**

Os resultados das avaliações das traduções, juntamente com os pareceres dos juízes especialistas, indicaram que não houve dificuldade na tradução dos itens da EPM-20 itens, porém alguns ajustes foram feitos, no sentido de adequar as frases à língua portuguesa coloquial. A análise estatística descritiva encontrou uma concordância entre os juízes de 89% dos itens examinados, referente à primeira tradução da EPM. Utilizou-se o critério de decisão sobre pertinência do item, conforme Pasquali (2010).

### 3.2.2 Fidedignidade - Consistência interna

Considerando os dois fatores preestabelecidos para o questionário EPM (Processos Cognitivos e Comportamentais), foram calculados a análise da fidedignidade e a consistência interna pelo coeficiente Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões do questionário, bem como de seus subgrupos. Também foram obtidas as estimativas de média e desvio padrão, além da correlação subitem total e entre os subitens.

De acordo com os resultados da tabela três, inicialmente verificou-se as médias das respostas para os fatores de segunda ordem. A média para os Processos Cognitivos foi de 3,7 ( $\pm 0,6$ ) e para os Comportamentais de 3,5 ( $\pm 0,7$ ). Como os desvios padrão mostraram-se relativamente baixos ( $< 25,0\%$ ), pode-se acreditar que, as respostas mostraram-se relativamente semelhantes nestas duas dimensões principais.

Em relação a cada um dos cinco Processos Cognitivos, as médias oscilaram entre 6,09 ( $\pm 2,02$ ) e 8,58 ( $\pm 1,61$ ). Já para cada um dos cinco Processos Comportamentais a variação ficou entre 5,36 ( $\pm 2,20$ ) e 7,90 ( $\pm 2,01$ ). Considerando-se que, apenas os subitens Avaliação Circundante ( $8,58 \pm 1,61$ ) e Autorreavaliação ( $8,34 \pm 1,68$ ) apresentaram coeficientes de variação inferiores a 25,0%, os demais subitens apresentaram medidas descritivas que podem ser consideradas como não suficientemente satisfatórias (variabilidade muito expressiva e com desvio padrão elevado, representando mais de 25% do valor da média), implicando em dados heterogêneos com características de elevada dispersão das respostas avaliadas, principalmente nos subitens Ampliação da Consciência ( $6,47 \pm 2,76$ ) e Autodeliberação ( $5,36 \pm 2,20$ ).

O coeficiente de Alpha de Cronbach da escala total foi de  $\alpha = 0,775$ , mostrando-se um valor bastante satisfatório. O índice de alpha de Cronbach correspondente aos fatores de segunda

ordem apresentou estimativas de  $\alpha=0,732$  para os Processos Comportamentais e de  $\alpha=0,550$  para os Processos Cognitivos. Assim, considerando-se que as estimativas acima de  $\alpha=0,600$  são aceitáveis e consideradas satisfatórias, a escala de Processos Cognitivos apresentou alpha levemente abaixo do mínimo esperado.

No que diz respeito à análise psicométrica dos itens e da escala EPM, investigou-se o grau de discriminação dos subgrupos para cada uma das duas dimensões, e os resultados apontaram que nos Processos Cognitivos as correlações variaram entre  $\alpha=0,226$  e  $\alpha=0,345$ , indicando que apenas o subitem Deliberação Social mostrou-se pouco discriminativo. Na dimensão de Processos Comportamentais, as correlações com os subitens foram estimadas entre  $\alpha=0,347$  e  $\alpha=0,579$ , sugerindo que o subitem Relações de Ajuda apresentou a menor capacidade discriminativa.

Mesmo frente a alguns resultados não tão satisfatórios de alguns subitens, optou-se por manter a escala com os mesmos itens da estrutura original. Essa decisão foi tomada frente à pequena alteração que haveria nos resultados de confiabilidade e estrutura interna, não havendo impactos estatisticamente significativos.

**Tabela 3** - Análise da consistência interna das duas principais dimensões EPM em comparação aos subitens.

Processos	Alpha ( $\alpha$ Padroni- zado)	Itens	Análise descritiva		Alpha se item deletado	Correlação item- total*	Análises correlacionais					
			Média	Desvio padrão			Intercorrelações - Itens					
							1	2	3	4	5	
<b>Experienciais / cognitivos (3,7±0,6)</b>	0,535 (0,550)	Ampliação da Consciência (1)	6,47	2,76	,465	,340	1,000					
		Ativação Emocional (2)	7,18	2,01	,470	,315	,219	1,000				
		Avaliação Circundante (3)	8,58	1,61	,474	,323	,240	,223	1,000			
		Autorreavaliação (4)	8,34	1,68	,461	,345	,206	,218	,292	1,000		
		Deliberação Social (5)	6,09	2,02	,522	,226	,187	,143	,065	,173	1,000	
						<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		
<b>Comportamen- tais (3,5±0,7)</b>	0,721 (0,732)	Gerenciamento de Reforço (6)	7,90	2,01	,636	,579	1,000					
		Contracondicioname- nto (7)	7,69	1,84	,644	,572	,535	1,000				
		Relações de Ajuda (8)	6,94	2,42	,734	,347	,246	,284	1,000			
		Autodeliberação (9)	5,36	2,20	,681	,461	,450	,396	,219	1,000		
		Controle de Estímulos (10)	6,97	2,15	,672	,484	,416	,403	,292	,292	1,000	



### 3.2.3 Validade da Estrutura Interna

A validade de Estrutura Interna da EPM-20 para usuários de drogas foi analisada por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Buscou-se caracterizar os fatores de segunda ordem da EPM (Subescala de Processos Cognitivos e Subescala de Processos Comportamentais), e para isso foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória fixando dois componentes. Inicialmente realizou-se uma análise dos parâmetros do modelo, e verificou-se a medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para o tamanho de amostra e o número de questões, avaliando-se que as variáveis eram compatíveis com a técnica de análise fatorial (KMO 0,811). Além disso, investigou-se sobre o pressuposto que analisa a hipótese de que as questões/itens não sejam altamente correlacionadas, tendo-se como resultado do teste de esfericidade de Bartlett um valor significativo ( $\chi^2_{\text{calc}}=11179,913$ ;  $p<0,0001$ ), indicando que as correlações parciais são adequadas para se proceder ao modelo de análise fatorial. Nas informações referentes à comunalidade, foi estimada para cada item a proporção da variância que é explicada sobre os dois fatores preestabelecidos e, verificou-se que, a variável que melhor foi explicada pelos fatores foi o item 19 (maior carga fatorial: 0,665) da EPM, no qual a comunalidade apontou que 65,5% das variações apresentadas.

Considerando as menores comunalidades observadas pela AFC, destacam-se os itens 10, 12 e 14 que apresentaram a menor parcela explicada pelos dois fatores comuns (cargas de 0,357; 0,383 e 0,429), ou seja, foram as questões que apresentaram a menor contribuição sobre o poder de explicação do construto. Além disso, ainda verificou-se que os itens 1, 8 e 15 apresentaram, também, cargas fatoriais inferiores a 0,500, apontando para um percentual de explicação também reduzido.

**Tabela 4** - Análise Fatorial Confirmatória (definidos dois fatores) - Análise das comunalidades, fatores e de  $\alpha$ -Cronbach.

Itens/Questões	Comunalidade	Componentes da matriz rotacional*£		$\alpha$ Cronbach ( $\alpha=0,775$ ; ** $\alpha_{std}=0,786$ )				
	Extração	1	2	Média da escala se item deletado	Variancia da escala se item deletado	Item corrigido – Correlação total	Correlação múltipla ao quadrado	Alpha de Cronbach se item deletado
Q1	,229	,456	,146	68,04	119,277	,353	,208	,765
Q2	,505	,633	-,322	68,20	120,750	,318	,392	,767
Q3	,335	,086	,573	67,76	122,275	,298	,191	,768
Q4	,357	-,190	,566	67,45	127,698	,097	,116	,781
Q5	,140	,250	,279	68,36	113,429	,299	,129	,776
Q6	,393	,592	,205	68,03	116,580	,481	,309	,756
Q7	,023	,068	,137	68,78	126,251	,130	,119	,780
Q8	,227	,199	,433	67,22	125,224	,269	,231	,770
Q9	,345	,501	,306	68,16	116,762	,472	,296	,757
Q10	,204	,277	,357	69,35	119,611	,342	,261	,766
Q11	,395	,586	-,228	67,84	119,997	,327	,365	,767
Q12	,205	,143	,429	68,05	122,551	,246	,136	,772
Q13	,320	,542	,161	67,36	120,795	,405	,283	,762
Q14	,248	,318	,383	67,20	123,105	,357	,223	,766
Q15	,302	,474	,278	67,19	121,595	,420	,319	,762
Q16	,380	,593	,171	68,28	116,372	,461	,348	,757
Q17	,292	,514	,165	67,27	122,351	,397	,277	,764
Q18	,316	,543	,146	67,98	117,116	,458	,244	,758
Q19	,487	,665	,211	67,73	115,458	,541	,420	,752
Q20	,272	,023	,521	68,12	123,600	,244	,167	,772
Autovalores		3,774	2,201					
% de variância		18,868	11,006					
% variância acumulada		18,868	29,874					

\*Método de extração: Análise de Componentes Principais para Análise Fatorial Confirmatória (Fixado extração de dois fatores); £: Método rotacional, Varimax com kaiser Normalização (manter componentes com autovalor maior que 1); \*\*Alpha de Cronbach padronizado;  
 Parâmetros do modelo: KMO: 0,811; Teste de Esfericidade de Bartlett: ( $\chi^2_{calc}=1179,913$ ;  $p<0,001$ )

De acordo com o quadro dois, pode-se observar que os dois fatores apresentados foram formados pelos seguintes itens:

**Quadro 3** – Comparação dos itens da Escala original com a versão brasileira.

	<b>Fator 1 - Processos Cognitivos</b>	<b>Fator 2 – Processos Comportamentais</b>
Escala original	3, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 20	1, 2, 6, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19
<b>Escala Versão Brasileira</b>	<b>3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 20</b>	<b>1, 2, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19</b>

Diante dos resultados, a escala adaptada para usuários de drogas no Brasil apresentou uma estrutura fatorial bastante parecida com a original, apesar de ter apresentado valores não tão representativos em relação ao poder de explicação do construto ao qual a escala se refere. No entanto, mesmo que se optasse pela exclusão de alguns itens o poder de explicação aumentaria poucos índices percentuais, o que reforçou a decisão de manter a escala com a mesma estrutura da original.

### **3.2.4 Validade pela relação com Teste que avalia construto relacionado**

Foi realizada também neste estudo a validade de correlação de escores da EPM com variáveis externas. Nesse caso, foi utilizada a URICA, pois é uma escala já validada para a mesma população no Brasil (Szupszynski & Oliveira, 2008). Optou-se por realizar essa correlação por questões teóricas e estatísticas. A justificativa teórica refere-se ao fator de que Prochaska e DiClemente (1982), acreditam que quando o sujeito está no Estágio de Ação, ele utiliza Processos mais Comportamentais, uma vez que necessita agir frente a mudança. Logo a correlação empírica deveria seguir o pressuposto teórico. A questão estatística refere-se ao fato de que as subescalas de Ação da URICA e Processos Comportamentais da EPM, são as subescalas e possuem os maiores valores de fidedignidade nas adaptações brasileiras

(Szupszynski & Oliveira, 2008). Além disso, esta correlação foi sugerida e supervisionada pelo autor das duas escalas o Prof. PhD Carlo DiClemente.

Na comparação dos Processos Comportamentais em relação à Ação da URICA foi detectada correlação significativa positiva ( $r=0,342$ ;  $p<0,001$ ), ou seja, escores elevados do total, processos comportamentais mostraram-se correlacionados a escores também elevados da ação (ou vice-versa).

**Tabela 5** - Análise de correlação URICA x EPM

Variável	Processos Comportamentais	
	r	P
Ação total	0,342	<0,001

### **3.3 Outras correlações**

Além das evidências de validade e fidedignidade da EPM, este estudo demonstrou importantes resultados em relação à correlação da EPM com o questionário ASR. Muitos problemas identificados pelo ASR obtiveram correlação com as medidas dos processos de mudança. Nas comparações dos escores das escalas de problemas do ASR em relação aos Processos Cognitivos foram detectadas correlações significativas negativas em relação a Problemas somáticos ( $r=-0,196$ ;  $p<0,032$ ), TDAH( $r=-0,180$ ;  $p<0,050$ ) e Personalidade Antissocial ( $r=-0,246$ ;  $p<0,007$ ), conforme critérios do DSM-IV. Isso demonstra que quanto maior a pontuação para sintomas destes diagnósticos, menos Processos Cognitivos são utilizados pelos pacientes.

Em relação aos Processos Comportamentais também foram obtidas correlações estatísticas negativas. As associações mais significativas foram encontradas em relação à Quebra

de Regras ( $r=-0,285$ ;  $p<0,008$ ), Personalidade Evitativa ( $r=-0,350$ ;  $p\leq 0,000$ ) e Personalidade Antissocial ( $r=-0,343$ ;  $p\leq 0,000$ ). Essas associações também demonstram que quanto maior a pontuação para os sintomas destes diagnósticos, menos Processos Comportamentais o paciente consegue utilizar.

**Tabela 6** - Coeficiente de correlação de Pearson na associação entre os Processos de mudança e problemas de comportamento apontados pelo ASR.

Variáveis	Total Processos Experienciais		Total Processos Comportamentais	
	r	p	r	p
Ansiedade e Depressão	,057	,537	-,077	,403
Isolamento e Depressão	-,175	,055	-,279**	,002
Problemas Somáticos	-,165	,070	-,192*	,035
Problemas de Atenção	-,064	,487	-,238**	,008
Comportamento Agressivo	-,123	,180	-,163	,074
Quebrar Regras	-,159	,082	-,285**	,002
DSM Depressão	-,060	,515	-,222*	,015
DSM Problemas de Ansiedade	-,001	,994	-,045	,622
DSM Problemas Somáticos	-,196*	,032	-,163	,076
DSM Personalidade Evitativa	-,114	,213	-,350**	,000
DSM TDAH	-,180*	,050	-,221*	,015
DSM Personalidade Antissocial	-,246**	,007	-,343**	,000

\*Correlação significativa a 5%

\*\*Correlação significativa a 1%

#### 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

De acordo com os resultados, pôde-se observar uma amostra formada praticamente por usuários de Crack. Os pacientes que participaram do estudo já buscaram tratamentos anteriores, mostrando uma dificuldade de adesão aos tratamentos convencionais. Dados como a escolaridade, estado civil e classificação econômica, mostram os prejuízos trazidos pelo uso de

drogas. Os achados sobre a escolaridade e classificação econômica, corroboram-se com estudos que afirmam o quanto o uso de drogas, e principalmente o de Crack, interfere no desenvolvimento cognitivo e social dos usuários (DiClemente, 2005).

Outro resultado relacionado a questões psicossociais é o fator de 88,4% das amostras afirmarem que algum familiar tem ou teve problema com drogas lícitas ou ilícitas. A literatura mostra o quanto o apoio familiar é importante para a adesão a tratamentos e manutenção da abstinência, porém com a falta de estrutura familiar pode prejudicar de forma relevante. Pode-se inferir que esse possa ser um dos motivos de tantas tentativas de tratamento frustradas e sem sucesso (Freires & Gomes, 2012)

Em relação às propriedades psicométricas pôde-se constatar que a versão brasileira da Escala de Processos de Mudança para usuários de drogas é um instrumento com valores de fidedignidade e validade satisfatórios. As subescalas de Processos Cognitivos apresentou resultado próximo ao esperado ( $\alpha=0,600$ ) com Alpha igual a  $\alpha=0,535$ . Já os Processos Comportamentais apresentaram valores dentro do esperado, com Alpha de  $\alpha= 0,721$ . A escala total apresentou um bom valor de confiabilidade, obtendo-se como resultado um alpha de  $\alpha= 0,775$ , mostrando que todos os itens juntos avaliam adequadamente o construto a que se relacionam. Os resultados de fidedignidade apresentam valores semelhantes aos encontrados em outros estudos (Pruitt et al., 2010; Guo et al., 2010).

É possível observar que os fatores da versão original e da versão brasileira ficaram bastante semelhantes, apenas havendo diferença em relação ao item 15. Também se observa que muitos itens obtiveram baixos valores de explicação dentro dos fatores, porém nenhum destes foi excluído por apresentarem valores de Alpha de Cronbach satisfatórios. Conforme Pasquali (2010), o critério para exclusão de item deve basear-se na análise conjunta dos valores de

confiabilidade (Alpha de Cronbach) e de estrutura interna (Análise fatorial confirmatória), além das interferências teóricas em relação ao construto, e só então avaliar-se a real necessidade de extinguir determinado item. Nesse estudo, optou-se em deixar a adaptação brasileira da Escala de Processos de Mudança igual à versão original, mantendo o mesmo número de itens e fatores. Outros autores demonstraram ter certas dificuldades em seus estudos, principalmente no que se refere à estrutura fatorial da EPM (Freyer et al., 2006; Guo et al., 2010)

Alguns itens mostraram taxas de explicação diferentes da escala original, porém em sua maioria, os autores mantiveram o mesmo número de itens e fatores, corroborando-se aos resultados encontrados neste estudo (Tejero et al., 1997; Freyer et al., 2006; Pruitt et al., 2010).

Realizou-se também uma validade com Teste que avalia construto relacionado. Esta validade assemelha-se a Validade Convergente, porém é aplicada quando os construtos apenas correlacionam-se e não são iguais. A validade correlacionando a EPM e a URICA mostrou-se estatisticamente significativa, obtendo como resultado  $r=0,342$  ( $p < 0,001$ ). De acordo com Nunes e Primi (2010), estudos que utilizam variáveis externas de construtos, relacionando os instrumentos têm valores de correlação esperada entre  $=0,200$  e  $0,500$ . Diante disso, o valor apresentado pela correlação entre a EPM e URICA mostra-se satisfatório e dentro do esperado, confirmando que quanto mais processos comportamentais o sujeito utiliza maior é a associação com o estágio de ação de seu processo de mudança. O resultado também está corroborado com a literatura apresentada, na qual outros estudos encontraram uma correlação significativa (Tejero et al., 1997; Oliveira et al., 2005; Freyer et al., 2006; Dishman et al., 2010).

Realizou-se também a correlação entre as subescalas de segunda ordem da EPM (Processos Cognitivos e Processos Comportamentais) com os problemas adaptativos apontados pela aplicação da Escala ASR. Os dados mostraram que os pacientes com maior pontuação para

sintomas de TDAH e Personalidade Antissocial apresentam maior dificuldade em realizar tanto Processos Cognitivos quanto Comportamentais. Outras correlações mostraram, ainda, que quanto maior os problemas relacionados a Isolamento e Depressão, Quebra de Regras, Personalidade Evitativa ou Antissocial menos habilidades os pacientes terão em executar processos comportamentais, ou seja, ações relacionadas à mudança do comportamento problema.

Estes resultados também poderiam estar associados às frustradas tentativas de tratamento anteriores, visto que os pacientes apresentam importantes prejuízos de funcionamento psicológico e como consequência, uma possível dificuldade em relação ao controle de contingências relacionadas ao comportamento problema.

Estudos de adaptação de instrumentos são extremamente relevantes para o avanço dos resultados empíricos de construtos relacionados ao tratamento do uso de drogas. A utilização de instrumentos adequadamente validados beneficia tanto a prática clínica (prevenção, tratamento e reabilitação) quanto à pesquisa, produzindo e compartilhando novos conhecimentos.

A dependência química tem se tornado um grave problema no Brasil (CEBRID, 2005), principalmente em relação ao uso do Crack. As consequências da dependência trazem problemas sociais, econômicos e psicológicos, prejudicando os brasileiros tanto no âmbito público, como privado (Silveira & Moreira, 2006). A criação e aprimoramento de intervenções ou instrumentos que auxiliem nesse problema, somam esforços no alcance de possíveis soluções eficazes e permanentes.



**REFERÊNCIAS**

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Borges, V.C., Balbinotti, M.A.A., & Teodoro, M.L.M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In Pasquali, L. (2010). *Instrumentação Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: CEBRID, UNIFESP.
- Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DiClemente, C.C. (2007). Mechanisms, determinants and processes of change in the modification of drinking behavior. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 31(3), 13-20.
- DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Addy, R.C., & Velasquez, M.M. (1996). *Alternate short forms of a processes of change scale for alcoholism treatment*. Paper presented at the Fourth International Congress on Behavioral Medicine.
- DiClemente, C.C. (2005). Conceptual Models and Applied Research: The Ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 5-12.
- Dishman, R., & Jackson, A.S. (2010). Validity of Processes of Change in Physical Activity Among College Students in the TIGER Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 40 (2), 164–175.
- Freires, I.A., & Gomes, E.M.A. (2012) O papel da família na prevenção ao uso de substâncias psicoativas. *Revista brasileira de ciências da saúde*, 16 (1).

- Freyer, J., Bott, K., Riedel, J., Wedler, B., Meyer, C., Rumpf, H., John, U., & Hapke, U. (2006). Psychometric properties of the de Processes of Change scale for alcohol misuse and its short form (POC-20). *Addictive Behaviors, 31* (5), 821–832.
- Guo, B., Fielding, A. Sutton S., & Aveyard, P. (2010). Psychometric Properties of the Processes of Change Scale for Smoking Cessation in UK Adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine, 1*.
- Hair, J.F., Tatham, R.L., Anderson, R.E., & Black, W. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Migneault, J.P., Adams, T.B., & Read, J.P. (2005). Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review, 24* (5), 437 – 448.
- Montero, I., & Leon, O. (2005). Sistema de Classificação del Método em los Informes de Investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5* (1), 115-127.
- Nock, M.K. (2007). Conceptual and Design Essentials for Evaluating Mechanisms of Change. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 31* (3), 4-12.
- Nunes, C.H.S.S., & Primi, R (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. Em Conselho Federal de Psicologia - CFP (Org.), *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 101-128). Brasília: CFP.

Oliveira, M.C.F, Anderson, J., Auld, G, & Kendall, P. (2005). Validation of a Tool to Measure Processes of Change for Fruit and Vegetable Consumption among Male College Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37 (1), 2-11.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J.L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4), 520-528.

Pruitt, S.L., McQueen, A., Tiro, J.A., Rakowski, W., DiClemente, C.C., & Vernon, S.W. (2010). Construct Validity of a Mammography Processes of Change Scale and Invariance by Stage of Change. *Journal of Health Psychology*, 15 (1), 64-74.

Silveira, D.X, & Moreira, F.G. (2006). *Panorama atual de drogas e dependências*. Editora Atheneu. São Paulo.

Szupszynski, K.P.D.R., & Oliveira, M.S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da Dependência Química. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 162-173.

Tejero, A., Trujols, J., Hernandez, E., Perez de los Cobos, J., & Casas, M. (1997). Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska and DiClemente transtheoretical model. *Drug and Alcohol Dependence*, 47 (1), 31-37.

### **SEÇÃO III – Intervenção para usuários de drogas baseada no Modelo Transteórico de Mudança: estudo de adaptação de intervenção grupal.**

#### **INTRODUÇÃO**

O foco de estudos relacionados com a dependência química tem se focado cada vez em formas de tratamentos eficazes e capazes de manter a abstinência. Os gastos com o tratamento de dependentes químicos oneram demasiadamente o sistema público de saúde tanto no Brasil como em diversos países (Moraes, Campos & Laranjeira, 2011). No Brasil, o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção de drogas, realizado pelo Ministério da Saúde, previu investimentos que chegam a um total de 117,3 milhões de reais. Conforme esse plano, o custo da internação de sete a 15 dias custa aproximadamente 65 reais por dia. Sendo assim, o custo do Sistema Único de Saúde (SUS), por um único usuário, levando-se em conta, as várias ocorrências de internação e as despesas recorrentes do tratamento posterior deste paciente é muito alto (Ministério da Saúde, 2010).

A busca por tratamentos efetivos na área da dependência química tem sido foco de inúmeros estudos. Em uma pesquisa com adolescentes usuários de Crack, foi aplicada a Intervenção Breve Motivacional (IBM) por telefone, com o objetivo de que os participantes aderissem ao tratamento via telefone e parassem de usar drogas. De acordo com os resultados todos eram dependentes de Crack e 40% dos participantes já havia buscado outro tipo de tratamento antes deste. Após seis meses de intervenção, 65% dos participantes que aderiram à intervenção conseguiram parar de usar drogas, mostrando que a IBM por telefone pode obter resultados muito satisfatórios. (Bisch, Benchaya, Signor, Moleda, Ferigolo, Andrade, & Barros, 2011)

Outro estudo foi realizado com usuários de Crack para avaliação do Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades. A pesquisa usou a metodologia de estudo de caso para avaliar a efetividade da intervenção, além de ter como objetivo a abstinência de drogas. De acordo com os resultados o paciente permaneceu em abstinência por três meses após a intervenção. No entanto, o paciente que foi foco de estudo passou por uma série de outros tratamentos, como entrevista motivacional, prevenção de recaída e a terapia cognitivo-comportamental. A sobreposição de todos os tratamentos pode ter agido como variável confundidora nos resultados, não se obtendo um resultado comprovado de eficácia para o Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades. (Araujo et al., 2011)

De acordo com Heather (1992), a dependência química tem como foco principal a questão motivacional, ou seja, a motivação para tratamento e a ambivalência em relação à abstinência são os pontos centrais de um tratamento. O Modelo Transteórico de Mudança (MTT), desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), ganhou atenção crescente nas últimas décadas, pois está fundamentado em construtos que se interagem para explicar o processo de mudança e o conceito de motivação. O MTT propõe uma forma de compreender o processo de mudança comportamental como um processo em que a pessoa cria novos comportamentos, modifica comportamentos existentes ou cessa padrões disfuncionais de comportamentos (DiClemente, 2005). Prochaska afirma que o eixo central do Modelo Transteórico são os *Estágios de Mudança* (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção), bastante conhecidos na literatura científica. Relacionado aos Estágios de Mudança está o conceito de Prontidão para Mudança. Ela refere-se a algo mais genérico ou mais amplo que os estágios motivacionais. Ela indica o quanto uma pessoa encontra-se engajada e/ou comprometida com a mudança de

comportamento. Logo, a mensuração e investigação dessa variável também são de extrema relevância para os tratamentos propostos. (Szupszynski & Oliveira, 2008)

No entanto, além dos Estágios Motivacionais, há os chamados *Mecanismos de Mudança*. Os Mecanismos de Mudança referem-se aos construtos que interferem na movimentação entre os Estágios de Mudança. Os Mecanismos de Mudança estão embasados nos seguintes construtos: *Balança Decisional*, *Tentação* para retornar ao comportamento problema e *Autoeficácia* para a abstinência, que seriam definidos como variáveis dependentes do MTT, ou seja, modificáveis apenas como consequência de alguma intervenção. Além desses, há ainda os *Processos de Mudança*, bastante estudados pelos autores do MTT e colaboradores e são considerados as variáveis independentes do modelo, ou seja, passíveis de serem manipuladas pelo pesquisador ou terapeuta (DiClemente, 2003). Os Processos de Mudança dividem-se em Processos Cognitivos (Ampliação da consciência; Alívio Emocional; Reavaliação Circundante; Deliberação social; e Autorreavaliação) e Processos Comportamentais (Autodeliberação; Contracondicionamento; Controle de estímulos; Gerenciamento de reforço; e Relações de Ajuda).

Nos estudos de correlação entre esses construtos, um dos maiores achados das pesquisas sobre o MTT é que pacientes em diferentes Estágios de Mudança usam diferentes Processos de Mudança para avançarem em seu processo terapêutico até chegar a abstinência. Os Processos de Mudança identificados no estudo de Prochaska, Velicer, DiClemente e Fava (1988) são considerados os fatores ativos na realização de cada tarefa presente nos estágios de mudança. Logo, uma premissa básica dos autores do MTT é de que o que fomenta e estimula o movimento no processo de mudança é o que os pacientes experimentam, pensam e fazem. Assim, considerando essa simples premissa, e a importância da movimentação entre os estágios, os

Processos de Mudança tornaram-se os principais alvos das intervenções/tratamentos (DiClemente, 2005; Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001).

DiClemente (2005) demonstra a importante correlação entre os Estágios de Mudança e os Processos de Mudança quando afirma que para que um indivíduo complete as tarefas do estágio de pré-contemplação, tornando-se preocupado o suficiente sobre considerar um novo comportamento, e então se engajar em uma análise de possíveis recompensas (tarefas de contemplação), ele deve ter uma maior conscientização sobre o problema (Ampliação da consciência) e começar a reavaliar a possibilidade de um novo comportamento (Autorreavaliação e Reavaliação Circundante). Segundo o autor, esses processos são fundamentais para a realização das tarefas dos estágios de pré-contemplação e contemplação. Da mesma forma, aprender a criar ou desconstruir estímulos para a ação (Controle de Estímulos), mudar as respostas frente aos estímulos (Contracondicionamento) e criar recompensas para o novo comportamento (Gerenciamento de Reforço) são tarefas fundamentais para os estágios de ação e manutenção.

Diante dessas importantes considerações Velasquez et al. (2001) publicaram o livro “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” com o objetivo de construir uma intervenção baseada nas variáveis independentes do MTT. O manual criado fundamentou seu eixo conceitual no construto dos Processos de Mudança, sendo elaboradas sessões nas quais os dez Processos pudessem ser trabalhados. O Manual foi constituído com 29 sessões, sendo 14 direcionadas a pacientes menos motivados (Pré-contemplação, contemplação e preparação) e 15 sessões direcionadas a pacientes já em processo de mudança mais evidente (ação e manutenção).

Prochaska e DiClemente em diferentes publicações (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004) afirmaram que as pesquisas que envolvessem os Mecanismos de Mudança deveriam ser

realizadas em grupo divididos por estágio motivacional. Ou seja, após uma avaliação dos participantes, a pesquisa deveria ser dividida, conforme as possibilidades, entre cada estágio motivacional. Diante dessa premissa, os autores do Manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” resolveram dividi-lo em duas partes, estruturando uma intervenção para pacientes mais contempladores e outra para pacientes mais em ação. Logo, os Processos trabalhados em cada seção do livro, são diferentes e direcionados ao grau de motivação. Na seção direcionada para contempladores, os Processos Cognitivos tornam-se o foco, uma vez que quanto mais ambivalente o paciente estiver, mais consciência deverá tomar de sua situação, e por consequência, mais cognitivo será o trabalho realizado.

Já na segunda seção, voltada para pacientes em ação e/ou manutenção, os Processos Comportamentais são amplamente trabalhados, reforçando com o paciente suas mudanças comportamentais e ampliando o número e qualidades de estratégias frente a situações de risco e/ou manutenção da abstinência (Velasquez et al., 2001).

Durante os anos de 2003 e 2007, Velasquez e colaboradores realizaram pesquisas em usuários de cocaína, tendo como base o manual "Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual". Inicialmente, o objetivo da pesquisa foi realizar uma adaptação das sessões do manual original, criando uma terapia de grupo, com base no MTT, inovadora para usuários de cocaína. Os pesquisadores modificaram o manual original desenvolvido por Velasquez et al. (2001) especificamente para o uso de cocaína, resultando em uma intervenção em grupo de 12 sessões. A adaptação foi realizada mantendo os construtos dos Estágios de Mudança e Processos de Mudança. Foram organizadas seis sessões iniciais ou "fase inicial", baseadas nos Processos Cognitivos de Mudança; e seis sessões finais ou "fase posterior", dirigidas aos Processos Comportamentais de Mudança. Em um estudo posterior, os



pesquisadores realizaram um projeto piloto para avaliar a efetividade da nova terapia de grupo baseada no MTT para usuários de cocaína. A amostra foi de 80 dependentes de cocaína que foram designados, aleatoriamente, para um dos dois grupos: Grupo Experimental (intervenção baseada no MTT) e Grupo Controle (Psicoeducação). A amostra foi coletada em diferentes locais de tratamento para dependência química em Houston – Texas (EUA). O estudo ainda não possui resultados publicados, porém os autores esperaram avaliar a efetividade da intervenção e a questão motivacional relacionada às características dos terapeutas que participaram do estudo. (Velasquez, Stephens, & Drenner, 2012)

Atualmente, as internações estão voltadas para a desintoxicação, sem intervenções que auxiliem na reflexão a favor da abstinência. Os tratamentos ambulatoriais, igualmente, não seguem protocolos empiricamente testados e concentram-se na psicoeducação dos prejuízos provocados pelas drogas. De acordo com DiClemente (2005), é necessário que o paciente tenha um processo de autorreavaliação, motivação e comprometimento e não simplesmente informações, educação sobre o problema ou aconselhamento para um tratamento com resultados de sucesso.

Um estudo realizado por Daley, Salloum, Zuckoff, Kirisce e Thase (1998), obteve resultados positivos ao aplicar uma intervenção motivacional em usuários de Cocaína com diagnóstico de depressão. De acordo com os resultados do estudo, a intervenção proporcionou aumento do engajamento dos participantes no tratamento proposto e diminuiu o número de hospitalizações posteriores ao tratamento, quando comparados ao grupo controle.

Diante dos resultados expostos e dos escassos estudos sobre tratamento para o Crack, principalmente no Brasil, esse trabalho teve por objetivo apresentar os resultados da adaptação brasileira do Manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy

manual” (Velasquez, Maurer, Crouch e DiClemente, 2001) para usuários de drogas e do estudo sobre a intervenção baseada na adaptação do manual com usuários de Crack. Por intermédio da aplicação antes e depois dos instrumentos do Modelo Transteórico, buscou-se verificar se houve mudanças em relação à motivação dos pacientes.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo quase experimental, com avaliação pré e pós-intervenção, entre Grupo Experimental e Controle de usuários de Crack/cocaína.

### **2.2 Amostra**

Participaram desse estudo 38 pessoas, sendo usuários de Crack internados em unidades de tratamento para dependência química, na cidade de Porto Alegre. A amostra foi composta de homens e mulheres, com idade entre 18 e 59 anos e foi dividida entre Grupo Experimental (N=23) e Grupo Controle (N=15).

• **Critérios de exclusão:** presença de diagnóstico de transtornos psiquiátricos com funcionamento psicóticos ou delirantes (avaliados de acordo com diagnóstico presente em prontuário da instituição de tratamento do paciente); e presença de prejuízos cognitivos significativos (avaliado a partir dos instrumentos de avaliação cognitiva presentes no estudo). Os pacientes que não atendam aos critérios de inclusão receberão o tratamento já disponibilizado pelas instituições.

### **2.3 Instrumentos:**

Para a avaliação dos sujeitos, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Questionário de dados socioeconômicos para obter perfil da amostra.
- 2) *Screening* Cognitivo do WAIS-III (Cunha, 2000): para avaliar possíveis déficits cognitivos graves. Nesse estudo foram aplicados os subtestes Vocabulário, Cubos, Dígitos e Código.
- 3) URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*, Szupszynski & Oliveira, 2008): para avaliar o estágio de motivação para mudar o comportamento.
- 4) Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) e Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas (ESTUD): consistem na apresentação de 20 situações com alternativas de respostas são com escala Likert de cinco pontos. (Freire & Oliveira, 2010)
- 5) Escala de Processos de Mudança (EPM) 20 itens - (Prochaska et al., 1988): objetiva identificar a frequência em que ocorre cada pensamento ou situação referente ao consumo de SPA.
- 6) Algoritmo – Perguntas sequenciais que formam um algoritmo para a obtenção do Estágio de Mudança. (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004)
- 7) Régua de Prontidão – Medida analogia, em formato de régua, na qual o paciente avalia sua Prontidão para Mudança de 0 a 10 (Velasquez et al., 2001)

### **2.4 Tradução e adaptação da versão original do Manual**

Inicialmente o manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa. O manual original possui 29 sessões, sendo que 14 sessões destinam-se a pacientes menos motivados (Pré-contemplativos, contemplativos e em Preparação) e 15 sessões direcionadas a pacientes motivados (ação e manutenção), conforme é demonstrado no quadro um.

**Quadro 1** – Estrutura de sessões do manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual”.

<b>Parte 1 do Manual</b>		
<b>SESSÃO</b>	<b>TEMA</b>	<b>PROCESSO DE MUDANÇA</b>
<b>Sessão 1</b>	Explicação dos Estágios de Mudança	Ampliação da Consciência
<b>Sessão 2</b>	Conscientização do uso de drogas	Ampliação da Consciência
<b>Sessão 3</b>	Conscientização das consequências do Uso do Álcool	Ampliação da Consciência
<b>Sessão 4</b>	Conscientização das consequências do Uso de Drogas	Ampliação da Consciência
<b>Sessão 5</b>	Crenças em relação ao uso de álcool e drogas	Ampliação da Consciência
<b>Sessão 6</b>	Quem está preocupado com o uso de substâncias?	Autorreavaliação; Alívio Emocional
<b>Sessão 7</b>	Reflexão sobre Princípios e Valores	Autorreavaliação
<b>Sessão 8</b>	Prós e Contras do uso de drogas	Balança Decisional
<b>Sessão 9</b>	Avaliação dos relacionamentos	Reavaliação Circundante
<b>Sessão 10</b>	Reflexão dos papéis em diferentes contextos	Reavaliação Circundante
<b>Sessão 11</b>	Autoeficácia e Tentação para o uso	Autoeficácia
<b>Sessão 12</b>	Resolução de Problemas	Autoeficácia
<b>Sessão 13</b>	Plano de Metas	Autodeliberação
<b>Sessão 14</b>	Revisão e Fechamento	-----
<b>Parte 2 do Manual</b>		
<b>SESSÃO</b>	<b>TEMA</b>	<b>PROCESSO DE MUDANÇA</b>
<b>Sessão 1</b>	Explicação dos Estágios de Mudança	Ampliação da Consciência
<b>Sessão 2</b>	Identificação de Gatilhos	Controle de Estímulos
<b>Sessão 3</b>	Manejo de situações de Estresse	Contracondicionamento
<b>Sessão 4</b>	Relembrar sucessos em situações diferentes	Gerenciamento de Reforço
<b>Sessão 5</b>	Treino de Comunicação Eficiente	Contracondicionamento, Gerenciamento de Reforço.
<b>Sessão 6</b>	Treino para recusar drogas	Contracondicionamento,

		Gerenciamento de Reforço.
<b>Sessão 7</b>	Manejo de Críticas (para si e para os outros)	Contracondicionamento, Gerenciamento de Reforço.
<b>Sessão 8</b>	Gerenciamento de Pensamentos	Controle de Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de Reforço.
<b>Sessão 9</b>	Gerenciamento de Fissura	Controle de Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de Reforço.
<b>Sessão 10</b>	Avaliação de novas atividades	Controle de Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de Reforço
<b>Sessão 11</b>	Desenvolvimento de um Plano de Ação	Autodeliberação
<b>Sessão 12</b>	Comprometer-se mesmo depois de um lapso	Autodeliberação
<b>Sessão 13</b>	Recursos de Suporte Social	Relações de Ajuda
<b>Sessão 14</b>	Identificação de Necessidades e recursos	Deliberação social
<b>Sessão 15</b>	Revisão e encerramento	Autoeficácia, Gerenciamento de Reforço.

De acordo com os tratamentos disponibilizados nas clínicas de desintoxicação da cidade de Porto Alegre, as internações variavam entre 15 e 28 dias. Logo, a aplicação de 29 sessões seria incompatível com a duração dos tratamentos. Diante dessa realidade, as pesquisadoras responsáveis pelo projeto decidiram adaptar o manual às necessidades relacionadas à duração das internações e as dificuldades, principalmente cognitivas, que poderiam ser encontradas em razão da medicação.

## **2.5 Procedimentos para coleta de dados – Avaliação da Intervenção**

Inicialmente foi realizado um contato com instituições especializadas no tratamento de pacientes dependentes químicos em Porto Alegre, para realizarmos o presente projeto. Os participantes foram convidados a participar do estudo, sendo explicado a cada um deles a proposta de trabalho. Aos pacientes que optaram em participar, foi entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes realizaram uma avaliação inicial,

composta pelos instrumentos anteriormente citados. Após, foram convidados a participar de uma intervenção em grupo composto por no máximo 12 participantes. Os grupos obtiveram de cinco a seis participantes. Para a realização do tratamento psicoterápico, foi realizada uma randomização após a avaliação inicial, com a utilização de um sorteio de números aleatórios. O sorteio tinha o intuito de determinar qual intervenção cada um receberia. Um membro da equipe listava o nome de todos os participantes avaliados e, então realizava o sorteio entre dois papéis: Intervenção Experimental (que receberia a versão adaptada do manual citado) ou Intervenção Controle (que receberia um tratamento baseado na psicoeducação). Uma vez que este procedimento era realizado, o participante era encaminhado ao grupo sorteado. A equipe que realizou a intervenção foi composta por psicólogas, treinadas para o tratamento baseado no MTT e Tratamento baseado em Psicoeducação.

As intervenções, de ambas as abordagens, tiveram aproximadamente uma hora e trinta minutos de duração e ocorreram em locais de tratamento especializado para dependência química. Foram realizados dois encontros por semana, totalizando oito sessões em quatro semanas. O Grupo Experimental seguiu o protocolo de sessões adaptadas do manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” (Velasquez et al., 2001). Já o Grupo Controle recebeu uma intervenção baseada na informação sobre diferentes drogas, focando-se na psicoeducação dos pacientes. As sessões não possuíam uma estrutura definida, apenas seguiam a regra de discutir sobre uma substância ilícita diferente em cada encontro. As substâncias escolhidas para as discussões foram: Álcool, Tabaco, Cocaína, Crack, Maconha, Benzodiazepínicos e Anfetaminas.

Após a intervenção, todos os pacientes passaram por uma reavaliação, sendo submetidos aos mesmos instrumentos da avaliação inicial. De acordo com Hulley e Cummings (2008), a

capacidade de um instrumento de detectar mudanças pode ser testada por meio de sua aplicação “antes e depois de os pacientes receberem um tratamento considerado eficaz” (p. 270).

## **2.6 Procedimentos para Análise dos dados**

As informações coletadas foram organizadas no “Programa Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 17.0. Foi realizada uma análise exploratória dos dados com testes descritivos e de frequência. Para comparar as médias entre os resultados obtidos foi utilizado o Teste-t de Student ou Mann-Whitney, conforme necessidade apontada pelas variáveis. Para associação de variáveis foi calculado o Coeficiente de Correlação de Pearson.

## **2.7 Aspectos Éticos**

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS, de acordo com a resolução do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Psicologia. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1 Descrição da Intervenção adaptada**

Inicialmente a intervenção foi organizada e adaptada para locais de internação e tratamento ambulatorial para dependentes químicos. As sessões do manual original foram condensadas, porém os dez Processos de Mudança trabalhados originalmente foram mantidos, construído uma intervenção única, com oito sessões, sendo quatro direcionadas a Processos Cognitivos e quatro Processos Comportamentais, conforme explicitado no quadro dois.

**Quadro 2** – Estrutura das sessões da versão brasileira adaptada no manual americano.

<b>SESSÃO</b>	<b>TEMA</b>	<b>PROCESSO DE MUDANÇA</b>
<b>Sessão 1</b>	Explicação dos Estágios do Modelo de Mudança.	Ampliação da consciência
<b>Sessão 2</b>	Aumentar a consciência dos clientes da quantidade e frequência do seu uso de substâncias; Conscientização dos malefícios do abuso de drogas.	Ampliação da consciência
<b>Sessão 3</b>	Reflexão de que o uso de drogas pode afetar outras pessoas; Discussão sobre como as pessoas expressam preocupações quanto a utilização de substância.	Alívio emocional, Autorreavaliação e Reavaliação circundante.
<b>Sessão 4</b>	Identificar situações tentadoras a usar substância; Avaliar a sua confiança para conseguir não usar drogas; Aprender a resolver problemas.	Autoeficácia e aprendizado sobre tentação.
<b>Sessão 5</b>	Treino de habilidades para recusar drogas; Compreensão de quão importante é gratificar comportamentos positivos.	Contracondicionamento, Gerenciamento de Reforço e Controle de Estímulos.
<b>Sessão 6</b>	Gerenciamento de Pensamentos; Avaliação de novas atividades; Resolução de problemas.	Contracondicionamento; Gerenciamento de Reforço e Controle de estímulos.
<b>Sessão 7</b>	Revisão de técnicas para evitar o uso de álcool e outras drogas; Construção de um plano de ação.	Autodeliberação, Deliberação social e Relações de ajuda
<b>Sessão 8</b>	Revisão e Encerramento.	Autoeficácia e Prevenção de recaída.

Alguns temas do manual original foram excluídos, mediante ao foco que a adaptação brasileira deveria ter relacionado a pouca disponibilidade de tempo e frente às necessidades que os usuários de Crack apresentam, conforme estudos de levantamento de perfil (Sayago & Oliveira, 2011).



### 3.2 Resultados aplicação da intervenção

Na caracterização do perfil da amostra, apresentadas na tabela um, as diferenças significativas não se configuraram entre os grupos controle e experimental, mostrando-se uma amostra homogenia.

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos da amostra.

Variáveis	Grupos				p£
	Controle (n=15)		Experimental (n=23)		
	N	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	12	80,0	17	73,9	1,000
Feminino	3	20,0	6	26,1	
<b>Escolaridade</b>					
Ensino Fundamental	5	33,3	8	34,8	0,109
Ensino Médio	6	40,0	12	52,2	
Curso Superior	4	26,7	2	9,1	
<b>Faixa salarial</b>					
até 1 salário mínimo					0,173
até 2 salários mínimos	2	13,3	7	31,8	
até 3 salários mínimos	1	6,7	4	18,2	
até 4 salários mínimos	1	6,7	4	18,2	
mais de 5 salários mínimos	10	66,7	6	27,3	
não sabe	1	6,7	1	4,5	
<b>Estado civil</b>					
Casado/ com companheiro	1	6,7	5	22,7	0,084
Solteiro/divorciado/separado	14	93,3	17	77,3	
<b>Trabalha atualmente</b>					
Sim	7	36,8	14	50,0	0,543
Não	11	57,9	13	46,4	
<b>CCEB</b>					
A1					0,236
A2	2	13,3	0	0	
B1	5	33,3	5	21,7	
B2	4	26,7	11	47,8	
C1	3	20,0	3	13,0	
C2	0	0	3	13,0	
D	1	6,7	1	4,3	
<b>Alguém da família tem ou teve problemas com drogas ou álcool</b>					
Sim	13	86,7	20	87,0	1,000

Não	2	13,3	3	13,0
-----	---	------	---	------

£: Teste Exato de Fisher

Na comparação das frequências de internação, Comunidade terapêutica, ambulatório, emergência consultório AA/NA e psicoterapia, bem como, nas comparações referentes às idades em que iniciaram a utilização de álcool, tabaco, maconha e Crack, não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ), indicando que as variações observadas entre os dois grupos se devem ao acaso.

**Tabela 2** – Comparações entre grupos – Locais de Tratamento e início do uso.

Variáveis	Grupos						p§
	Controle (n=15)			Experimental (n=23)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Internação	2,1	3,7	1,0	2,1	2,8	1,0	0,998
Comunidade terapêutica	1,1	1,2	1,0	2,5	2,9	1,0	0,049
Ambulatório	1,1	2,5	0,0	0,8	0,7	1,0	0,616
Emergência	0,7	2,1	0,0	0,3	0,6	0,0	0,426
AA ou NA	1,5	2,6	1,0	1,3	3,4	0,0	0,908
Idade de uso de tabaco	13,9	2,5	13,5	14,7	3,9	14,0	0,527
Idade de uso de álcool	15,2	2,3	15,0	13,5	3,4	14,0	0,111
Idade de uso de maconha	16,1	3,0	15,5	14,8	2,2	15,0	0,233
Idade de uso de Crack	21,1	6,4	20,0	21,2	5,7	20,0	0,985

§: teste de Mann Whitney

Em relação à dependência e abuso de drogas, os resultados mostraram que os maiores percentuais de dependência estão relacionados ao tabaco, cocaína e Crack. Na comparação entre os grupos foi possível observar que o Grupo Experimental obteve maiores índices de dependência de tabaco (69,6%) e Crack (78,3%), porém as diferenças não foram significativas.

Já em relação ao uso de álcool, o Grupo Controle mostrou maior índice de dependência com 60% dos participantes apresentando o diagnóstico. Esse resultado mostrou-se estatisticamente significativo quando comparado ao Grupo Experimental.

**Tabela 3** - Distribuição da amostra em relação à dependência de drogas.

Variáveis	Grupos				p£
	Controle (n=15)		Experimental (n=23)		
	n	%	n	%	
<b>Abusador ou dependente de tabaco</b>					
Dependente	8	53,3	16	69,6	0,215
Uso esporádico	6	40,0	3	13,0	
Não usa	1	6,7	4	17,4	
<b>Abusador ou dependente de álcool</b>					
Dependente	9	60,0	2	8,7	0,002
Abusador	4	26,7	5	21,7	
Uso esporádico	1	6,7	11	47,8	
Não usa	1	6,7	5	21,7	
<b>Abusador ou dependente de maconha</b>					
Dependente	5	33,3	4	17,4	0,739
Abusador	2	13,3	5	21,7	
Uso esporádico	3	20,0	5	21,7	
Não usa	5	33,3	9	39,1	
<b>Abusador ou dependente de cocaína</b>					
Dependente	10	66,7	9	39,1	0,362
Abusador	1	6,7	3	13,0	
Uso esporádico	1	6,7	6	26,1	
Não usa	3	20,0	5	21,7	
<b>Abusador ou dependente de Crack</b>					
Dependente	10	66,7	18	78,3	0,573
Uso esporádico	1	6,7	1	4,3	
Não usa	4	26,7	4	17,4	

£: Teste Exato de Fisher

Nas informações referentes ao Estágio de Mudança mensurado por meio do Algoritmo, verificou-se que, no Grupo Controle ocorreu diferença estatística significativa apontando que, na avaliação os participantes ficaram mais concentrados no estágio de preparação 86,6% (n=13). No entanto, na reavaliação a amostra concentrou-se no estágio de Ação, 33,3% (n=5) e Manutenção,

20,0% (n=3). No Grupo Experimental, também houve uma redistribuição da avaliação para a reavaliação, porém as variações observadas não se mostraram significativas ( $p>0,05$ ).

**Tabela 4** - Distribuição absoluta e relativa dos valores do Algoritmo na Avaliação e Reavaliação

Grupos/Estágios	Algoritmo		p $\epsilon$
	Antes	Depois	
<b>Controle (n=15)</b>			
Pré-contemplação	1 (6,7)	0	0,028
Contemplação	0	1 (6,7)	
Preparação	13 (86,6)	6 (40,0)	
Ação	0	5 (33,3)	
Manutenção	1 (6,7)	3 (20,0)	
<b>Experimental (n=22)</b>			
Contemplação	2 (9,1)	0	0,284
Preparação	9 (40,9)	12 (54,5)	
Ação	7 (31,8)	5 (22,7)	
Manutenção	4 (18,2)	5 (22,7)	

$\epsilon$ : Teste de McNemar Browker

De acordo com a tabela cinco, nas comparações realizadas intragrupo entre a avaliação e reavaliação, observou-se que, tanto no Grupo Controle quanto no Grupo Experimental houve diferenças estatísticas significativas. No que se refere à Régua de Prontidão, que mede a Prontidão para a mudança entre os pacientes, é possível observar uma tendência estatística ( $p=0,021$ ) de diferença entre antes e depois no Grupo Experimental.

Em relação ao Estágio de Pré-contemplação, o Grupo Controle obteve diferença estatística significativa ( $p=0,001$ ), porém o Grupo Experimental apresentou uma tendência à diferença ( $p=0,024$ ) comparando-se antes e depois. Isso demonstra que menos pacientes apresentaram-se nesse estágio na reavaliação.

No que faz referência à comparação de Processos Comportamentais e Processos de Mudança Total os dois grupos mostraram diferenças estatisticamente significativas, confirmando que este construto teve uma mudança importante após as intervenções. Em relação à Autoeficácia, medida pela EAAD, os dois grupos também obtiveram diferenças significativas, podendo-se afirmar que os pacientes mostraram-se mais confiantes após a intervenção. Já ao que inclui a mensuração da Tentação para retornar ao uso da droga, medida pela ESTUD, somente os participantes do Grupo Experimental obtiveram valores considerados significativos, o que representa que a Intervenção proposta obteve resultados positivos em relação à tentação para uma recaída.

**Tabela 5** - Média, desvio padrão e mediana para as comparações entre os instrumentos do MTT.

Variáveis	Grupos									
	Controle (n=15)					Experimental (n=23)				
	Antes		Depois		P	Antes		Depois		P
	Médi a	DP	Médi a	DP		Médi a	DP	Média	DP	
Régua de Prontidão	8,0	1,9	8,2	1,5	0,787§	7,5	2,0	8,7	1,6	0,021§
Pré-contemplação	14,3	3,7	11,2	3,7	0,001§	14,7	3,9	12,2	2,9	0,024§
Contemplação	23,3	1,8	24,6	1,7	0,044§	23,7	4,2	22,9	2,2	0,411§
Ação	25,8	3,0	27,4	2,5	0,037§	25,7	5,0	27,3	2,5	0,189§
Manutenção	23,0	2,5	23,0	2,8	1,000§	22,6	3,9	22,2	4,1	0,544§
Prontidão para mudança	59,2	6,6	63,8	8,1	0,026§	58,3	13,9	60,1	8,6	0,521§
Processos Cognitivos	36,9	5,6	40,6	4,2	0,054§	36,7	7,5	39,3	5,3	0,081§
Processos Comportamentais	37,5	7,0	42,7	6,2	<0,001§	37,3	8,8	42,5	6,0	<0,001§
Processos de Mudança –total	74,4	10,2	83,3	8,4	0,005§	74,0	13,7	81,8	8,8	0,003§
EADD	68,4	22,2	85,1	22,1	<0,001 †	63,0	20,9	84,2	23,1	0,003 †
ESTUD	69,7	22,2	60,5	18,9	0,115 †	73,6	17,0	50,0	22,9	<0,001 †

§:Teste t-Student para dados pareados; †: teste de Wilcoxon

#### 4. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de adaptação de um manual de tratamento para usuários de drogas teve como intuito encontrar novas formas de intervir em um problema social e de saúde no Brasil. Essa proposta foi construída pela crença frente às comprovações empíricas de compreensão do Modelo Transteórico de Mudança frente à dependência química e na efetividade da abordagem motivacional neste problema. As sessões desse estudo foram condensadas a partir do manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” (Velasquez et al., 2001), e foram idealizadas frente a uma análise do perfil de usuários de Crack na realidade brasileira (Sayago & Oliveira, 2011). Diante das características de padrão de uso, habilidades cognitivas e o período de duração das internações disponíveis nos locais especializados para tratamento, a adaptação brasileira foi constituída com oito sessões, sendo trabalhados os dez Processos de Mudança da versão original. A realização de uma adaptação do manual é estimulada na própria versão original e a autora principal do livro já tem estudos, aguardando publicação, sobre a efetividade de versões reduzidas (Velasquez et al., 2012).

Velasquez e colaboradores propuseram uma adaptação de 12 sessões para usuários de cocaína, tendo como intuito criar uma intervenção inovadora e baseada no MTT e na abordagem motivacional (Velasquez et al., 2012). Diante disso, o aprofundamento teórico e o contato mantido entre as pesquisadoras da pesquisa e os criadores do manual original permitiram uma aproximação das ideias originais dos autores e uma adaptação baseada na ideia central da intervenção.

De acordo com os resultados, é possível perceber que a Intervenção proposta no Grupo Experimental demonstra bons resultados frente ao problema do uso de Crack e um interessante potencial de efetividade. No entanto, os resultados obtidos ainda não podem estar relacionados a

uma comprovação de efetividade, pois alguns dos achados não demonstraram relevância estatística, não mostrando comprovada superioridade frente ao tratamento padrão de psicoeducação. Estes resultados vão de encontro ao que Martino, Carroll, Nich e Rounsaville (2006) obtiveram como resultado em um estudo piloto sobre a aplicação da abordagem motivacional em usuários de drogas com problemas psiquiátricos. Martino et al. (2006) também obtiveram resultados satisfatórios, porém sem comprovação estatística. No referido estudo, os autores apontaram como uma importante limitação o número de sujeitos avaliados (N=40).

Os estudos desta pesquisa contrastam com outros resultados de ensaios clínicos randomizados que comprovam a efetividade da abordagem motivacional frente à abstinência e adesão ao tratamento de usuários de álcool. (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Hettema, Steele, & Miller, 2005)

Conforme referido em outros estudos (Martino et al., 2006), uma das maiores limitações desta pesquisa foi o tamanho da amostra, principalmente para a realização de comparações entre os dados. Esse fator pode ser analisado de duas formas: a) o pequeno número de participantes interfere nos cálculos estatísticos e proporcionam um baixo poder de inferência sobre os resultados; b) porém em muitas das análises realizadas a intervenção proposta já apresenta resultados muito satisfatórios. Assim, uma amostra maior e reavaliações de seguimento poderiam, talvez, confirmar a efetividade buscada neste estudo.

Além disso, alguns fatores podem ter contribuído para a definição destes resultados, como a presença marcante de algumas características da amostra. Um exemplo claro pode ser observado em relação à idade de início do uso de drogas. A idade média foi mais precoce entre os participantes do Grupo Experimental, sendo o tabaco a droga com início mais precoce (aproximadamente 14 anos) e o Crack a droga com idade média de início mais alta

(aproximadamente 21 anos). A questão da gravidade da dependência não foi medida, bem como o tempo de envolvimento com a droga. Essas, entre outras, variáveis necessitariam ser controladas e mensuradas para que este viés não comprometesse de nenhuma forma os resultados finais.

A amostra como um todo apresentou dados sociodemográficos bastante relevantes, configurando-se uma amostra de polidependentes, com prejuízos sociais, familiares e ocupacionais bastante claros. Em relação aos resultados de dados sociodemográficos foi possível perceber que a prevalência de homens, escolaridade concentrada no ensino fundamental e médio e o estado civil (solteiro ou sem companheira). A renda e classificação nos critérios no Brasil mostram as dificuldades financeiras apresentadas pela amostra, bem como o fato de grande parte da amostra total não estar trabalhando.

Além disso, outro dado que chama a atenção é o de que aproximadamente 86% dos participantes apresenta algum familiar com problemas com drogas ou álcool. Esse fator pode ter forte interferência nas questões de adesão ao tratamento e manutenção da abstinência, conforme é demonstrado em estudos anteriores (Freires & Gomes, 2012)

Alguns estudos demonstram que a efetividade de intervenções nem sempre podem ser demonstradas na reavaliação logo após o tratamento, mas sim em um período entre seis e 12 meses. Diante disso, um estudo de acompanhamento destes sujeitos, bem como reavaliações a cada três meses poderiam esclarecer as dúvidas em relação a potencial efetividade apresentada pela proposta de intervenção. (Oliveira, 2000; Oliveira, Andretta, Rigoni, & Szupszynski, 2008)

Por outro lado, ambas as intervenções demonstraram relevantes resultados. O Grupo Experimental obteve uma importante redistribuição em relação aos estágios motivacionais medidos pelo Algoritmo. É possível observar que os pacientes avançaram de estágio pela



diferença de concentrações, mesmo que os resultados não tenham apresentado uma diferença estatisticamente significativa.

A Régua de Prontidão teve sucesso em comprovar que os participantes do Grupo Experimental mostraram-se mais prontos para a mudança após a intervenção, aumentando em quase um ponto o valor referido de prontidão. Uma vez mais motivados, houve também a utilização de Processos de Mudança em geral e em especial os Processos Comportamentais. A correlação teórica entre motivação e Processos de Mudança afirma que quanto mais avançado nos processos de mudança o indivíduo estiver mais processos comportamentais necessitará, realizando uma análise e modificação ambiental frente ao comportamento problema. Assim, a EPM comprovou que essa premissa confirma-se na amostra estudada, uma vez que tanto a motivação quanto a utilização de processos comportamentais obtiveram aumento.

Outros dois construtos de extrema relevância na busca pela abstinência, referem à Autoeficácia e a Tentação para o uso. Essas duas variáveis foram mensuradas pela EAAD e ESTUD, respectivamente, e também demonstraram os bons resultados da intervenção proposta. As escalas puderam mostrar que houve um aumento da confiança frente à abstinência e uma redução na possibilidade de tentação para a recaída. Estes dados propõem um importante resultado da intervenção proposta, uma vez que obteve a mudança de variáveis consideradas dependentes pelo MTT, modificáveis apenas como consequência de uma intervenção que trabalhe ativamente na mudança.

Diante dos resultados e limitações deste estudo, reforça-se a necessidade de publicações no tema e a relevância de estudos de seguimento para que os dados possam ser estatisticamente comprovados. Acredita-se que o MTT ainda poderá contribuir muito no avanço dos tratamentos

para a dependência química, bem como o aprofundamento da compreensão sobre o papel dos Processos de Mudança na mudança como um todo.

## REFERÊNCIAS

Araujo, R.B., Balbinot, A.D., Castro, M.G.T., Rocha, M.R., Miguel, S.R.P.S., Cohen, M., & Pedroso, R.S. (2011). Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do *craving* em um dependente de crack. *Trends Psychiatry Psychother*, 33 (3), 181-188.

Bisch, N.K., Benchaya, M.C., Signor L., Moleda, H.M.R., Ferigolo, M., Andrade, T.M.R., & Barros, H.M.T. (2011). Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32 (1), 31-9.

Burke, B.L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843-861.

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Daley D.C., Salloum I.M., Zuckoff A., Kirisci L., & Thase M.E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1611–1613.

Daley, D., Salloum, I.M., Zuckoff, A., Kirisce, L., & Thase, M.E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1611-13.

Diclemente, C.C., Schlundt, B.S., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13 (2), 103-119.

DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. The Guilford Press.

DiClemente, C.C. (2005). Conceptual Models and Applied research: The ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 5-12.

Freire, S.D., & Oliveira, M.S. (2010). *Adaptação brasileira ESTUD e EADD para usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. Dissertação de mestrado não publicada. Porto Alegre: PUCRS.

Freires, I.A., & Gomes, E.M.A. (2012). O papel da família na prevenção ao uso de substâncias psicoativas. *Revista brasileira de ciências da saúde*, 16 (1).

Heather, N. (1992) Addictive disorders are essentially motivational problems. *British Journal Addiction*, 87, 827-830.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 91-111.

Hulley, S.B., & Cummings, S.R. (2008). *Elaborando questionários e entrevistas*. In Hulley, S.B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed.

Martino, S., Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*, 101(10), 1479-1492

Ministério da Saúde. (2010). Saúde vai investir R\$ 117,3 milhões em plano emergencial contra álcool e drogas. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

Moraes, E., Campos, G.M., & Laranjeira, R. Aspectos econômicos da dependência química. In: Diehl, A., Cordeiro, D.C., Laranjeira, R. (2011). *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

Oliveira M.S. (2000). *Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Psiquiatria e Psicologia Médica. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo- SP.

Oliveira, M.S., Andretta, I., Rigoni, M., & Szupszynski, K.P.D.R. (2008). A entrevista motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21 (2): 261-266.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C. & Fava, J.L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Sayago, C.B.W., & Oliveira, M.S. (2011). *Características de usuários de crack internados em serviços especializados de Porto Alegre*. Dissertação Não publicada. Porto Alegre: PUCRS.

Szupszynski, K.P.D.R., & Oliveira, M.S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da Dependência Química. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 162-173.

Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press.

Velasquez, M.M., Stephens, N.S., & Drenner, K.L. (2012). Transtheoretical Model Combination Groups for Cocaine Abuse. In Wagner & Ingersoll . Applications of MI Groups. IN PRESS.

## **SEÇÃO IV – Aplicabilidade do Modelo Transteórico de Mudança na dependência química: correlações entre os construtos.**

### **INTRODUÇÃO**

A compreensão da dependência química foi o foco inicial dos estudos sobre o Modelo Transteórico de Mudança (MTT). Prochaska e DiClemente iniciaram inúmeras pesquisas com tabagistas, com o intuito de compreender como algumas pessoas simplesmente cessavam o uso, sem qualquer ajuda, e outras repetiam diversas vezes tentativas frustradas de parar de fumar. A compreensão do processo de mudança em tabagistas levou esses dois autores a criar umas das mais estudadas teorias da atualidade no tratamento da dependência química: o Modelo Transteórico de Mudança. Alcoolistas, usuários de cocaína, heroína, Crack entre outras drogas, foram sujeitos de estudos relacionados aos construtos do MTT. Os conceitos foram ampliando seu grau de complexidade e as correlações estruturadas foram ficando cada vez mais coesas e explicativas de um processo até então misterioso para profissionais de saúde: a mudança. Assim, o modelo que já obtinha importantes resultados com usuários de drogas, rompeu barreiras da psicologia ou psiquiatria e tornou-se objeto de estudo de outras diferentes áreas da saúde, sendo aplicada a alimentação saudável, prática de exercícios físicos, realização de exames como mamografia, entre outros.

O Modelo Transteórico de Mudança, criado por Prochaska e DiClemente (1982), desenvolveu dois principais construtos: os Estágios de Mudança e os Mecanismos de Mudança. Os Estágios de Mudança são uma dimensão do modelo bastante conhecida, e representam o aspecto temporal e de constância da motivação de um indivíduo. De acordo com os estudos sobre o tabagismo, cinco estágios de mudança foram delineados: pré-contemplação (pessoa sem consciência do problema e resistente a mudanças); contemplação (pessoa ambivalente em

relação à mudança, refletindo sobre os prós e contras de mudar), preparação (a tomada de decisão é feita, porém nenhuma ação efetiva ocorre), ação (a mudança ocorre havendo ações propriamente ditas); e manutenção (consolidação e continuação de uma mudança positiva, por um tempo mínimo determinado e sem recaídas) (Carey, Purnine, Maisto, & Carey, 1999).

Para comprovar e compreender o movimento dos pacientes entre os estágios motivacionais foi realizado um estudo transversal, no qual pesquisadores comparam os escores dos estágios de mudança de 365 indivíduos que estavam iniciando psicoterapia (Grupo A) com 166 sujeitos que já estavam engajados no processo psicoterápico (Grupo B) (Prochaska & Costa, 1989). Os pacientes do Grupo A foram caracterizados como “preparados para uma ação”, pois obtiveram maior pontuação no estágio de contemplação. Já o Grupo B, envolvidos em um processo psicoterápico, foram denominados como “pacientes em ação”, pois obtiveram os maiores escores na subescala de ação. O estudo concluiu que, ao longo do tempo, os pacientes que estão em tratamento progredem em um processo, evoluindo de uma preparação para mudar até a ação propriamente dita.

Em contraponto, os Mecanismos de Mudança são formados por construtos internos e externos que interferem diretamente no processo de mudança e no movimento da pessoa entre os estágios. Os Mecanismos de Mudança são divididos em: Autoeficácia, Tentação para o uso, Balança Decisional e Processos de Mudança, além de fatores externos que podem interferir em um processo pessoal de mudança.

A Autoeficácia é definida como a autoconfiança em relação à abstinência. A autoeficácia pode ser conceituada como a crença que a pessoa tem em sua capacidade de superar barreiras pessoais, sociais e ambientais para alcançar a mudança. Estudos de análise de seguimento comprovaram que a autoeficácia aumenta à medida que a pessoa avança pelos estágios de

mudança (Paxton et al., 2008). Já a Tentação para a recaída está relacionada ao enfraquecimento da autoeficácia e de verdadeiros motivos para realizar a mudança, fazendo com que a pessoa não supere obstáculos e ceda a vontade de usar a droga novamente. Esses dois construtos estão diretamente interligados por uma correlação indireta, ou seja, à medida que um aumenta o outro diminui, interferindo no processo de mudança. Estudos avaliaram o comportamento da variável Tentação e constataram que os valores medidos por escalas diminuem à medida que a pessoa se aproxima do estágio de manutenção (Grimley, Prochaska, Velicer, Blais, & DiClemente, 2004).

A Balança Decisional está relacionada à reflexão sobre as vantagens e desvantagens de mudar o comportamento-problema e também foi mensurada em estudos de seguimento. Os resultados mostraram que quanto mais a pessoa avança entre os estágios, menos desvantagens são consideradas, facilitando a mudança de comportamento (Paxton et al., 2008).

Por fim, os Processos de Mudança formam um dos construtos mais estudados do MTT na atualidade. Assim como os Estágios de Mudança é uma dimensão temporal do Modelo, permitindo compreender as atitudes e intenções frente às mudanças, os Processos de Mudança formam uma dimensão que permite compreender como essa mudança ocorre. Prochaska e DiClemente afirmaram que determinados processos básicos seriam os responsáveis por mudanças, tanto em pessoas submetidas a tratamento como naquelas que mudam sem o auxílio terapêutico. Os Processos de Mudança são variáveis independentes, ou seja, manipuláveis, que são acessados quando a pessoa inicia uma mudança de comportamento. Eles podem ser pensamentos ou comportamentos que são executados durante o processo de mudança (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Os Processos de Mudança são divididos em dois fatores: Processos Cognitivos e Processos Comportamentais. Cada um tem cinco subconstrutos (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988):

- Processos Cognitivos: Ampliação da Consciência; Alívio Emocional; Reavaliação Circundante; Deliberação social; Autorreavaliação.
- Processos Comportamentais: Autodeliberação; Contracondicionamento; Controle de estímulos; Gerenciamento de Reforço; Relações de Ajuda.

Prochaska (2008) definiu três construtos do MTT como os mais relevantes: Estágios de Mudança, Balança Decisional e Processos de Mudança. Outros autores reforçam a importância desse e de outros construtos do MTT, porém o mais relevante e mais destacado pelos autores é a correlação que existe teórica e empiricamente entre eles.

De acordo com Perz, DiClemente e Carbonari (1996) existe uma correlação esperada entre os construtos do MTT, na qual os conceitos se interligam, apresentando-se mais ou menos presentes durante os Estágios do processo de mudança. Conforme mostrado pelos autores, o quadro um explica a correlação existente, bem como sua distribuição entre os estágios.

**Quadro 1-** Hipótese de uso ideal dos Processos de Mudança entre os estágios de mudança. (Perz et al., 1996)

Intensidade em que o Processo de Mudança é usado	Estágio de Mudança	
	Contemplação/Preparação	Ação/Manutenção
Alto	Processos Cognitivos	Processos Comportamentais
Baixo	Processos Comportamentais	Processos Cognitivos

A correlação entre os construtos dos Estágios e Mecanismos de Mudança, por meio das escalas criadas para avaliar cada um dos conceitos tem sido bastante explorada. A URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) foi uma escala criada para avaliação dos Estágios de Mudança. Além dela, foram construídas escalas para a mensuração dos demais construtos como: a Escala de Autoeficácia (*Abstinence Self-efficacy Scale*), a Escala de Tentação para uso da droga (*Temptation to Use Scale*), e a Escala de Prós e Contras (Balança Decisional)



(*Decisional Balance Scale*). Também há a Escala de Processos de Mudança (EPM) (*Processes of Change Questionnaire*) criada para avaliar quais Processos de Mudança (ações e pensamentos) a pessoa utiliza frente a sua mudança. Todas essas escalas estão validadas no Brasil, exceto a Escala de Balança Decisinal. (Szupszynski & Oliveira, 2008; Freire & Oliveira, 2010).

A comprovação da correlação teórica dos construtos do MTT tem sido foco de pesquisas que utilizam as escalas citadas anteriormente para avaliar o desempenho dos conceitos em populações diversas, tais como: tabagistas, alcoolistas e usuários de drogas ilícitas. (Carbonari & DiClemente, 2000; Naar-King et al., 2006; Schumann et al., 2005). Outras áreas além da dependência química também têm investido em pesquisas para correlacionar os construtos, obtendo resultados positivos dos construtos do MTT em diferentes comportamentos (Finnell et al., 2011; Jezewski et al., 2009)

O estudo de correlações entre os Estágios de Mudança e os Mecanismos foi realizado por uma variedade de configurações e direcionado a diferentes comportamentos-problema. Dentre diversas publicações, já foi realizado estudo de compreensão dos Processos de Mudança entre os Estágios de Mudança em Tabagistas (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1988); estudos de correlação entre os Estágios e a Autoeficácia (DiClemente, 1986; DiClemente, Prochaska, & Gibertini, 1985); e correlação dos Estágios com a Balança Decisinal (Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985). É importante ressaltar que todas as pesquisas obtiveram resultados consistentes e teoricamente compatíveis.

Em um estudo realizado com tabagistas, Prochaska e DiClemente (1983) procuraram correlacionar os estágios motivacionais com os Processos de Mudança. A amostra do estudo foi composta por 872 sujeitos que estavam cessando o tabagismo sem tratamento. Foram aplicados questionários baseados nos construtos estudados para compreender o processo de mudança nos

tabagistas. De acordo com os resultados, os pré-contempladores utilizaram, em nível quase insignificante, oito dos dez processos de mudança. Isso sugere que os pré-contempladores processam menos informações sobre o tabagismo, gastam menos tempo reavaliando seu uso de tabaco, experimentam menos emoções relacionadas aos aspectos negativos do tabagismo, agindo muito pouco comportalmente. Na fase de contemplação, os participantes mostraram que respondem mais ao feedback e a psicoeducação. Já na ação, os pacientes utilizaram bastante contracondicionamento e controle de estímulos, agindo em seu comportamento de fumar e nos ambientes relacionados. O estudo apresentou importantes resultados no intuito de compreender de que forma as ações e pensamentos evoluem durante o processo de mudança.

Prochaska, DiClemente e Nocross (1992) demonstraram graficamente a integração dos Processos de Mudança com os Estágios de Mudança. A figura um mostra a distribuição dos Processos entre os Estágios, conforme explanado pelos autores.

**Figura 1** – Ênfase de uso dos Processos de Mudança em cada Estágio Motivacional

Pré-contemplação	Contemplação	Preparação	Ação	Manutenção
Ampliação da Consciência Alívio Emocional Reavaliação Circundante	Autorreavaliação	Autodeliberação	Gerenciamento de Reforço Relações de Ajuda Contracondicionamento Controle de Estímulos	

Em outro estudo realizado por Perz et al. (1996) foi pesquisado como os tabagistas em tratamento utilizavam os Processos de Mudança na evolução dos estágios motivacionais. Os resultados do estudo longitudinal mostraram que a identificação do estágio de mudança e o adequado uso de Processos relacionados ao estágio proporcionaram resultados mais positivos e

efetivos para a cessação do uso do tabaco. Outro relevante resultado foi de que os participantes que não conseguiram progredir em seu processo de mudança e entre os estágios, apresentaram uma maior tendência de utilizar os Processos Cognitivos excessivamente, ao invés de progredir ao uso de processos mais comportamentais. Isso demonstra a correlação direta entre os construtos, salientando a relevância de avaliação e uso do MTT em tratamentos para dependência química.

Um estudo em usuários de Crack e cocaína realizado por Timpson et al. (2001) foi identificada a correlação entre os processos e os Estágios de mudança. Conforme explicitados pelos autores, os participantes utilizavam mais processos cognitivos nos estágios iniciais de mudança e mais processos comportamentais nos estágios finais.

Há também estudos que não obtêm sucesso esperado na correlação entre os construtos. Em uma pesquisa de Harvey et al. (2001) com 235 usuários de Crack/cocaína que estavam em tratamento, os autores aplicaram a URICA em três tempos (avaliação inicial, reavaliação após o tratamento e follow-up de seis meses) para avaliar se havia diferença e evolução entre os estágios com o passar do tempo. Os resultados apresentados não demonstraram diferenças estatísticas significativas entre os estágios motivacionais. Os resultados na avaliação inicial indicaram que a prontidão para mudança em usuários de drogas independe do grau de comprometimento que os pacientes apresentam pelas consequências do uso da droga. Isso foi constatado pela alta motivação já apresentada na avaliação inicial. A aparente ausência de correlação entre as características clínicas e a motivação, também foi observada em outros estudos com usuários de substâncias (Carney & Kivlahan, 1995).

Diante dos escassos trabalhos realizados no Brasil sobre a comprovação empírica do MTT e sua relevante importância científica, o objetivo deste estudo é averiguar se há uma relação estatística entre os principais construtos do MTT, tentando comprovar se a correlação teórica se aplica à prática em usuários de drogas no Brasil.

## **2. MÉTODO**

**2.1 Delineamento:** Trata-se de um estudo transversal e correlacional.

### **2.2 Amostra**

Participaram deste estudo 142 sujeitos usuários de Crack internados em unidades de tratamento para Dependência química, na cidade de Porto Alegre e região metropolitana. A amostra foi composta de homens e mulheres, com idade entre 18 e 59 anos.

- **Crítérios de exclusão:** presença de diagnóstico de transtornos psiquiátricos com funcionamento psicóticos ou delirantes (avaliados de acordo com diagnóstico presente em prontuário da instituição de tratamento do paciente); e presença de prejuízos cognitivos significativos (avaliado a partir dos instrumentos de avaliação cognitiva presentes no estudo - WAIS).

### **2.3 Instrumentos**

Para a avaliação dos sujeitos, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Questionário de dados socioeconômicos para obter perfil da amostra.
- 2) *Screening* Cognitivo do WAIS-III (Cunha, 2000): para avaliar possíveis déficits cognitivos graves. Nesse estudo foram aplicados os subtestes Vocabulário, Cubos, Dígitos e Código.

3) URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*) (Szupszynski & Oliveira, 2008): escala usada para avaliar o estágio de motivação para mudar o comportamento. Esta versão reduzida contém 24 itens, sendo as alternativas de respostas do tipo Likert. É dividida em quatro subescalas: Pré-contemplação (seis itens), Contemplação (seis itens), Ação (seis itens) e Manutenção (seis itens).

4) Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD): consiste na apresentação de 20 situações em relação à autoeficácia. As respostas são dadas a partir de uma escala Likert de cinco pontos. Os participantes devem responder de acordo com o quanto se sentem seguros de manter a abstinência em cada situação (Freire & Oliveira, 2010).

5) Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas (ESTUD): consiste na apresentação de 20 situações em relação à tentação para o uso de drogas. As respostas são dadas a partir de uma escala Likert de cinco pontos. Na ESTUD, as respostas são referentes a quão tentados a usar a SPA os sujeitos ficariam nas situações descritas (Freire & Oliveira, 2010).

6) Escala de Processos de Mudança (EPM) - (Prochaska, et al., 1988): os participantes respondem de acordo com a frequência em que ocorre cada pensamento ou situação referente ao consumo de SPA. É um inventário de autorrelato composto de 20 itens, respondido por uma medida de 5-pontos, tipo escala Likert.

## **2.4 Procedimentos para coleta dos Dados**

Inicialmente foi realizado um contato com instituições especializadas no tratamento de pacientes dependentes químicos em Porto Alegre e região metropolitana, para realizarmos o

estudo. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, sendo explicado a cada um deles a proposta de trabalho. Aos pacientes que optaram em participar e que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse lido e assinado. As entrevistas tinham duração de duas horas e eram realizadas nos locais de tratamento (internação ou ambulatório). A equipe que realizava a entrevista foi devidamente treinada sobre a forma de aplicação de cada instrumento.

## **2.5 Análise dos Dados**

As informações coletadas foram organizadas no “Programa Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 17.0. Foi realizada uma análise exploratória dos dados com testes descritivos e de frequência. Para avaliar a fidedignidade dos instrumentos foi realizado o cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach. Para as correlações entre as variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e para a análise das variâncias das médias dos instrumentos foi utilizado o Teste de Kruskal Walys, semelhante a ANOVA, porém utilizado para amostras pequenas.

## **2.6 Aspectos Éticos**

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS, de acordo com a resolução do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Psicologia. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 142 usuários de drogas ilícitas, tendo como média de idade 29,3 anos (DP=8,2). De acordo com o perfil da amostra observou-se que 89,4% (N=127) são do sexo masculino, 40,1% (N=57) não estavam trabalhando antes da internação ou tratamento, e aproximadamente metade da amostra (46,5%) possuía escolaridade até o Ensino Fundamental. Em relação à classificação de critérios socioeconômicos, a amostra apresentou a maior concentração entre as classes B (42,3%) e C (42,3%). Outros dados são apresentados na tabela um.

**Tabela 1** – Perfil da amostra.

Dados	N	Percentual (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	127	89,4
Feminino	15	10,6
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/divorciado/separado	97	68,2
Casado/com companheiro	45	31,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	66	46,5
Ensino Médio	54	38
Ensino Superior	22	15,5
<b>Classificação Socioeconômica</b>		
A	10	7
B	60	42,3
C	60	42,3
D	9	6,3
E	3	2,1
<b>Trabalhava antes do tratamento</b>		
Sim	85	59,9
Não	57	40,1
<b>Estudava antes do tratamento</b>		
Sim	13	9,2
Não	129	90,8
<b>Familiares que usam drogas</b>		
Sim	125	88
Não	17	12
<b>Tratamentos Anteriores</b>		
Internações hospitalares	102	71,8
Comunidade Terapêutica	88	62
NA ou AA	62	43,7
<b>Dependentes/Abusadores</b>		

Tabaco – Dependente	95	66,9
Álcool – Dependente	62	43,7
Álcool – Abusador	29	20,4
Maconha – Dependente	30	21,1
Maconha – Abusador	27	19
Cocaína – Dependente	68	47,9
Cocaína – Abusador	17	12
Crack – Dependente	109	76,8
Crack – Abusador	1	0,7

Em relação à dependência de drogas, a tabela um também mostra a distribuição entre dependentes e abusadores das drogas utilizadas pelos participantes. De acordo com os dados, as drogas com maiores percentuais de dependência são o Crack, tabaco, cocaína e depois o álcool. Os entrevistados relatavam uso de inúmeras drogas concomitantemente, possuindo às vezes dependência de mais de uma droga.

Para a realização das correlações entre os instrumentos dos construtos, inicialmente foi calculado o coeficiente do Alpha de Cronbach de todos os instrumentos para avaliar a fidedignidade dos resultados. A tabela dois mostra os resultados alcançados de Alpha.

**Tabela 2** – Coeficiente de Alpha de Cronbach dos instrumentos utilizados.

<b>Escala</b>	<b>Número de itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>EPM – Escala de Processos de Mudança</b>	20 itens	$\alpha = 0,732$
<b>URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale)</b>	24 itens	$\alpha = 0,619$
<b>EAAD - Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas</b>	24 itens	$\alpha = 0,935$
<b>ESTUD - Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas</b>	24 itens	$\alpha = 0,924$

Após a avaliação da fidedignidade dos dados a serem correlacionados, realizou-se uma correlação entre a idade dos pacientes e os construtos do MTT, avaliando-se se o fator idade poderia relacionar-se a distribuição das médias dos instrumentos. No entanto, de acordo com o cálculo do Coeficiente de Pearson, nenhuma correlação estatística significativa foi encontrada,



inferindo-se que a idade não possui nenhuma ação sobre o desempenho nos questionários, tendo como exceção uma fraca correlação com os Processos Cognitivos ( $r= 0,225$ ). Os coeficientes variaram entre  $-0,157$  a  $0,225$ .

Outra variável também correlacionada foram os *anos de estudo*, imaginando-se uma possível associação entre a escolaridade e o desempenho no questionário do MTT e por consequência, um desempenho diferente no processo de mudança. Contudo, as correlações a partir do coeficiente de Pearson também não se mostraram significativas, inferindo-se que a escolaridade não se associa ao progresso ou não no processo de mudança. Nessa correlação os coeficientes variaram entre  $-0,086$  a  $0,051$ .

### **Correlação entre a dependência e os construtos do MTT**

Foi realizada correlação pelo Teste de Análise de Variância One Way e Teste de Kruskal Walys entre os construtos do MTT e as drogas em que os usuários afirmaram abuso, dependência, uso esporádico ou não relataram uso. De acordo com os resultados apresentados, poucas correlações se mostraram estatisticamente significativas, demonstrando que o fato de ser abusador ou dependente de alguma das drogas relatadas (tabaco, álcool, anfetaminas, sedativos, solventes, maconha, cocaína, Crack) interfere efetivamente pouco nas respostas das escalas. Em relação ao uso de Tabaco, Álcool, Cocaína e Crack, nenhuma das correlações mostrou-se significativa. Apenas em relação ao uso de Maconha, os participantes apresentaram médias diferentes (Sig. =  $0,007$ ). Os dependentes e abusadores de Maconha apresentaram médias maiores, ou seja, mais tentação ao uso do que participantes com uso esporádico ou que não usam a droga.

## Correlação entre os Processos de Mudança e os outros construtos do MTT

### 1. Processos e Estágios de Motivação para Mudança

Na tabela três é possível perceber que os Processos Cognitivos obtiveram maior correlação com os estágios de Contemplação e Ação e menor, porém significativo com a Manutenção. Já os Processos Comportamentais obtiveram correlação com a Contemplação e coeficiente ainda maior com a Ação. Os valores correspondentes a EPM total, ou seja, os 24 itens da escala, apresentaram importantes correlações nos estágios de Contemplação e Ação.

**Tabela 3** - Correlação entre os Processos de Mudança e os Estágios de Mudança

	Pré-contemplação	Sig.	Contemplação	Sig.	Ação	Sig.	Manutenção	Sig.
<b>Processos Cognitivos</b>	,029	,730	,286**	,001	,308**	,000	,198*	,001
<b>Processos Comportamentais</b>	,036	,673	,135**	,109	,354**	,000	-,100	,236
<b>EPM Total</b>	,040	,640	,246**	,003	,403**	,000	,042	,619

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### 2. Processos, Autoeficácia e Tentação para o uso de drogas

Na tabela quatro é possível visualizar que os Processos Cognitivos não obtiveram valores significativos de Correlação com a ESTUD e a EAAD. No entanto, os Processos Comportamentais apresentaram relevante correlação negativa com a ESTUD ( $r = -0,341$ ) e positiva com a EAAD ( $r = 0,374$ ). A Escala de Processos de Mudança (EPM) como um todo, também apresentou correlação negativa com a ESTUD ( $r = -0,218$ ) e positiva com a EAAD ( $r = 0,253$ ).

**Tabela 4** – Correlação entre os Processos de Mudança, Autoeficácia e Tentação para o uso.

	<b>ESTUD</b>	<b>Sig.</b>	<b>EAAD</b>	<b>Sig.</b>
<b>Processos Cognitivos</b>	,015	,855	,008	,925
<b>Processos Comportamentais</b>	-,341**	,000	,374**	,000
<b>EPM Total</b>	-,218**	,009	,253**	,002

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### 4. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo avaliar a aplicabilidade do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), criado por Prochaska e DiClemente, em pacientes usuários de drogas ilícitas no Brasil. Para tal, utilizou-se como metodologia a análise de quatro escalas de mensuração dos principais construtos do MTT, sendo elas: Estágios de Mudança, Processos de Mudança, Tentação para o uso e Autoeficácia, já validadas no Brasil (Szupczynski & Oliveira, 2008; Freire & Oliveira, 2010).

A partir do cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach, todas as escalas apresentaram valores de fidedignidade satisfatório, obtendo  $\alpha \geq 0,600$ . Esses achados corroboram-se com o encontrado na literatura, conforme publicado por Nidecker et al. (2008) em um estudo com usuários de drogas com comorbidades psiquiátricas, no qual os alphas encontrados foram satisfatórios para todas as escalas utilizadas. Outros estudos avaliam a fidedignidade e demonstram resultados semelhantes. (Carey et al., 1999)

Diante disso, foram realizadas correlações e interações entre os construtos, representados por suas respectivas escalas com determinados fatores que pudessem interferir de alguma forma no processo de mudança.

Os resultados obtidos neste estudo fornecem importantes dados que podem auxiliar na compreensão do processo de mudança e na tentativa de desenvolver um modelo integrador que possa auxiliar na prática terapêutica da dependência química. O padrão de relações que surgiram entre as medidas é consistente com pesquisas anteriores (Carbonari & DiClemente, 2000; DiClemente et al., 1991; Perz et al., 1996).

De acordo com os dados do perfil da amostra é possível destacar a baixa escolaridade, classe social média/média baixa e alto percentual de familiares envolvidos com drogas. Esses dados mostram a gravidade da estrutura social e familiar em que os usuários se encontram, sendo uma possível variável que interfere na gravidade da dependência e dificuldade de manter-se abstinente. Associado a isso está o fato de muitos tratamentos anteriores já terem sido realizados e os participantes apresentarem diagnóstico de dependência em mais de uma droga (polidependência). Estes achados também reforçam o perfil de uma amostra mais prejudicada pela droga e com dificuldades em aderir a tratamentos. (DiClemente, 2005)

A correlação obtida por meio do coeficiente de Pearson entre a idade, anos de estudo, e do Teste de Análise de Variância One Way e Kruskal Walys entre o grau de dependência e os construtos do MTT não mostrou resultados significativamente relevantes. Isso pode significar que na amostra estudada as consequências do uso da droga como baixa escolaridade e grau de dependência não interferem no processo de mudança. Estes dados corroboram-se aos achados de outros estudos, nos quais as associações também foram irrelevantes (Harvey et al., 2001; Carney & Kivlahan, 1995).

De acordo com os dados avaliados por meio das correlações de médias pelo coeficiente de Pearson na Tabela 3, foi possível observar uma correlação significativa entre os Processos e os Estágios de Mudança. Os resultados mostraram que os Processos Cognitivos são bastante

utilizados na Contemplação e Ação e já menos significativos na Manutenção, corroborando-se ao esperado teoricamente pelo Modelo (Perz et al., 1996; Prochaska et al., 1992). Já os Processos Comportamentais mostraram uma correlação significativamente mais alta na Ação, confirmando também o encontrado em outros estudos. A correlação entre os Processos Comportamentais e o estágio de Manutenção não se mostrou significativa, sendo uma surpresa e contrariando o idealmente postulado pelos criadores do MTT. Não são evidentes as explicações para esse achado, porém outros estudos já apresentaram dificuldade de comprovar correlações teóricas como essa (Harvey et al., 2001).

A tabela quatro também confirma a relação existente entre os Mecanismos de Mudança. Apesar dos Processos Cognitivos não terem alcançado correlações significativas, os processos Comportamentais e o construto de processos de Mudança de forma geral obtiveram relevantes resultados. Conforme foi mostrado, tanto os Processos Comportamentais como a escala geral demonstraram correlação indireta com a ESTUD, significando que quanto maior o uso de Processos de Mudança e Comportamentais, menor a tentação para o uso de drogas. A Autoeficácia também se mostrou interligada com o construto dos Processos. De acordo com os Coeficientes de Pearson, quanto mais Processos de Mudança e Comportamentais, maiores os valores na EAAD e maior a Autoconfiança presente nos participante para manterem sua mudança em relação ao uso de drogas. Esses achados são semelhantes aos encontrados em estudos americanos (Carbonari & DiClemente, 2000; Naar-King et al., 2006; Schumann et al., 2005; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992).

A comprovação empírica dos conceitos criados no MTT por Prochaska e DiClemente são de extrema relevância. Em primeiro lugar demonstra que o Modelo é aplicável e estatisticamente comprovado. Em segundo lugar, mostra a relevância de avaliar os pacientes que ingressam em

um tratamento para dependência química, no intuito de compreender a prontidão que apresentam para a mudança e diante disso, planejar as ações mais adequadas para sua adesão às intervenções posteriormente propostas.

Os achados deste estudo e de outras pesquisas citadas mostram que o MTT é uma excelente teoria de compreensão do processo de mudança e quão relevante é sua contribuição para tratamentos na área da dependência química. A correlação entre os estágios, processos, autoeficácia e tentação para o uso apontam para a importância do uso destas dimensões na promoção da tomada de decisão em dependentes químicos. Torna-se evidente por meio desses resultados a necessidade dos profissionais que trabalham com esta população ampliarem seu entendimento sobre a teoria e adequarem suas ações frente às necessidades e prontidão apresentada por cada paciente, promovendo a autoeficácia na relação terapêutica. Logo, reforça-se também a premissa de que os estágios motivacionais e os Processos de mudança são as estruturas-base do MTT e do processo de mudança como um todo.

Salienta-se que os resultados não são conclusivos ou trazem respostas finais ao problema da dependência química. Apenas confirmam a aplicabilidade de uma importante teoria e dos possíveis caminhos a serem traçados para o futuro. É importante ressaltar que a amostra possui um tamanho pequeno e que nem todos os instrumentos do MTT foram aplicados. Além disso, sugere-se a realização de um estudo de seguimento com o intuito de comparar as médias de todos os instrumentos em diferentes tempos e obter dados que possam comprovar a correlação teórica longitudinalmente.

**REFERÊNCIAS**

- Carbonari, J., & DiClemente, C.C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 810–817.
- Carney, M., & Kivlahan, D. (1995). Motivational Subtypes Among Veterans Seeking Substance Abuse Treatment: Profiles Based on Stages of Change. *Psychology Addictive Behavior, 9* (2), 135–142.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., & Carey, M.P. (1999). Assessing Readiness to Change Substance Abuse: A Critical Review of Instruments. *Clinical Psychology science and practice, 6* (3).
- Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DiClemente, C.C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*,302-315.
- DiClemente, C.C. (2005). Conceptual Models and Applied Research: The Ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal os Addictions Nursing, 16*, 5-12.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research, 9*,181-200.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasquez, M., & Rossi, J. (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *J. Cons. Clin. Psychol, 59*(2), 295–304.
- Finnell, D.S., Wu, Y.B., Jezewski, M.A., Meeker, M.A., Sessanna, L., & Lee, J. (2011). Applying the Transtheoretical Model to Health Care Proxy Completion. *Med Decis Making, 31*, 254.

- Freire, S.D., & Oliveira, M.S. (2010). *Adaptação brasileira ESTUD e EADD para usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. Dissertação de mestrado não publicada. Porto Alegre: PUCRS.
- Grimley D., Prochaska J.O., Velicer W.F., Blais W.F., DiClemente C.C. (2004). The transtheoretical model of change. In Brinthaup TM, Lipka RP, eds. *Changing the Sell: Philosophies, Techniques and Experiences*. Albany: State University of New York.
- Harvey A., Siegal, Richard, Rapp, Pranjit Saha. (2001). Measuring readiness for change among crack cocaine users: a descriptive analysis. *Substance use & Misuse*, 36 (6), 687–700.
- Jezewski, M.A., Finnell, D.S., Wu, Y.B., Meeker, M.A., Sessanna, L., & Lee, J. (2009). Psychometric Testing of Four Transtheoretical Model Questionnaires for the Behavior. *Research in Nursing & Health*, 32, 606–620.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18, 839–845.
- Nidecker, M., DiClemente, C.C., Bennett, M.E., & Bellack, A.S. (2008). Application of the Transtheoretical Model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors*, 33, 1021–1030.
- Paxton R.J., Nigg C.R., Motl R.W., McGee K., McCurdy D., Matthai C.H., & Dishman R.K. (2008). Are constructs of the transtheoretical model for physical activity measured equivalently between sexes, age groups, and ethnicities? *Ann Behav Med*, 35(3), 308-18.
- Perz, C.A., DiClemente, C.C., & Carbonari, J.P. (1996). Doing the Right Thing at the Right Time? The Interaction of Stages and Processes of Change in Successful Smoking Cessation. *Health Psychology*, 15 (6), 462-468.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., & Norcross J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, 1102–1114.



Prochaska J.O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making.*, 28, 845–9.

Prochaska, J. O., & Costa, A. (1989). *A cross-sectional comparison of stages of change for pre-therapy and within-therapy clients*. Unpublished manuscript, University of Rhode Island, Kingston.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983) Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.

Prochaska, J.O., Velicer, W. F., DiClemente, C.C. & Fava, J.L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H., Hannover, W., Hapke, U., & John, U. (2005). Stage of change transitions and processes of change, decisional balance, and self-efficacy in smokers: A Transtheoretical Model validation using longitudinal data. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 3–9.

Szupczynski, K.P.D.R. e OLIVEIRA, M.S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *PsicoUSF*, 13 (1), 31-39.

Timpson, S.C., Pollak, K.I., Bowen, A.M., Williams, M.L., Ross, M.W., McCoy, C.B., & McCoy, H.V. (2001). Gender differences in the Processes of change for condom use: patterns across stages of change in crack cocaine users. *Health education research*, 16 (5).

Velicer, W.F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status *Journal of Personality und Social Psychology*, 48, 1279-1289.

Velicer, W.F., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., & Diclemente, C.C. (1996). Criterion measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors*, 21 (5), 555-584.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

O uso de drogas no Brasil tem se tornado um problema crescente e com repercussões na área da saúde e políticas públicas. A busca por intervenções eficazes e que gerem percentuais maiores de sucesso, tem sido foco de pesquisas nacionais e internacionais. O uso do crack tem tornando-se o maior dos problemas, obtendo percentuais de uso e dependência verdadeiramente preocupantes (CEBRID, 2005). A compreensão do curso da dependência bem como o entendimento dos fatores que envolvem a tomada de decisão frente à abstinência do crack são desafios atuais dos pesquisadores da área.

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) tem se mostrado bastante eficiente na dura batalha da compreensão deste problema. Os criadores do MTT construíram-no baseado em dados empíricos e talvez por isso, cada construto que integra o Modelo faça tanto sentido na prática. A partir de estudos com tabagistas e alcoolistas, Prochaska e DiClemente (1982) puderam mensurar comportamentos e pensamentos até então vistos sobre outras ópticas, elaborando conceitos inovadores e que tem mostrando comprovação empírica. Os Estágios de Mudança são os conceitos mais conhecido do Modelo, porém sem os Mecanismos de Mudança sua aplicação torna-se completamente sem sentido. Os Mecanismos de Mudança mostram um entendimento dos processos de mudança que envolve pensamentos e ações, completamente perceptíveis durante a tomada de decisão. Direcionar o foco aos Processos de Mudança tornou-se essencial aos olhos dos pesquisadores desta Tese, pois é a dimensão manipulável e possível de interagir em um processo terapêutico. Os Processos de Mudança foram criados baseados em diferentes teorias psicológicas, e buscam integrar conceitos tanto subjetivos quanto os mais objetivos (DiClemente, 2005)

As seções desta Tese seguiram uma linha coerente de desenvolvimento teórico e científico, aos olhos do autor. A Revisão Teórica buscou aprofundar os conhecimentos sobre o Modelo e principalmente sobre os Processos de Mudança. Tentou-se explicar sobre a complexidade de interação entre os conceitos e sobre quão possível é sua capacidade de explicação sobre o processo de mudança.

Nas três seções que seguiram foram realizadas experimentações práticas da teoria explanada. Inicialmente realizou a adaptação brasileira para a Escala de Processos de Mudança (EPM) para que se pudesse ter mais um importante instrumento validado para nossa realidade. A utilização de instrumentos adequadamente validados beneficia tanto a prática clínica (prevenção, tratamento e reabilitação) quanto à pesquisa, produzindo e compartilhado novos conhecimentos. As propriedades psicométricas apresentadas pela EPM mostraram que o instrumento possui valores de fidedignidade e validade satisfatórios, confirmando a possibilidade de mensuração de um importante construto do MTT.

A possibilidade de uma intervenção também foi estudada nesta Tese. O manual “Group Treatment for Substance Abuse: a stages-of-change therapy manual” criado por Velasquez, Maurer, Crouch e DiClemente (2001) acredita na força presente na intervenção baseada nos Processos de Mudança. Assim, acreditando nesta proposta, realizou-se uma adaptação do referido manual. Foi realizada mais de uma proposta até se chegar à versão final da adaptação brasileira. Os aspectos cognitivos em relação aos usuários e as limitações de tempo nos tratamentos propostos pelas instituições tornaram-se um desafio na elaboração de uma proposta coerente e possível. O pequeno estudo que buscou dados de efetividade mostrou que a construção do Programa pode trazer importantes resultados e talvez uma nova ideia de intervenção para usuários de crack.

A seção final foi com certeza o estudo mais esperado pela autora desta Tese. A confirmação, palpável e visível, da relação entre os construtos do MTT reforçou ainda mais a crença nesta teoria e a certeza de se estar no caminho certo.

Cabe ressaltar que estes estudos tiveram algumas limitações, mas foram realizados dentro de um rigor técnico e estatístico, com o intuito de inferirem-se resultados confiáveis. Os integrantes da equipe foram estudantes e profissionais treinados para aplicar o modelo, incansáveis frente às frustrações da pesquisa com dependentes químicos. Entretanto, sabe-se que existem fatores intervenientes que podem influenciar e gerar vieses na pesquisa. Algumas amostras apresentadas foram menores do que o recomendável. Além disso, estudos longitudinais poderiam trazer inferências que confirmem os dados gerados nestes estudos.

## REFERÊNCIAS

- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: CEBRID, UNIFESP.
- DiClemente, C.C. (2005). Conceptual Models and Applied research: The ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 5-12.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of- change therapy manual*. New York: The Guilford Press.

## ANEXOS

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-370/11

Porto Alegre, 28 de fevereiro de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05322 intitulado **"Estudo da efetividade da intervenção do modelo transteórico para pacientes dependentes de crack"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira  
FAPSI  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## ANEXO B – MANUAL DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

### MANUAL DE APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS

#### – PESQUISA SOBRE CRACK E PROCESSOS DE MUDANÇA –

Olá,

Este é um material para ajudá-lo na aplicação dos instrumentos que fazem parte da pesquisa sobre drogas e processos de mudança. Antes de instruí-lo sobre os instrumentos, quero esclarecer quais pesquisas fazem parte deste grande projeto:

Mestrado Cristina – Características dos usuários de Cocaína/Crack

Doutorado Karen – Validação da EPM – Escala de processos de Mudança

Para obter maiores detalhes sobre cada projeto peça para a pesquisadora uma cópia do projeto.

Abaixo, algumas dicas para auxiliá-lo na aplicação:

#### 1) SUJEITOS:

O protocolo de instrumentos será dividido em duas partes:

a) protocolo Completo – apenas em pacientes INTERNADOS, com abstinência de 7 a 13 dias. Essa informação DEVE ser obtida pela enfermagem ou pelo prontuário. Não tenha como base apenas a informação do paciente. Sujeitos a partir de 18 anos.

b) protocolo só da Karen – em pacientes INTERNADOS E AMBULATORIAIS, que estejam abstinentes (mínimo 7 dias). Esta informação também deve ser conseguida via prontuário ou profissional da instituição. Sujeitos a partir de 18 anos.



**Pacientes Internados (Protocolo Completo):** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Roteiro de Entrevista; Screening do WAIS (vocabulário, cubos, dígitos e códigos); URICA; EPM; ASR; SCID. Critérios de Inclusão (este protocolo só pode ser aplicado nos pacientes que preencherem TODOS os critérios): a partir de 18 anos, sexo masculino ou feminino, mínimo 5ª série completa do ensino fundamental, estar entre o 7º e o 13º dia de abstinência (para a aplicação do screening cognitivo do WAIS).

**Pacientes Ambulatório(Protocolo sem SCID):** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Roteiro de Entrevista; Screening do WAIS (vocabulário, cubos, dígitos e códigos); URICA; EPM; ASR. Critérios de Inclusão (este protocolo só pode ser aplicado nos pacientes que preencherem TODOS os critérios): a partir de 18 anos, sexo masculino ou feminino, mínimo 5ª série completa do ensino fundamental, estar no mínimo com 7 dias de abstinência e no máximo com 2 anos.

## 2) LOCAIS DE APLICAÇÃO

Você deve informar aos responsáveis da pesquisa os locais nos quais você está indo fazer a aplicação. Pedimos que não vá em locais sem avisar, pois passaremos uma listagem para cada lugar com o pessoal autorizado. São eles:

- Clínica São José – pacientes internados (UDQ – Unidade de Dependência Química) e ambulatorias (grupo Celmar).
- CDQuim – pacientes internados e ambulatoriais.
- Hospital Vila Nova – pacientes internados
- Cruz vermelha – pacientes ambulatoriais. OBS: SOMENTE se promete dar a DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS PARA ESTE LOCAL DE COLETA, nos demais locais de aplicação não se dá a devolução. A ficha de devolução deverá ser feita, integralmente, no computador e apenas colocada dentro do prontuário do paciente que foi avaliado.

## 3) DURANTE A APLICAÇÃO

Ao chegar no local, veja qual sala está disponível para aplicação. Organize seu material e local para o paciente sentar e para realizar os testes. Veja com os responsáveis do local onde você encontra os pacientes. Você é responsável por convidar os pacientes para a pesquisa. Veja um exemplo:

“Olá, eu sou da PUCRS e queria convidá-lo a fazer parte de uma pesquisa que estamos fazendo. Eu faria para você algumas perguntas, o que demoraria por volta de 1h. Eu poderia contar com sua ajuda?”

Caso o paciente lhe peça mais explicações, vá orientando no que for necessário.

Assim que o paciente concordar, peça que ele assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entregue para ele a outra via. Pedimos que não deixe de entregar uma via ao paciente!

#### 4) APLICAÇÃO DOS TESTES

##### 4.1 Roteiro de Entrevista

Não deixe de preencher nenhum campo do roteiro. Até as perguntas mais simples DEVEM ser preenchidas.

Após o Algoritmo e a régua, não deixe de fazer as questões dissertativas e escrever tudo o que o paciente disser. O mais literal possível.

4.1.1 **Critérios Brasil:** É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir. Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos:

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses.

Não considerar os seguintes casos:

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

**Televisores:** Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora. **Rádio:** Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que

esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou micro systems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel. **Banheiro:** O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados. **Automóvel:** Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados. **Empregada doméstica:** Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo “empregados mensalistas” se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário. **Máquina de Lavar:** Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado. **Videocassete e/ou DVD:** Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD. **Geladeira e Freezer:** No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente: a) Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; b) Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2a. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. As possibilidades são: 1) Não possui geladeira nem freezer (0 pt). 2) Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer (4 pts). 3) Possui geladeira de duas portas e não possui freezer (6 pts). 4) Possui geladeira de duas portas e freezer 6 pts Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável) (2 pt)

4.1.2 **Uso de medicamentos:** Ao questionar sobre o uso de medicamentos e para qual fim, é importante que você possua uma idéia de quais os medicamentos mais comuns e quais os efeitos/usos dele, abaixo segue uma pequena tabela com os mais utilizados:

MEDICAMENTOS	
<b>ANTIDEPRESSIVOS –IRS E ISRS</b>	<b>NEUROLÉPTICOS – ATÍPICOS</b>
Fluoxetina ( <b>Prozac, Verotina, Fluxene,</b>	Clozapina ( <b>Leponex</b> )

<p><b>Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial</b></p> <p>Fluvoxamina (<b>Luvox</b>)</p> <p>Paroxetina (<b>Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin</b>)</p> <p>Sertralina (<b>Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip</b>)</p> <p>Citalopram (<b>Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam</b>)</p> <p>Escitalopram (<b>Lexapro</b>)</p> <p>Clomipramina (<b>Anafranil, Clo</b>)</p>	<p>Olanzapina (<b>Zyprexa</b>)</p> <p>Ziprasidona (<b>Geodon</b>)</p> <p>Aripiprazol (<b>Abilify</b>)</p> <p>Risperidona (<b>Risperdal, Zargus, Risperidon Respidon</b>)</p> <p>Sulpirida (<b>Equilid, Sulpan, Dogmatil</b>)</p> <p>LÍTIO (<b>Carbolitium</b>)</p>
<p><b>ANTIDEPRESSIVOS –OUTROS</b></p> <p>Imipramina (<b>Tofranil</b>)</p> <p>Mirtazapina (<b>Remeron</b>)</p> <p>Venlafaxina (<b>Efexor, Venlift</b>)</p> <p>Minalciprano (<b>Ixel</b>)</p>	<p><b>NEUROLÉPTICOS – TÍPICOS</b></p> <p>Clorpromazina (<b>Amplictil, Longactil</b>)</p> <p>Haloperidol (<b>Haldol</b>)</p> <p>Pimozida (<b>Orap</b>)</p>
<p><b>ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS</b></p> <p>Alprazolam (<b>Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal</b>)</p> <p>Clonazepam (<b>Rivotril, Clonotril</b>)</p> <p>Diazepam (<b>Diempax, Valium</b>)</p>	<p><b>ESTIMULANTES</b></p> <p>Metilfenidato (<b>Ritalina, Concerta, RitalinaLA</b>)</p>
<p><b>ESTABILIZADOR DE HUMOR /ANTICONVULSIVANTE</b></p>	<p><b>ANTI-HIPERTENSIVOS</b></p>

Carbamazepina ( <b>Tegretol, Tegretard</b> )	Clonidina ( <b>Atensina</b> )
Oxcarbamazepina ( <b>Trileptal</b> )	
Valproato ( <b>Depakene, Valpakene, Depakote</b> )	
Topiramato ( <b>Topamax</b> )	
<b>Lítio (Carbolitio)</b>	

**4.1.3** Nas questões referentes a cada droga, pergunte todas as opções.

No quadro de **diagnóstico de dependência**, faça cada pergunta para todas as drogas, exemplo:

“ Você já sentiu forte desejo/ Compulsão para consumo por alguma das drogas que você usou?”

Para marcar que o paciente tem dependência de alguma substância, é necessário que o mesmo preencha três critérios. Cada pergunta corresponde a um critério. Ou seja, se o paciente responder afirmativamente, por três vezes, para a mesma substância, então ele será considerado dependente daquela substância. Os critérios essenciais na dependência são: (1) a abstinência – sintomas específicos em função de não usar, (2) tolerância – precisou usar mais do que antes para obter os mesmos efeitos e (3) compulsão para o consumo).

4.1.4: Para responder a **quantidade de álcool** que o indivíduo utiliza, será marcada a quantidade em ml, por este motivo segue abaixo uma tabela com a quantidade das bebidas mais comuns:

LATINHA CERVEJA	350ML
LATÃO	473ML
LONG NECK	330ML
GARRAFA CERVEJA	630ML
GARRADA CACHAÇA	965ML

## 4.2 SCREENING DO WAIS

### VOCABULÁRIO

**Iniciar** pelo Item 1.

**Interromper** após 6 erros consecutivos. Obs: Fazer tudo até o final a não ser que o examinando fale seis vezes consecutivas que não sabe a resposta.

**Anotar** TUDO o que a pessoa disser, O MAIS LITERAL POSSÍVEL.

**Antes de apresentar o primeiro item dizer:** *“Agora vamos fazer algo diferente. Quero que você me diga o significado de algumas palavras. Escute cuidadosamente e diga-me o que significa cada palavra. Alguma dúvida?”*

**Para cada item dizer:** *“O que significa \_\_\_\_\_?”*

Se a resposta do examinando for **imprecisa ou muito vaga**, pode-se **dizer** *“Fale mais a este respeito”* ou *“Explique melhor o que você quis dizer”*.

**Para a primeira palavra dizer:** *“Vamos começar com a palavra centavo. Diga-me o que significa centavo”*.

## **CUBOS**

**Iniciar com** o modelo 5.

**Continuação:**

**Caso tenha acertado os modelos 5 e 6**, com dois pontos em cada, pode-se prosseguir com os modelos subsequentes.

**Caso tenha errado ou obtido um ponto no modelo 5 ou 6**, aplicar os modelos 1 a 4 na ordem inversa, até que o examinando obtenha a pontuação máxima em dois itens consecutivos (neste caso, pontuar com os pontos máximos os itens que não foram aplicados na ordem inversa e prosseguir a aplicação, na ordem correta, a partir dos itens que ainda não foram aplicados).

**Interromper** após 3 erros consecutivos. Atenção: erro é quando o examinando obtém pontuação 0.

**Para os modelos de 1 a 5** o examinando reproduz os modelos que o aplicador construiu.

**Para os modelos seguintes** o examinando deve reproduzir os modelos de acordo com o livro de estímulos.

**Aplicar a segunda tentativa dos modelos de 1 a 6** nas situações em que a produção não estiver correta ou exceder ao tempo limite.

**Rotações:** a rotação de um modelo em 30 graus ou mais é considerada um fracasso. Pode-se corrigir a rotação apenas uma vez durante toda a aplicação do subteste. Neste caso, dizer: *“Mas veja, ele deve ficar nesta posição”* (demonstrar a posição correta).

## **CÓDIGOS**

**Antes de iniciar dizer:** *“Quando nós começamos hoje, eu disse que você iria fazer tarefas diferentes. Nesta, eu*

*vou querer que você copie alguns símbolos”*

**Iniciar com** itens de exemplo do protocolo de registro.

### **Explicar:**

*“Observe estes quadrados. Veja que cada um tem um número na parte superior e um símbolo correspondente na parte inferior. Cada número tem seu próprio símbolo”.*

Apontar para cada número e o seu respectivo símbolo.

*“Agora observe aqui embaixo, onde os quadrados tem números na parte de cima, mas os quadrados debaixo estão vazios. Em cada quadrado, coloque o símbolo correspondente, como este. Aqui é o 2. O 2 tem este símbolo. Então eu escrevo este símbolo neste quadrado vazio, deste modo”*

Fazer o 2, o 1 e o 3 para ele, explicando.

Após, dizer: *“Agora eu quero que você escreva os símbolos nos quadrados até esta linha preta”*

Dizer se está certo ou não, caso esteja errado, explicar como seria o modo correto.

*“Agora você já sabe como fazer. Quando eu disser para você começar, faça o máximo que conseguir”.*

**Encorajar** o examinando a fazer a tarefa o mais rápido que puder, com o mínimo de erros possível.

**Lembrar-lhe** para não pular nenhuma linha e nenhum quadrado.

**Interromper** após 120 segundos, dizendo *“Pare”*.

## **DÍGITOS**

**Iniciar com** o item 1 tanto na Ordem Direta, como na Ordem Inversa.

**Antes de iniciar a Ordem Direta dizer:** *“Eu vou dizer alguns números. Escute cuidadosamente e quando eu acabar, você deve repeti-los na mesma ordem. Por exemplo, se eu te dizer 8-9, tu vais me dizer 8-9”.*

**Antes de iniciar a Ordem Inversa dizer:** *“Agora eu vou dizer mais alguns números mas desta vez, quando eu parar, quero que você os repita na ordem inversa. Por exemplo, se eu disser 7-1-9, o que você deverá dizer?”* (Resposta correta: 9-1-7). **Se o examinando responder corretamente** dizer: *“Muito bem!”*. **Se o examinando responder errado**, dizer: *“Não. Você deveria dizer 9-1-7. Eu disse 7-1-9, então para falar de trás pra frente, você deveria dizer 9-1-7. Agora tente estes números. Lembre que você deve falar o números na ordem inversa: 3-4-8”* (resposta correta: 8-4-3).

**Interromper** caso ocorra erro em duas tentativas do mesmo item. Caso ocorra interrupção na Ordem Direta, prosseguir com a Ordem Inversa. Interrompendo-se a Ordem Inversa, finaliza-se a aplicação do subteste.

### 4.3 URICA

Leia o Rapport escrito acima das perguntas. Explique que você lerá afirmações e que ele deve responder de acordo com as opções (passar folha com as opções da URICA).

Vá lendo pausadamente cada afirmação e repita quantas vezes for necessário. Não deixe de anotar todas as respostas.

Na hora de aplicar a URICA use a tabela que possui os itens em ordem crescente. Para correção utilize a outra tabela (com itens divididos pelos estágios de mudança).

### 4.4 EPM – Escala de Processos de Mudança

Leia o Rapport escrito acima das perguntas. Explique que você continuará lendo afirmações e que ele deve responder de acordo com novas opções (passar folha com as opções da EPM).

Vá lendo pausadamente cada afirmação e repita quantas vezes for necessário. Não explique as questões de outras formas. Não deixe de anotar todas as respostas e dificuldades/sugestões do paciente.

### 4.5 ASR



Oficialmente o ASR é um instrumento auto-aplicável, porém para facilitar e agilizar a aplicação dos instrumentos, pedimos que você leia e faça junto com o paciente pelo menos a primeira folha do ASR (frente e verso). As duas páginas que seguem podem ser dadas ao paciente para que ele responda, porém **NÃO SE ESQUEÇA DE CONFERIR SE ELE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.**

ANEXO C – INSTRUMENTO VALIDADO: ESCALA DE PROCESSOS DE MUDANÇA –  
EPM

**Questionário de Processos de Mudança**  
**(Process of Change Questionnaire)**  
**Adaptação Brasileira - PUCRS**

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:**

EXISTEM CINCO RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA CADA UM DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO:

**1 = Nunca    2 = Raramente    3 = Ocasionalmente    4 = Frequentemente    5 = Repetidamente**

POR FAVOR, LEIA CADA AFIRMAÇÃO E CIRCULE O NÚMERO À DIREITA PARA INDICAR COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ SE ENQUADRA NESSAS SITUAÇÕES. AS SITUAÇÕES REFEREM-SE A ATITUDES OU PENSAMENTOS QUE AJUDAM VOCÊ A NÃO USAR DROGAS ILEGAIS.

LEMBRE QUE ESTAS DESCRIÇÕES SE REFEREM A ATITUDES OU PENSAMENTOS QUE VOCÊ PODE TER PASSADO **DURANTE A SEMANA PASSADA**.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
1) Eu me gratifico quando eu não cedo ao meu desejo de usar drogas.	1	2	3	4	5
2) Eu tenho com quem falar e que compreenda os meus problemas com drogas.	1	2	3	4	5
3) Eu fico chateado quando penso em doenças causadas pelo consumo de drogas.	1	2	3	4	5
4) Estou considerando a idéia de que as pessoas à minha volta seriam melhores comigo, se não tivesse o meu problema com drogas.	1	2	3	4	5
5) Eu leio reportagens que podem me ajudar a parar de usar drogas.	1	2	3	4	5

6) Tento pensar em outras coisas quando eu começo a pensar em usar drogas.	1	2	3	4	5
7) Acho que a sociedade está mudando de um jeito que facilita a superação do meu problema com drogas.	1	2	3	4	5
8) Eu fico decepcionado comigo mesmo quando dependo de drogas.	1	2	3	4	5
9) Eu procuro informações relacionadas ao meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
10) Eu uso lembretes para me ajudar a não usar drogas.	1	2	3	4	5
11) Tenho alguém com quem eu posso contar para me ajudar quando eu estou tendo problemas com drogas.	1	2	3	4	5
12) Histórias sobre drogas e seus efeitos me incomodam.	1	2	3	4	5
13) Eu falo a mim mesmo que se eu tentar com empenho, posso deixar de usar drogas.	1	2	3	4	5
14) Eu paro para pensar em como o meu uso às drogas está magoando as pessoas a minha volta.	1	2	3	4	5
15) Eu me sinto mais competente quando eu decido não usar drogas.	1	2	3	4	5
16) Eu fico longe dos locais que geralmente estão associados ao meu uso das drogas.	1	2	3	4	5
17) Penso que fazer outras coisas é uma boa alternativa para não usar drogas.	1	2	3	4	5
18) Eu passo tempo com pessoas que me gratificam por não usar drogas.	1	2	3	4	5
19) Eu me comprometo comigo mesmo para não usar drogas.	1	2	3	4	5
20) Eu vejo propagandas na televisão sobre como a sociedade está tentando ajudar as pessoas a não usar drogas.	1	2	3	4	5

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Estudo:** PROPOSTA DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL PARA USUARIOS DE CRACK

**Patrocinador:** CNPq

**Pesquisadores:** Dra. Margareth da Silva Oliveira Psicologia  
 Me. Karen Priscila Del Rio Szupszynski Psicologia  
 Me. Viviane Samoel Rodrigues Psicologia

**Identificação do Voluntário:** \_\_\_\_\_

**Por que eu estou sendo convidado a participar desse estudo?**

O motivo pelo qual você esta sendo convidado para fazer parte desse estudo é porque você é ou foi usuário de crack e tem no mínimo 18 anos de idade.

**Qual o objetivo desse estudo?**

O principal objetivo desse estudo é estudar os processos de mudança pelos quais a pessoa passa durante sua mudança de comportamento e desenvolver um programa de avaliação (neuropsicológico e toxicológico) e tratamento psicoterápico (fundamento no Modelo Transteórico) para usuários de crack.

**Quem patrocina esse estudo?**

Esse estudo conta com o apoio financeiro do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** (CNPq), uma fundação vinculada ao Ministério Científico e Tecnológico (MCT), que apóia a pesquisa brasileira. Todos os gastos com exames e procedimentos estão previstos no orçamento do projeto e, portanto, serão pagos através do apoio recebido das agências de fomento à pesquisa mencionadas acima.

**O que devo fazer para participar desse estudo?**

Antes de decidir se você quer ou não participar, é importante que você leia este documento e entenda por que a pesquisa está sendo realizada e o que ela envolverá. Este documento chamado de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) descreve o objetivo, os procedimentos, os riscos e os benefícios envolvidos no estudo. O TCLE tem esse nome porque você só deve tomar a decisão de participar depois de ter lido e entendido todos os procedimentos envolvidos no estudo. Por favor, peça ao membro da equipe que explique qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

**O que acontecerá comigo caso eu não queira participar desse estudo?**

Sua decisão de participar do estudo é inteiramente voluntária, e recusar-se a participar não causará a você nenhuma penalidade. Contudo, ao decidir participar do estudo, você assume a responsabilidade de ser totalmente sincero a respeito da sua história de saúde, pois caso contrário poderá estar causando danos a você mesmo ao participar deste estudo.

**Quais são as minhas responsabilidades em participar desse estudo?**

Se você estiver sendo acompanhado por um médico, é fundamental que você informe ao seu médico sobre a sua participação neste estudo. Além disso, você deverá informar para os membros da equipe desse estudo, todos os medicamentos que você está fazendo uso. Todos os sintomas deverão ser relatados e

devidamente documentados. É muito importante que você lembre-se de relatar todos os sintomas que, eventualmente, forem percebidos.

### **O que envolve esse estudo?**

Este estudo será conduzido em Centros de tratamento especializados em dependência química na cidade de Porto Alegre-RS. Se você decidir participar deste estudo haverá um cronograma de avaliações, acompanhamento e reavaliações.

### **Como será desenvolvido esse estudo?**

Você irá realizar a primeira avaliação e será sorteado para fazer parte de um (01) dos dois (02) grupos. O sorteio é do tipo cara/cora onde a probabilidade em ser sorteado para um dos grupos é de cinquenta por cento (50%) de chance. Cada grupo irá ser submetido a um tipo distinto de intervenção. O grupo Psicoeducação receberá informações sobre o uso de diferentes substâncias psicoativas, principalmente relacionadas aos sintomas, efeitos e prejuízos. O grupo Intervenção será submetido a um programa de intervenção fundamentado no Modelo Transteórico de Mudança.

### **Procedimentos e Restrições do Estudo / Possível (is) Risco (s), Desconforto (s) e Benefício (s)**

Ao decidir participar deste estudo, você estará assumindo um compromisso onde lhe será solicitado o cumprimento de todos os compromissos que lhe serão agendados.

### **Primeira Avaliação:**

A primeira avaliação será realizada durante os primeiros dias. Nela será realizada uma coleta de saliva, uma coleta de urina e uma avaliação neuropsicológica. Após esta avaliação você iniciará o programa do estudo para o qual você foi sorteado.

### **Reavaliação:**

Após o término das intervenções será realizado a reavaliação. Nessa reavaliação será repetido alguns instrumentos da primeira avaliação.

### **(IG) Intervenção Grupo**

Essa intervenção consiste em dois encontros por semana em grupos de até doze (12) voluntários durante um (01) mês. Você participará de 8 sessões fundamentadas no Modelo Transteórico de Mudança com duração de aproximadamente uma (1) hora por encontro. Os encontros serão realizados nos Centros de tratamento especializados em dependência química na cidade de Porto Alegre-RS e na grande Porto Alegre. Ao final da intervenção haverá a primeira reavaliação. Após 3 meses o follow-up.

### **(IC) Intervenção Controle**

Essa intervenção consiste em dois encontros por semana em grupos de até doze (12) voluntários durante um (01) mês. Você participará de 8 sessões em grupo de Psicoeducação, com duração de aproximadamente uma (1) hora por encontro. Os encontros serão realizados nos Centros de tratamento especializados em dependência química na cidade de Porto Alegre-RS e na grande Porto Alegre. Ao final da intervenção haverá a primeira reavaliação. Após 3 meses o follow-u.

### **Pagamentos**

Você não receberá nenhum pagamento por estar participando deste estudo.

### Contatos

Se no decorrer deste estudo, você tiver perguntas sobre a natureza da pesquisa ou sobre os seus direitos, ou se você acredita que você apresentou um dano relacionado à pesquisa você deve entrar em contato com:

#### **Dra. Margareth da Silva Oliveira**

no cel.: 51 99833363 – marga@puccrs.br

Av. Ipiranga 6681, prédio 11 oitavo andar, sala 927; cep: 90619900; tel.: 3320 3500, ramal 7749

Se você tiver alguma pergunta sobre seus direitos ou a ética deste estudo, você também pode entrar em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS** no telefone 51 3320-3345, Av. Ipiranga, 6690 – 2º andar Porto Alegre – RS – CEP: 90610-000.

### Considerações éticas

Esta pesquisa segue as orientações da resolução 196/96 referente à pesquisa em seres humanos e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP/PUCRS), que é um grupo de pessoas formado por diversos profissionais que seguem as regras da CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), para garantir que todas as informações foram fornecidas a você e que os possíveis riscos sejam reduzidos. Conforme a resolução você precisa dar o seu consentimento livre e esclarecido para legitimar a sua vontade de participar deste estudo e ao mesmo tempo permitir que o grupo de pesquisadores deste estudo possa utilizar os seus dados para fins científicos.

### **Autorização do indivíduo da pesquisa – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Através deste documento, eu dou minha permissão para que o coordenador deste estudo forneça qualquer informação obtida como resultado da minha participação neste estudo, aos designados autorizados, ao Comitê de Ética (CEP) e a qualquer outra Autoridade Regulatória. Os representantes destes grupos têm minha permissão para inspecionar meus registros de saúde relacionados à pesquisa. Eu concordo que o acesso aos meus dados só ocorrerá da maneira como está descrito na seção “Gerenciamento de Dados/Confidencialidade”. Eu li as informações contidas neste termo de consentimento livre e esclarecido e tive a oportunidade de fazer perguntas para me ajudar a entender o que está envolvido na minha participação. Eu livremente dou o meu consentimento para participar do estudo, a menos que eu decida o contrário. Eu declaro também que pessoalmente assinei e datei este documento. A minha assinatura abaixo indica que o estudo e os procedimentos relacionados foram explicados a mim. Eu recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado e datado. Eu fui informado de que o documento original assinado e datado será arquivado nos arquivos do coordenador deste estudo.

### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Nome (letra de forma, por favor)

Assinatura

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **MEMBRO DA EQUIPE QUE OBTVEVE O CONSENTIMENTO**

Nome (letra de forma, por favor)

Assinatura

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_