

O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química

Karen Priscila Del Rio Szupszynski
Unidade de Ensino Superior Ingá

Margareth da Silva Oliveira
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo: O interesse em estudos que aprimorem o tratamento de dependência química aumenta diante do crescimento estatístico de usuários de drogas no Brasil. Uma das teorias que mais tem contribuído nesse contexto é a do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James Prochaska e colaboradores nos anos 1970. No presente artigo, realizou-se uma revisão de estudos sobre a utilização do Modelo Transteórico em tratamento para dependência química. Consultaram-se as bases Pschyngo, Web of Science, Medline e Lilacs, com os descritores *stages of change, substance abuse, treatment, assessment, drugs, addiction* e *readiness to change*, entre 1996 e 2006. Também foram analisados livros e artigos que não se encontravam nas referências das fontes indexadas. Da literatura estudada, apenas uma pequena parte abordou, diretamente, o Modelo Transteórico relacionado ao uso de drogas ilícitas. A maioria dos estudos sugere mais pesquisas com populações específicas e para a avaliação dos outros construtos do MTT.

Palavras-chave: Modelo Transteórico; estágios de mudança; drogas; prontidão para mudança; tratamento.

THE TRANSTHEORETICAL MODEL IN CHEMICAL DEPENDENCE TREATMENT

Abstract: The interest in studies that improve the treatment of chemical dependence has increased before statistical growth of drugs users in Brazil. One of the theories that has most contributed in this context is the Transtheoretical Model of Change, developed by James Prochaska and collaborators in years 70. In this article, it has been made a revision of studies about the use of Transtheoretical Model utilisation in treatment for chemical dependence. It has been consulted databases Pschyngo, Web of Science, Medline and Lilacs, with the describers *stages of change, substance abuse, treatment, assessment, drugs, addiction* and *readiness to change*, between 1996 and 2006. Books and articles that couldn't be found in the references of indexed sources have been also analyzed. From studied literature, only a small part has directly developed Transtheoretical Model in relation to illicit drugs use. Most of the studies suggests more researches in specific populations and for evaluation of others Transtheoretical Model constructs.

Keywords: Transtheoretical Model; periods of change; drugs; readiness to change; treatment.

EL MODELO TRANSTEÓRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA QUÍMICA

Resumen: El interés en estudios que contribuyan para el tratamiento de dependencia química ha aumentado. El crecimiento estadístico de usuarios de drogas en Brasil. Una de las teorías que más ha contribuido en ese contexto es el Modelo Transteórico de Cambios de Comportamiento (MTT) (Transtheoretical Model of Change), desarrollado por James Prochaska y colaboradores en los años 70. En este artículo se realizó una revisión de estudios sobre la utilización del Modelo Transteórico en el tratamiento de la dependencia química. Fueron consultadas las bases Pschyngo, Web of Science, Medline e Lilacs con los descriptores *stages of change, substance abuse, treatment, assessment, drugs, addiction* e *readiness to change*, entre 1996 y 2006. También fueron analizados libros y artículos que no se encontraban en las referencias de las fuentes indexadas. De la literatura estudiada, una

pequena parte abordó directamente el Modelo Transteórico relacionado al uso de drogas ilícitas. La mayoría de los estudios sugiere más investigaciones para poblaciones específicas y para evaluación de otros conceptos del MTT.

Palabras clave: video feedback; video modelación; orientación de padres.

Introdução

Estudos têm mostrado que o consumo de drogas tem aumentado em todas as regiões do País. No relatório publicado no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI; GALDURÓZ; NOTO; NAPPO, 2002), verificou-se que o consumo de drogas aumentou na grande maioria das cidades brasileiras; 19,4% da população estudada já fez uso de drogas, exceto tabaco e álcool, alguma vez na vida. Em relação aos estudantes de faixa etária entre 12 e 17 anos, 3,5% já usaram maconha. No grupo etário de 18 a 24 anos, 9,9% confirmaram o uso da maconha, sendo que 1% da população estudada é dependente desta droga, o que corresponde a 451 mil pessoas.

Esse problema tem preocupado a sociedade e sugerido a construção de inúmeros métodos de combate à dependência química, tais como grupos de auto-ajuda, psicoterapias, medicamentos, tratamentos ambulatoriais, internações e atendimento à família. Variadas combinações desses tratamentos têm sido propostas, mas algumas perguntas ainda persistem na comunidade científica, como as relacionadas ao método necessário para aumentar a eficácia dos atuais tratamentos ou ao que faz com que algumas pessoas consigam modificar sozinhas comportamentos-problema, enquanto outras fazem uma verdadeira peregrinação por diferentes tratamentos.

A busca pelo avanço científico, somada a esses questionamentos, tem levado pesquisadores a incansáveis estudos sobre novas técnicas de psicoterapia para as adições. Com base nessas considerações, a motivação do paciente vem tomando papel de destaque em pesquisas.

A implicação mais importante de pesquisas atuais foi a descoberta da necessidade de, inicialmente, acessar o estágio de prontidão para a mudança do cliente e, posteriormente, adequar as intervenções terapêuticas a ele (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992). Esses mesmos autores afirmam que avaliar a motivação para mudança, independentemente do tratamento utilizado, parece ser um aspecto importante para a utilização de intervenções adequadas aos pacientes.

Uma das contribuições mais importantes nessa área tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores nos anos 1970, em que pontua determinadas etapas (de motivação) pelas quais a pessoa passa ao longo do processo de mudança (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006)

O presente artigo propõe uma revisão teórica do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) em tratamentos para dependência química, descrevendo seus princípios e sua relevância no atendimento a adictos.

Método

Este artigo de revisão foi elaborado por meio de uma pesquisa nas bases de dados Pschynfo, Web of Science, Medline e Lilacs. Os descritores utilizados foram *stages of change, substance abuse, treatment, assessment, drugs, addiction* e *readiness to change* e o período da pesquisa foi compreendido entre 1996 e 2006.

A revisão bibliográfica centrou-se na localização de artigos científicos atuais e que estivessem profundamente relacionados às pesquisas sobre o Modelo Transteórico e, mais especificamente, ao uso desse modelo no tratamento da dependência química. Também foram analisados livros e artigos que não se encontravam nas referências das fontes indexadas.

Com a busca realizada nas bases de dados anteriormente citadas, encontrou-se um número muito escasso de artigos que estivessem relacionados aos referidos temas. No total, localizaram-se quatro artigos em revistas nacionais e 27 artigos em periódicos não brasileiros. Com base nos resultados da revisão, explanam-se, no presente artigo, os conceitos relacionados à aplicação do Modelo Transteórico no tratamento para cessação do uso de substâncias psicoativas.

Discussão de resultados

Salienta-se a definição de um termo que auxiliará na análise dos artigos selecionados.

Substância psicoativa é aquela da qual o indivíduo faz uso, independentemente da via de administração, que, por ação do sistema nervoso central, altera o humor, a consciência, a senso-percepção, a cognição e a função cerebral. A classificação do DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002) categoriza as substâncias psicoativas em álcool, alucinógenos, anfetaminas, maconha, cafeína, cocaína, inalantes, nicotina, opióides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

Na Tabela 1, apresentam-se dados do Centro Brasileiro de Informação sobre Álcool e Outras Drogas (Cebrid), que, por meio de um levantamento domiciliar realizado em cidades com mais de 200 mil habitantes, mostram a realidade pela qual a população passa, no que diz respeito ao problema da adição (CARLINI; GALDURÓZ; NOTO; NAPPO, 2002).

Tabela 1. Levantamento domiciliar realizado em cidades com mais de 200 mil habitantes

DEPENDÊNCIA	%
Álcool	11,2
Tabaco	9
Benzodiazepínicos	1,1
Maconha	1
Solventes	0,8
Estimulantes	0,4
Uso na vida de qualquer substância (exceto o álcool e o tabaco)	19,4

O comportamento do dependente químico torna-se sinônimo de doença quando a relação indivíduo-produto passa a ser extremamente intensa, não permitindo o desencaixar de outras relações. Os comportamentos adictivos são realizados, em situações tidas como estressantes, na tentativa de alcançar uma gratificação imediata. Esse comportamento está presente em vários tipos de drogadição, como no uso de drogas ilícitas, visando a reduzir a ansiedade, a solidão e o aborrecimento. A dependência química causa prejuízos significativos em todas as áreas da vida da pessoa: desde a familiar até a social, física, emocional e profissional. Esses prejuízos podem, ainda, ser agravados pelas constantes mudanças nos padrões de uso de drogas, pelas novas drogas que surgem a cada dia e pelo envolvimento de indivíduos cada vez mais jovens com o tráfico.

Heather (1992) afirma que os transtornos dependentes são, essencialmente, problemas motivacionais. O autor mostra que seria uma tendência humana o fato de ignorar os problemas antes de reconhecer os caminhos que podem levar à sua resolução, sendo a motivação a força propulsora que move os indivíduos a um objetivo específico.

O conflito básico da ambivalência “quero, mas não quero” tem papel central nos comportamentos adictivos (ROLLNICK et al., 1992; ROLLNICK et al., 1993; MILLER; ROLLNICK, 2001). Os usuários de drogas podem até reconhecer os malefícios envolvidos em seus comportamentos, mas, ainda assim, seguem atraídos pelo comportamento adictivo, não apresentando motivação alguma para iniciar ou manter um tratamento. Callaghan et al. (2005) afirmam que o número de desistências no tratamento da adição tem sido cada vez mais preocupante.

Marlatt e Gordon (1993) entendem que o comportamento cognitivo ou informacional associa-se ao que a pessoa “espera” que aconteça, ao resultado de determinado comportamento. Já o comportamento motivacional ou de incentivo envolve o desejo implícito no valor do reforço, do resultado ou efeito esperado. O comportamento motivacional trata, então, de engajar a pessoa em comportamentos positivos que se esperam ou a evitar comportamentos considerados negativos.

Diante dos modelos estudados para mudança de comportamentos em adictos, a contribuição mais importante, na atualidade, é representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT). O MTT foi construído por James Prochaska, em 1979, por meio da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança. Prochaska inclui em seu estudo as seguintes teorias: cognitivo-comportamental, existencial/humanista, psicanálise e *gestalt/experiencial*. No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias teriam suas limitações e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas. Diante de tal análise, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico”, e teve como seu principal pressuposto o fato de que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Para a construção do MTT, identificaram-se e incorporaram-se as explicações que cada teoria dava para o processo de mudança em uma pessoa. Como consequência, o MTT torna-se diferente de outros modelos teóricos na medida em que sua direção esta-

va voltada, especificamente, para a compreensão do processo de mudança de comportamentos-problema e para a busca de hábitos saudáveis.

O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens, que se concentram nas influências sociais ou biológicas do comportamento. Este modelo está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança. Esses níveis estariam representados por estágios de motivação para a mudança que representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer. Inicialmente, idealizaram-se quatro estágios: *pré-contemplação*, *contemplação*, *ação* e *manutenção*. Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio da contemplação e o da ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse período foi denominado *determinação* ou *preparação* e passou a ser incluído como o terceiro estágio (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992).

No estágio de pré-contemplação, não se observa nenhuma intenção de mudar comportamentos-problema e, geralmente, a existência de um verdadeiro problema é completamente negada. Poder-se-ia afirmar que a negação é uma das principais características dos pré-contempladores. Os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança, e, quando o fazem, em geral são impelidos por motivos externos, como, por exemplo, encaminhamento pela família, empresa ou poder judicial. Mesmo quando iniciam tratamentos, evidenciam uma ativa resistência à mudança, fugindo de tudo que se relacione ao seu problema. Alguns pré-contempladores sentem-se tão desencorajados que se resignam com sua situação, considerando-a um “fato”. Na maioria dos casos, observa-se que algumas tentativas de mudança já tinham sido ensaiadas no passado, porém, sem a obtenção de sucesso. Diante disso, acreditam que, certamente, falharão novamente. Eles simplesmente admitem seus defeitos e interrompem qualquer possibilidade de mudança comportamental (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994).

No estágio de contemplação, a pessoa admite ter um problema e considera possibilidades de mudança, mostrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Porém, apesar desse movimento em direção à mudança, os contempladores possuem, como principal característica, a ambivalência. Possuem uma nítida vontade de mudar, entretanto, surgem momentos de ansiedade e de dúvida que enfraquecem sua força motivacional. As pessoas podem permanecer, por longos períodos de tempo, na contemplação, substituindo a ação pelo pensamento. Pessoas com essas características podem ser denominadas contempladores crônicos. No momento em que contempladores iniciam a transição para o estágio de preparação, observam-se duas mudanças específicas: o estabelecimento de um foco na solução de problemas e o pensamento direcionado para o futuro, ou seja, não mais para o passado (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994).

O estágio de determinação ou preparação é marcado pelo “planejamento”. Há uma melhor conscientização do problema e o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações

orientadas para a mudança. Um aspecto importante para o sucesso dessa etapa é a necessidade de tornar pública a intenção de mudar. A pessoa assume não só um compromisso interno, mas também externo, envolvendo-se ainda mais com o processo de mudança. Nessa etapa, não há, necessariamente, ações ocorrendo concomitantemente, visto que as pessoas no estágio de preparação não precisam ter sua ambivalência completamente resolvida. A pessoa no estágio de preparação pode instituir um número de pequenas mudanças comportamentais, como, por exemplo, quantificar o número de cigarros que fuma em um dia, ou contabilizar as calorias que ingere nas refeições, o que não exclui a possibilidade da existência da ambivalência interna (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994).

No *estágio de ação*, a pessoa inicia explicitamente a modificação de seus comportamentos-problema. A ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, e as mudanças realizadas nesse estágio são muito mais visíveis do que as realizadas durante outros estágios. Nesse contexto, a maioria das pessoas, inclusive terapeutas, iguala, equivocadamente, o estágio de ação ao sucesso na mudança. Nesse estágio, além de todo o processo de preparação estar inserido, é necessário que o indivíduo tenha consciência de que é preciso haver uma manutenção das mudanças realizadas (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994).

O *estágio de manutenção* é o grande desafio no processo de mudança. A estabilização do comportamento em foco é a marca desse estágio. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no estágio de ação, além de um esforço contínuo para prevenir possíveis lapsos e recaídas. A mudança nunca é concretizada com a ação. Sem um forte compromisso no estágio de manutenção, a pessoa poderá ter recaídas, mais comumente encontradas nos estágios de pré-contemplação e contemplação (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994).

Para Miller e Rollnick (2001) existiria, ainda, um sexto estágio, o da recaída, no qual a tarefa do indivíduo seria voltar a circular pelos demais estágios. A recaída é normal e prevista quando se busca uma mudança de comportamento por um longo prazo.

O processo de mudança é um conceito essencial no MTT e nos possibilita o entendimento de *como* a mudança de comportamento ocorre. É um processo que inclui diferentes dimensões (estágios motivacionais), as quais devem ser consideradas em conjunto para que possam ser mais bem compreendidas. O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, pois seus estágios são compreendidos como fazendo parte de uma "espiral", na qual a pessoa pode se movimentar de um estágio para outro sem uma ordem estabelecida. Uma pessoa na contemplação (ambivalente) pode não optar pela mudança e recair, bem como pode seguir em seu processo de mudança evoluindo para a ação (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006).

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (1994, p. 448), essas dimensões ou estágios de mudança correspondem às atividades, implícitas ou explícitas, nas quais as pessoas engajam-se para alterar afeto, pensamento, comportamento ou relacionamentos relativos ao comportamento-problema. Dessa forma, qualquer atividade que ajude na modificação do comportamento, sentimento ou forma de pensar é um processo de mu-

dança (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994). Prochaska e DiClemente (1982) identificaram dez processos de mudança específicos que as pessoas realizam para progredirem no processo de mudança. Seriam atividades encobertas ou declaradas que as pessoas realizam de acordo com sua evolução no processo motivacional. Segundo Calheiros, Andretta e Oliveira (2006), esses processos de mudança podem ser divididos em dois grupos: processos cognitivo-experienciais (aumento da consciência; reavaliação de si; ativação emocional e dramatização; reavaliação ambiental; liberação social) e processos que se referem, principalmente, a aspectos comportamentais (liberação; contracondicionamento; controle de estímulos; gerenciamento de recompensas; relações de ajuda). A possibilidade de mudanças cresce com a utilização de recursos ambientais e sociais (escola, trabalho, grupo de amigos, uso de tempo livre, grupos de apoio e grupos de ajuda mútua).

Outro conceito fundamental no MTT é a prontidão. Ela é um conceito mais genérico. A prontidão não é definida somente como uma localização em um estágio ou outro, mas indica uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento, representando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e o estabelecimento de um foco na motivação. Segundo DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004), existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão: prontidão para mudança e prontidão para tratamento.

A prontidão para mudança foi conceituada como uma integração entre a conscientização da pessoa em relação ao seu problema e a confiança em suas habilidades para mudar (fortalecimento da auto-eficácia). Esse tipo de prontidão estaria associado aos acontecimentos que ocorrem em cada estágio, que sugerem aos profissionais da área da saúde novas estratégias de intervenção. Já a prontidão para tratamento focaliza a motivação para procurar ajuda e para iniciar, manter e terminar um tratamento. Um usuário de substância psicoativa pode procurar um tratamento e iniciá-lo (alta prontidão para tratamento) sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência (baixa prontidão para mudar o comportamento-problema) (DiCLEMENTE; SCHLUNDT; GEMMELL, 2004).

Diversas pesquisas têm analisado o MTT a fim de estimar sua aplicação no tratamento das adições. Alguns instrumentos têm sido utilizados para a mensuração do estágio motivacional, como o University of Rhode Island Change Assessment – URICA (McCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983), o Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale – SOCRATES (MILLER; TONIGAN, 1995), e algoritmos e escalas analógico-visuais.

A URICA está baseada nos estágios de mudança do MTT e trata-se de uma escala que busca avaliar os estágios motivacionais de indivíduos. A URICA possui, atualmente, três versões: uma composta por 32 itens, outra composta por 28 itens e, ainda, uma versão reduzida composta por 24 itens. Todas essas versões possuem quatro subescalas correspondentes aos estágios de mudança do MTT (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção).

Outra escala criada para avaliar os estágios de mudança, de acordo com o modelo MTT, é a escala SOCRATES. Já se publicaram quatro versões dessa mesma escala: a versão inicial (Version 2.0), com 32 itens orientados para mensuração do estágio de mudança do padrão de consumo alcoólico; a versão posterior (Version 3.0), que foi organizada

com 40 itens; uma versão menor com 20 itens (Version 5.0); e, finalmente, em 1995, a última versão (Version 8.0) (MILLER; TONIGAN, 1995), organizada com 19 itens baseados na análise fatorial de estudos prévios.

A construção do Modelo Transteórico e suas escalas, que foi amplamente divulgada a partir de 1980, têm servido de base para a formulação de novas e mais adequadas propostas de intervenção terapêutica no tratamento das adições. Essas propostas vêm sendo testadas por inúmeros autores em diferentes lugares do mundo.

Callaghan et al. (2005) avaliaram, utilizando a URICA, o estágio motivacional de pacientes de um programa de tratamento para adolescentes abusadores de substâncias psicoativas. O estudo comprovou a validade do MTT, pois os adolescentes que atingiram uma alta pontuação no estágio de pré-contemplação representaram substancialmente o número de desistências do programa. Outra constatação do estudo foi a importância da URICA como meio de avaliação dos estágios de mudança.

Durante um programa de tratamento de 29 semanas, Henderson, Saules e Galen (2004) investigaram, em dependentes de heroína, a validade preditiva dos estágios de mudança, usando a URICA para prever a adesão ao tratamento e para investigar amostras urinárias negativas de heroína e/ou cocaína. O estudo comprovou que os sujeitos que pontuaram mais no estágio de manutenção também apresentaram amostras de urina livres de cocaína e maior adesão ao tratamento.

Miller e Tonigan (1995) utilizaram a SOCRATES para averiguar a motivação de uma amostra de alcoolistas graves. A pesquisa identificou que essa escala possuía uma estrutura de três fatores: ambivalência, reconhecimento e ação, comprovando ser um instrumento de alta confiabilidade.

Figlie, Dunn e Laranjeira (2004) estudaram, em uma amostra ambulatorial de dependentes de álcool, a consistência interna e a estrutura fatorial da versão em português da SOCRATES (versão 8.0), tendo se baseado na estrutura fatorial explicitada por Miller e Tonigan (1995). No estudo de Figlie, Dunn e Laranjeira (2004), SOCRATES apresentou boa consistência interna e confiabilidade. Similarmente ao trabalho de Figlie, Dunn e Laranjeira (2004), encontrou-se uma estrutura de dois fatores não independentes agrupados ao redor de dois diferentes conceitos, o AMREC e o conceito de ação, talvez em virtude da semelhança de conceitos entre ambivalência e reconhecimento.

Stephens, Cellucci e Gregory (2004) avaliaram, através da URICA, adolescentes usuários de tabaco, para ver quanto esses adolescentes estavam preparados para a cessação do comportamento-problema. Após a aplicação, os adolescentes que pontuaram mais no estágio de ação e/ou manutenção foram os que realizaram as mudanças mais concretas em seu hábito de fumar.

Outra pesquisa com a URICA, em usuários de tabaco, foi realizada por Amodei e Lamb (2004), com uma amostra de 183 sujeitos. Esse estudo examinou a validade convergente e concorrente dessa escala. Os achados mostram uma correlação positiva entre as subescalas contemplação e ação e os escores da *contemplation ladder*, que é uma escala alternativa projetada como uma medida contínua de prontidão para a cessação do fumar.

Diante desse contexto, tem se considerado vantajoso o entendimento do comportamento humano por meio do Modelo Transteórico por este ser um construto integrativo.

Autores têm considerado que o conceito de mudança do MTT abrange uma perspectiva evolutiva e que isso ajuda a evitar explicações estáticas sobre o que parece ser um ativo em determinados processos, como nas adições (DiCLEMENTE, 1999).

São claras as evidências da grande utilidade que o MTT proporciona aos centros de tratamento para dependência química. Com sua utilização, pode ser possível prever com mais certeza percentuais de adesão e abandono dos tratamentos. Os estudos apresentados demonstraram que a avaliação do estágio de mudança pode ser útil, enquanto ferramenta clínica, por avaliar riscos de abandono de tratamento (CALLAGHAN et al., 2005).

Considerações finais

Estudar o MTT aplicado ao tratamento da dependência química é, sem dúvida, uma tarefa difícil, cujo resultado talvez não alcance conclusões definitivas. Com a apresentação de uma nova forma de compreender a mudança de comportamento, o MTT traz transformações decisivas à ciência. Apontar a mudança como um processo e não como um evento isolado contribui de forma extremamente relevante para o planejamento de tratamentos mais adequados. Compreender quanto o cliente está motivado traz imensos avanços para a área da saúde, na medida em que orienta a equipe de profissionais para o uso de intervenções mais adequadas.

Outro fator relevante é a diferenciação entre o conceito de prontidão para mudança e o conceito de prontidão para tratamento. Diante de tais contrapontos, seria extremamente importante uma avaliação correta e fidedigna dessas duas dimensões presentes no MTT, para que assim o tratamento escolhido tivesse foco na real necessidade do paciente.

Observou-se, na literatura revisada, a necessidade de bons instrumentos que identifiquem o estágio motivacional de cada pessoa que procura um tratamento para a adição. Identificar em que estágio de mudança a pessoa encontra-se tem significado uma ampliação das possibilidades de sucesso dos tratamentos, aumentando os percentuais de abstinência de drogas. As pesquisas citadas demonstram que a URICA e a SOCRATES têm apresentado bons resultados em seu objetivo de identificar estágios de mudança em diferentes comportamentos dependentes. No Brasil, a URICA ainda está em processo de validação pelo Grupo de Pesquisa em Intervenções Cognitivas da PUC/RS. A sua utilidade na clínica e a valorização que lhe foi conferida pelos profissionais da área da dependência química têm justificado a sua utilização.

Estudar o Modelo Transteórico relacionado ao uso de substâncias psicoativas revelou a necessidade de novas pesquisas envolvendo esse tema (pesquisas nas quais se utilizem amostras variadas e diferentes tipos de avaliação). As publicações de pesquisas têm se centrado mais especificamente na dependência de tabaco e, em um segundo momento, na dependência de álcool. Pesquisas relacionando o MTT ao abuso de substâncias psicoativas ilícitas são restritas, demonstrando a importância de se estudarem as particularidades implícitas no comportamento dos usuários dessas drogas.

Observa-se, nas pesquisas apresentadas, que a identificação dos estágios de mudança está fortemente comprovada para a população norte-americana. Entretanto, necessita-se de mais pesquisas em outros países, para populações específicas e para avaliação dos outros construtos do MTT.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMODEI, N.; LAMB, R. J. Convergent and concurrent validity of the Contemplation Ladder and URICA scales. **Drug and alcohol dependenc.** Orlando, Elsevier, v. 73, n. 3, p. 301-306, 2004.
- ANDRETT, I. **A entrevista motivacional em adolescentes infratores**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- CALHEIROS, P.; ANDRETTA, I. E.; OLIVEIRA, M. Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In: **Temas em Psicologia Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- CALLAGHAN, R. C. et al. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. **Addictive Behaviors**. Orlando, v. 30, n. 9, p.1834-47, 2005.
- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País**. Cebrid – Unifesp, São Paulo, 2002.
- CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo: Aquaprint Gráfica e Editora Ltda., v. 43, n. 1, p. 9-13, 2003.
- CUNHA, J. A. Escalas Wechsler. In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DiCLEMENTE, C. C. Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. **Clinical Psychology Review**, v. 19, p. 473-486, 1999.
- _____. Motivational interviewing and the stages of change. In: MILLER, W.; ROLLNICK, S. (Orgs.). **Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior**. New York: Guilford Press, 1991. p. 191-201.
- DiCLEMENTE, C. C.; SCHLUNDT, B. S.; GEMMELL, L. Readiness and stages of change in addiction treatment. **American Journal on Addictions**. Colorado, v. 13, n. 2, p. 103-119, 2004.
- DOZOIS, D. J. et al. Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. **Behaviour research and therapy**. Orlando, v. 42, n. 6, p. 711-729, 2004.
- FIGLIE, N. B. I.; DUNN, B.; LARANJEIRA, R. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 91-99, 2004.

HASLER, G.; KLAGHOFER, R.; BUDDEBERG, C. The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) psychometric testing of a German version. **Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie**, Freiburg, v. 53, n. 9, p. 406-411, 2003.

HEATHER, N. Addictive disorders are essentially motivational problems. **British Journal Addiction**, London, v. 87, p. 827-830, 1992.

HENDERSON, M. J.; SAULES, K. K.; GALEN, L. W. The predictive validity of the University of Rhode Island Change Assessment questionnaire in a heroin-addicted poly-substance abuse sample. **Psychology of Addictive Behaviors**, Washington, v. 18, n. 2, p. 106-112, 2004.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da recaída**. Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

McCONNAUGHY, E. A. et al. Stages of change in psychotherapy: a follow up report. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**. Washington, v. 26, n. 4, p. 494-503, 1989.

McCONNAUGHY, E. A.; PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. E. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**. Washington, v. 20, n. 3, p. 368-375, 1983.

MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S. The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). **Psychology of Addictive Behaviors**. Washington, v. 10, n. 2, p. 81-89, 1995.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

OLIVEIRA, M. S. **Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool**. 2000. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, Washington, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

_____. **Changing for Good**. New York: Paperback, 1994.

REY, A. **Manual**: Figuras complexas de Rey. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROLLNICK, S.; HEATHER, N.; BELL, A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. **Journal of Mental Health**. Orlando: Taylor & Francis Group, p. 25-37, 1992.

- ROLLNICK, S.; KINNERSLEY, P.; STOTT, N. Methods of helping patients with behaviour change. **BMJ**. London: BMJGroups, v. 307, p. 188-190, 1993.
- STEPHENS, S.; CELLUCCI, T.; GREGORY, J. Comparing stage of change measures in adolescent smokers. **Addictive Behaviors**. Orlando, v. 29, n. 4. p. 759-764, 2004.
- SUTTON, S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. **Addiction**. Oxford, v. 96, n. 1, p. 175-186, 2001.
- VELASQUEZ, M. et al. **Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual**. New York: The Guilford Press, 2001.
- VELICER, W. F. et al. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. **Homeostasis in health and disease**. Chicago, v. 38, n. 5, p. 216-233, 1998.
- WECHSLER, D. **WAIS** – Wechsler Adult Intelligence Scale – manual. New York: Psychological Corporation, 1981.
- _____. **WISC – III**: Escala de Inteligência Wechsler para crianças: Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Contato

Margareth da Silva Oliveira
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 11 – 9º andar – Porto Alegre – RS
CEP 90619-900
Caixa Postal 1429
e-mail: grmarga@pucrs.br

Tramitação

Recebido em março de 2007
Aceito em maio de 2008