

Protocolo de Intervenção Baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para Síndrome Metabólica

Martha Wallig Brusius Ludwig^{1,*} , Nathália Susin Dutra² , Raquel de Melo Boff³ , Ana Maria Pandolfo Feoli⁴ , Andréia da Silva Gustavo⁴ , Fabrício Edler Macagnan⁵ , & Margareth da Silva Oliveira⁴ 

¹Responsável Técnica na Psicomnutri. Membro da Equipe Cefi Contextus, Porto Alegre, RS, Brasil

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

³Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

⁴Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

⁵Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO – Trata-se da tradução e adaptação de uma intervenção baseada no Modelo Transteórico de Mudança e direcionada para pacientes com risco cardiovascular. Inicialmente, o manual original com 29 sessões foi traduzido para a língua portuguesa, sendo ampliado para 36 sessões, e posteriormente aplicado em um estudo piloto. A partir de agrupamentos pelos processos de mudança, foi reduzido para 12 sessões. Evidencia-se como produtos deste trabalho o aprofundamento dos processos em cada comportamento, a versatilidade do protocolo, o trabalho interdisciplinar, o ótimo custo-benefício e o potencial de efetividade. Por fim, salienta-se a importância de um treinamento consistente em Entrevista Motivacional, Modelo Transteórico e manejo de grupos para sua utilização adequada, e discute-se os custos e os benefícios dos protocolos *versus* tratamentos mais flexíveis.

PALAVRAS-CHAVE: adesão a tratamento, Modelo Transteórico de Mudança, motivação, síndrome metabólica, emagrecimento

Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome

ABSTRACT – It is the translation and adaptation of an intervention based on the Transtheoretical Model of Change and directed to patients with cardiovascular risk. The original 29-session manual was initially translated into Portuguese, extended to 36 sessions, and applied in a pilot study. From groupings by the processes of change, it was reduced to 12 sessions. We evidence as products of this work the deepening of the processes in each behavior, the versatility of the protocol, the interdisciplinary work, the great cost-benefit, and the potential of effectiveness. Finally, we highlight the importance of consistent training in Motivational Interview, Transtheoretical Model and group management for its proper use, and discuss the costs and benefits of more flexible protocols and treatments.

KEYWORD: Treatment adherence, Transtheoretical Model of Change, Motivation, Metabolic syndrome, weight loss

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento é considerada um desafio para pacientes e profissionais da saúde, e tem sido foco de estudo em diferentes problemas de saúde, tais como hipertensão

(Araújo, & Garcia, 2006; Santos et al., 2005), dor crônica (Kurita, & Pimenta, 2003) e síndrome metabólica (SM) (Busnello et al., 2011). Aderir às intervenções propostas

* E-mail: marthaludwig@hotmail.com

■ Submetido: 23/12/2015; Revisado: 26/05/2020; Aceito: 18/09/2020.

é fundamental para o bem-estar do indivíduo e o aumento da sua qualidade de vida. Além disso, problemas de saúde geram aumento nos custos sociais, pois muitas vezes são a causa de absenteísmo, licenças para tratamento de saúde e aposentadoria por invalidez (Santos et al., 2005). Esse custo social para o indivíduo justifica diversas razões para o desenvolvimento de estratégias que melhorem a adesão aos tratamentos, tal como a proposta do protocolo apresentado neste artigo.

A adesão pode ser entendida como um conjunto de fatores, tais como comparecer às consultas, adotar um estilo de vida saudável, ter um compromisso com a própria saúde e ser sujeito da ação; ou seja, tudo aquilo que caracteriza o engajamento efetivo nas atividades de autocuidado (Santos et al., 2005). Os autores salientam ainda que o cliente, quando adere ao tratamento, torna-se um multiplicador na família e na comunidade.

Na síndrome metabólica, a adesão ao tratamento consiste na adoção de um estilo de vida saudável, a fim de prevenir complicações orgânicas, sociais e, por conseguinte, psicológicas (Sharovsky et al., 2004). A alimentação saudável e a prática regular de exercício físico são fundamentais, uma vez que a concomitância da SM com afecções cardiovasculares aumenta a mortalidade geral em cerca de 1,5 vez e a cardiovascular em aproximadamente 2,5 vezes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005).

Com o objetivo de explorar e clarear o conceito de adesão, foi realizada uma revisão das principais teorias relacionadas a comportamentos em saúde. Encontrou-se como definição para adesão a persistência na prática e na manutenção dos comportamentos saudáveis desejados, sendo resultado de uma participação ativa e de concordância entre paciente e profissional (Cohen, 2009). Salienta-se ainda que se deve estar atento à necessidade de que as decisões entre paciente e profissional sejam compartilhadas (Oliveira, & Gomes, 2004).

Esta questão de colaboração ativa e de um trabalho cooperativo entre paciente e médico em busca de sucesso terapêutico remonta ao termo “parceria colaborativa”, uma das características que compõe o “espírito” da Entrevista Motivacional (EM), proposta por Miller e Rollnick na década de 80 e que foi pano de fundo da intervenção que originou o presente artigo. Os autores definem EM como “uma forma suave de aconselhamento (...)” que “atua ativando a própria motivação dos pacientes para a mudança e a adesão ao tratamento” (Rollnick et al., 2009, p.21).

Esse “espírito” proposto pelos criadores da EM é composto por quatro componentes: parceria colaborativa, evocação das razões para mudar, aceitação da autonomia do cliente e compaixão. A “parceira colaborativa” existe na medida em que profissional e paciente conversam em busca de um processo decisório conjunto, ao passo que a “evocação” das razões para mudar se refere a buscar no paciente sua própria motivação e recursos para mudança. Como terceiro componente, considerando a importância de aceitar que cada pessoa pode e deve fazer suas próprias escolhas, tem-se “a aceitação/o respeito pela autonomia do cliente”, entendendo

que a mudança se torna possível quando há o direito e a liberdade de não mudar. Por fim, a “compaixão” é definida como uma atmosfera fundamentalmente humana na qual a EM deve ser praticada. A compaixão diferencia a EM de alguns contextos em que processos de influência interpessoal são utilizados, mesmo que inconscientemente, para vendas, marketing e política, por exemplo, nos quais a compaixão não estaria no centro (Miller & Rollnick, 2013).

Nesse contexto em que a adesão ao tratamento não é fácil, embora necessária (Reiners et al. (2008), e salientando a motivação como um componente relevante a ser trabalhado, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de tratamento que contemplem estes aspectos. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), proposto em 1982 por James Prochaska e Carlo DiClemente, traz contribuições aos tratamentos uma vez que oferece uma estrutura integrativa para entender e intervir nos processos de mudança intencional. De acordo com Prochaska et al. (2006), intervenções que prometem aumentar a adesão precisam ser multifacetadas, incluindo diversas variáveis para múltiplos comportamentos, e o MTT oferece uma abordagem que integra diferentes abordagens para entender e a intervir na mudança. O artigo de 1982 explica a origem do modelo, que nasceu de uma comparação entre os 18 principais sistemas de psicoterapia, a partir dos quais Prochaska identificou 5 processos básicos (de mudança). Na época, os autores os descreveram como aumento da consciência (feedback, educação), condicionamento de estímulos (contracondicionamento, controle de estímulos), catarse (experiências emocionais corretivas, alívio dramático), escolhas (autodeliberação e deliberação social), e controle de contingências (reavaliação, manejo de contingências).

Esse modelo tem como aspectos fundamentais os processos de mudança e os estágios de mudança. Os processos de mudança são como “os motores da mudança”, aquilo que habilita a pessoa a mover-se de um estágio para outro, e podem ser divididos em dois grupos: processos cognitivo-experienciais, mais característicos dos estágios iniciais de mudança (pré-contemplação, contemplação e preparação – PCP), e processos comportamentais, que são mais frequentes nos estágios finais (ação e manutenção – AM). Os primeiros são relacionados aos pensamentos e sentimentos que facilitam a mudança, e incluem: (1) ampliação da consciência – fundamental em programas de prevenção e de tratamento, caracterizado pela conscientização sobre o comportamento e a necessidade de mudança; (2) alívio emocional – pode realçar/aumentar o valor do comportamento atual ou do novo comportamento, assim como diminuir seus valores ou a necessidade destes comportamentos. O alívio emocional interage e contribui para os processos de ampliação da consciência e os processos de reavaliação; (3) autorreavaliação – envolve “considerar como os comportamentos atuais e/ou os novos comportamentos se ajustam a atuais aspirações, valores, crenças e objetivos” (DiClemente, 2003, p.34); (4) reavaliação circundante – referente à forma que o

comportamento atual é útil ou proveitoso no ambiente/contexto em que se vive; (5) deliberação social – caracteriza-se por engajar o indivíduo em perceber e aumentar as alternativas e oportunidades que o ajudam a iniciar novos hábitos e perceber as que facilitam que mantenha-se como está (Velásquez et al., 2001, p.8).

Os processos comportamentais incluem: (1) autodeliberação –relacionado à decisão de mudar e ao comprometimento em modificar padrões de comportamento em busca de um novo hábito; (2) controle ou generalização de estímulos – criar, mudar ou evitar os estímulos que levam a um comportamento em particular; (3) condicionamento ou contracondicionamento – fazer novas conexões entre determinados estímulos e os comportamentos por ele provocados; (4) gerenciamento de reforço – entender, criar e mudar as contingências do ambiente que reforçam o comportamento, e (5) relações de ajuda – também interpretada como suporte social, tem sido considerado “um elemento fundamental na iniciação, modificação e cessação de comportamentos” (DiClemente, 2003, p.35).

Os estágios caracterizam as diferentes etapas pelas quais as pessoas passam quando estão num processo de mudança intencional (Prochaska et al., 1992). O estágio de pré-contemplação diz respeito ao momento em que o indivíduo não reconhece um problema, não apresentando, portanto, intenção de mudar nos próximos 6 meses. Nessa fase, ele não identifica riscos associados ao seu comportamento. Quando a pessoa passa a reconhecer um problema, mas ainda segue querendo manter os mesmos comportamentos, chamamos de contemplação, fase em que predomina a ambivalência em realizar mudanças. O estágio de preparação ocorre quando o indivíduo começa a planejar formas de efetivar uma mudança, dentro dos próximos 30 dias; quando ele efetivamente dá os primeiros passos, chama-se estágio de ação. O estágio de manutenção é caracterizado pela sustentação da mudança por pelo menos 6 meses. Estas etapas são dinâmicas: não ocorrem de forma linear e contínua, mas como um espiral em movimento e tem como marcadores os processos de mudança.

Com base nestas dimensões do MTT, Velásquez et al. (2001) desenvolveram um manual de tratamento para abuso de substâncias, intitulado *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy*, o qual foi submetido à tradução para o português e adaptado para SM mediante autorização de um dos coautores (C. DiClemente, 10 de maio de 2009). O manual original, para abuso de substâncias, trabalha com 29 sessões e comportamentos específicos a serem diminuídos ou cessados, variando de acordo com o tipo de droga e o objetivo do paciente. Segundo DiClemente (2003), quando se aborda a mudança de comportamento, estão contempladas situações de cessação, modificação e iniciação.

Para o tratamento da SM, a DBSM-I (2005) prevê 11 comportamentos que devem ser observados e modificados pelos pacientes, tais como aumentar o consumo de alimentos saudáveis (vegetais, frutas, peixes, cereais), diminuir os não saudáveis (gorduras, açúcares, etc.), aumentar a atividade

física, bem como iniciar e manter uma rotina de exercícios aeróbicos, de 3 a 5 vezes por semana. Nota-se que, na abordagem de tratamento da SM, são orientadas modificações de alguns hábitos e iniciação de outros, mas não cessação, e as orientações são diversas e sobre múltiplos comportamentos, o que demandou uma adaptação do manual original.

Nesse sentido, Prochaska et al. (2008) argumentam que a mudança de múltiplos comportamentos representa um desafio especial, uma vez que tomar ação para dois ou mais comportamentos pode ser difícil, pois é um estágio que demanda muito dos clientes. Prochaska e Velicer (1997) apontam que, em indivíduos com quatro ou mais fatores de risco em saúde (como tabagismo, comportamento alimentar problemático, exposição ao sol e estilo de vida sedentário), menos de 10% estavam em ação para dois ou mais comportamentos. Estes dados demonstram que, mesmo que existam muitos comportamentos a serem modificados, é importante que tanto o paciente quanto o profissional tenham clareza sobre quais são os comportamentos-problema alvos do tratamento, de forma que se torne mais provável a adesão às mudanças. Desta forma, estratégias alternativas devem trabalhar poucos comportamentos-problema de forma sequencial e simultânea, avançando aos poucos no trabalho com os demais hábitos.

Diversos estudos em todo o mundo já testaram o MTT, mundialmente reconhecido por apresentar diversas evidências empíricas de efetividade para mudança de comportamentos em saúde geral (Arafat et al., 2016; Menezes et al., 2016), perda de peso (Di Noia & Thompson, 2012; Han et al. 2015; Mostafavi et al., 2015; Ott et al., 2015; Wu & Chu, 2015), promoção de alimentação saudável e adesão à atividade física (Di Noia & Thompson, 2012; Romain, et al, 2018; Sanaeinasab et al., 2013). No Brasil, a efetividade do MTT para abstinência de usuários de crack e cocaína foi avaliada por Szupszynski (2012) e Rodrigues (2013), com um protocolo de intervenção de oito sessões também adaptados do manual de Velásquez et al. (2001) e resultou em efeito positivo quanto à prontidão para mudança de comportamento e à manutenção da abstinência nos primeiros 15 dias pós-tratamento.

Considerando sua aplicabilidade em âmbito nacional, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Justiça (MJ) oferecem o curso SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento), no qual é ensinado no módulo 4 (Intervenção Breve) o uso do MTT para engajar dependentes químicos no tratamento. Também, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) propõe a cartilha de Abordagem e Tratamento do Fumante como uma estratégia sobre os estágios de Motivação para a mudança que compõe o corpo teórico do MTT. Existem poucos estudos nacionais que avaliaram o MTT para auxílio na mudança de hábitos alimentares e exercício físico. Apesar disso, o caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde de número 38 (Ministério da Saúde, 2014), que trata do Cuidado a pessoa

com doença crônica e obesidade, recomenda aos profissionais de saúde a observância dos estágios motivacionais para apoiar pacientes a aderir a alimentação saudável.

O presente artigo tem como objetivo apresentar a tradução para o português de um manual de tratamento baseado no MTT e direcionado a usuários de substâncias e sua adaptação para pacientes com risco cardiovascular (mais especificamente, com SM). Além disso, descrever

a redução do protocolo original de 29 sessões para um protocolo de 12 sessões. Até onde temos conhecimento, foi o primeiro manual de tratamento baseado no modelo transteórico e traduzido na íntegra para o português. Esse trabalho foi realizado por uma equipe do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, da qual participaram parte dos autores deste artigo.

MÉTODO

Tradução para o português e adaptação do manual para risco cardiovascular

O primeiro passo para o desenvolvimento da intervenção descrita neste artigo foi a tradução do manual original *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual* (Velasquez et al, 2001) de 29 sessões para a língua portuguesa. O manual continha 14 sessões referentes aos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação (PCP), e 15 sessões referentes aos estágios de ação e manutenção (AM).

Após a tradução, foi realizada a adaptação dos comportamentos a serem trabalhados, uma vez que no original eram relacionados ao uso de substâncias e na adaptação seriam voltados a mudanças na alimentação e na prática de exercício. Além disso, foram modificadas algumas tarefas a serem desenvolvidas com os pacientes. Essa etapa contou com a colaboração de profissionais com conhecimento sobre o MTT e/ou experiência com obesidade e SM.

Considerando que o tratamento seria aplicado em um estudo maior (Programa MERC – Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular) e que consistiria em 36 sessões ao longo de um ano, o protocolo foi ampliado, sendo composto por 18 sessões de pré-contemplação, contemplação e preparação (nos primeiros 6 meses) e 18 de ação e manutenção (nos 6 meses seguintes). O estudo consistia em um ensaio clínico (aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS, pelo CEP 10/05153), no qual os participantes, sendo homens e mulheres entre 30 e 59 anos com diagnóstico de síndrome metabólica, eram randomizados em dois tipos de tratamento: modalidade grupal com a equipe interdisciplinar ou modalidade individual com consultas separadas com Psicologia e com Nutrição, e caminhadas orientadas na esteira com a Fisioterapia. Passados os primeiros 6 meses, seria realizado um *cross-over*, no qual quem tinha iniciado em grupo passava para individual e vice-versa. O estudo foi considerado muito longo e custoso. Ao longo daquele ano, a equipe trabalhou muito no aprimoramento dos conhecimentos e práticas sobre o modelo. A experiência

contou como aperfeiçoamento da equipe e intervenção-piloto para a reduzida aqui descrita.

Intervenção piloto e adequação ao contexto interdisciplinar

A equipe de intervenção do MERC é composta por profissionais e estudantes de diferentes áreas da saúde: Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Psicologia, que foi a última área a ser incluída e, portanto, se adequou ao desenho do estudo. Nesse primeiro momento do estudo, em que a intervenção tinha duração de um ano (36 sessões), a intervenção grupal era composta por 30 minutos de um trabalho voltado para a educação em saúde (aos cuidados de uma das áreas a cada encontro – Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia) e uma hora de intervenção nos processos de mudança, momento coordenado/facilitado por um membro da equipe de Psicologia. As sessões individuais da Psicologia seguiam o mesmo roteiro baseado no MTT das sessões grupais, não contando com a educação em saúde.

Ao longo do primeiro ano de trabalho, a equipe de psicólogos e estudantes de Psicologia reunia-se semanalmente com o intuito de discutir a aplicabilidade e o aprimoramento desse protocolo. Além disso, realizou diversos treinamentos sobre Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), pois, embora o manual utilizado para adaptação da intervenção não consistisse na Entrevista Motivacional por si, sua efetividade é muito maior quando o conteúdo da sessão é permeado pelos componentes da Entrevista Motivacional (Velasquez et al., 2001). Por esta razão, os terapeutas receberam 30 horas de supervisão e/ou treinamento na abordagem motivacional, e os membros das equipes de Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia participaram de alguns desses treinamentos.

O protocolo inicial de 36 sessões ao longo de um ano de intervenção foi aplicado em 38 sujeitos e serviu como intervenção-piloto. Essa experiência inicial deu origem a um relato de experiência em relação aos primeiros 6 meses da intervenção (Ludwig et al., 2010a), que enfocava os estágios iniciais de mudança (pré-contemplação, contemplação e preparação) em relação à alimentação e ao exercício físico.

Adaptação da intervenção piloto para a versão reduzida

Com o intuito de tornar o tratamento mais aplicável, principalmente no contexto da saúde pública, foi realizada a redução do tempo de intervenção para 3 meses. O desenvolvimento desse protocolo reduzido de tratamento em 12 sessões consistiu em alguns agrupamentos de acordo com os processos de mudança, de forma que os 10 processos fossem mantidos. Um breve esquema das sessões originais e das sessões reduzidas é ilustrado na Tabela 1, que descreve o nome da sessão, as sessões originais que foram agrupadas e que deram origem à nova sessão, e o processo de mudança evocado em cada uma delas. Por exemplo, a sessão 1 do protocolo reduzido agrupou as sessões 1 e 2 de pré-contemplação/contemplação/preparação (PCP) do manual original e trabalha o processo de mudança ampliação da consciência.

A Tabela 2 ilustra quais sessões do manual original foram excluídas e por qual razão. Por exemplo, alguns encontros abordavam aspectos mais significativos para o contexto da dependência química do que para o contexto de pacientes com risco cardiovascular, portanto, puderam ser retiradas, como a PCP 3 e PCP 4. Além disso, considerando que as demais áreas envolvidas na intervenção (Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem) participavam do tratamento grupal por meio de oficinas ou palestras de educação em saúde, os processos

de mudança seriam então trabalhados de outras formas, mesmo que diferentes daquelas descritas no manual original. Por exemplo, o processo de ampliação da consciência, seria explorado com palestra e discussão sobre o que é a SM e quais os seus riscos (na 1ª sessão), e com o registro alimentar de um dia, solicitado para os participantes pela nutricionista. Ambas as atividades buscavam ampliar a consciência dos pacientes sobre seu padrão atual de comportamento e foram combinadas à 1ª sessão do manual, que tinha como objetivo o processo de ampliação da consciência. A Tabela 2 descreve quais sessões foram retiradas, o objetivo que tinham e as justificativas da exclusão.

O protocolo de tratamento conforme mostrado na Tabela 1 passou por uma consultoria do professor Dr. Carlo DiClemente, resultando na melhoria de alguns materiais (folhas de atividade que são preenchidas pelo paciente na sessão), assim como na forma de se trabalhar os processos de mudança para esses pacientes. Uma questão muito discutida foi a da necessidade de um enfoque maior ao processo de condicionamento para aqueles pacientes que ainda não se encontram em ação para o(s) comportamento(s)-alvo, que precisam construir “pistas” para iniciar um novo comportamento em suas vidas. Por exemplo, além de se trabalhar a identificação de estímulos que precedem o lapso ou a recaída, é fundamental focar a construção de estímulos que sirvam de pistas para a criação de um novo hábito.

Tabela 1

Adaptação das 29 sessões do manual original em 12 sessões para SM

Sessões	Nome da Sessão	Sessões originais	Processos de mudança evocados
Sessão 1	Os estágios de Mudança e um dia típico	PCP 1 + PCP 2	Ampliação da consciência
Sessão 2	Expressões de preocupação e valores	PCP6 + PCP7	Autorreavaliação e Alívio Emocional
Sessão 3	Relacionamentos e papéis	PCP9 + PCP10	Reavaliação Circundante
Sessão 4	Prós e Contras	PCP 8	Balança Decisional
Sessão 5	Confiança e Tentação	PCP11 + PCP12	Autoeficácia
Sessão 6	Determinando um objetivo, preparando para mudança e revisando	PCP13 + PCP 14	Autodeliberação
Sessão 7	Identificando gatilhos, gerenciando desejos e impulsos e recompensando sucessos	AM2 + AM9+ AM4	Controle dos Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de reforço
Sessão 8	Gerenciando pensamentos	AM 8	Controle de Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de reforço
Sessão 9	Comunicação efetiva, recusas eficazes e manejo de críticas	AM5+ AM6+ AM7	Contracondicionamento e Gerenciamento de reforço
Sessão 10	Novas maneiras de aproveitar a vida, suporte social, necessidades e recursos	AM10	Controle de Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de Recompensas, Relações de Ajuda e Deliberação social
Sessão 11	Desenvolvendo um Plano de Ação e comprometendo-se após um lapso	AM11 + AM12	Autodeliberação
Sessão 12	Revisão e encerramento	AM15	Autoeficácia e Gerenciamento de Reforço

Nota: PCP = pré-contemplação/contemplação/preparação; AM = ação/manutenção. Conteúdo elaborado a partir de uma adaptação de Velasquez et al. (2001).

Tabela 2

Sessões excluídas e justificativas

Título e processo de mudança da sessão original (retirada)	Objetivo da sessão	Justificativa da retirada
PCP 3: Efeitos fisiológicos do álcool (ampliação da consciência)	Verificar a extensão do uso do álcool. Aprender como o álcool pode prejudicar o corpo do ponto de vista fisiológico.	A intervenção previa que cada paciente recebesse impresso os resultados dos exames de sangue, que eram discutidos, possibilitando que conhecessem a extensão do seu problema e compartilhassem com o grupo, se assim quisessem. Uma versão impressa de <i>feedback</i> da avaliação da Psicologia também era entregue a cada paciente e discutida.
PCP 4: Efeitos fisiológicos das drogas (ampliação da consciência)	Que os clientes respondessem a um questionário avaliando a extensão do uso da(s) droga(s). Que os clientes aprendessem como a(s) droga(s) pode prejudicar fisiologicamente o corpo deles.	As oficinas e palestras ao longo da intervenção ofereciam informações sobre a SM e suas repercussões para a saúde, assim como sobre os as consequências do sedentarismo de uma alimentação não saudável.
AM 1: Os estágios de mudança (ampliação da consciência)	Que os clientes aprendessem os estágios de mudança e determinassem onde estavam.	Os clientes já haviam aprendido isso na primeira sessão e os estágios eram retomados nas discussões sempre que necessário.
AM 3: Manejando o stress (contracondicionamento)	Que os clientes reconhecessem o quanto estar em situações de estresse pode afetar o corpo e o comportamento. Que aprendessem técnicas para agir contra o stress, pois pode ser um gatilho para o uso. Que praticassem as técnicas de relaxamento.	O protocolo previa o trabalho de evitação e/ou manejo de situações estressantes por meio da comunicação efetiva e por meio da resolução de problemas. Dessa forma, o contracondicionamento já era trabalhado.

Nota: PCP = pré-contemplação/contemplação/preparação; AM = ação/manutenção. Conteúdo elaborado a partir de uma adaptação de Velasquez et al. (2001).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assim como no manual original, todas as sessões apresentam a mesma estrutura: a identificação dos processos de mudança a serem trabalhados na sessão; o aporte teórico que a embasa; os objetivos específicos do encontro; a explicação de como desenvolver a sessão (o ‘passo a – passo’ do que deve ser realizado). Além disso, contam com materiais para serem preenchidos pelos pacientes durante a sessão e discutidos com o terapeuta (e/ou com o grupo). A Tabela 3 descreve o protocolo com seus objetivos refinados após a consultoria, assim como os materiais trabalhados em cada sessão. Também foi realizada a *back-translation* dos processos de mudança para discussão e adequação dos conceitos junto ao Professor Dr. Carlo DiClemente.

Como exposto, cada encontro tinha objetivos e tarefas específicas para evocar os processos de mudança correspondentes, o que facilitava que o profissional mantivesse o foco nos aspectos do modelo a serem trabalhados. De forma breve, as técnicas utilizadas nas sessões são descritas na sequência. A sessão 1 trabalhou com psicoeducação sobre os estágios, de forma que os pacientes pudessem se avaliar. A sessão 2 trabalhou com perguntas abertas sobre expressão de preocupação das pessoas e deles próprios sobre a sua saúde. Oportunizou que entrassem em contato com as emoções despertadas pelo seu estilo de vida atual, podendo ver o quanto estavam de acordo ou não com seus valores. Nessa sessão, puderam olhar também para a imagem que têm de si atualmente e aquela que gostariam de ter.

A sessão 3 trabalhou psicoeducação sobre o efeito dos nossos comportamentos nos papéis que desempenhamos e nos nossos relacionamentos, utilizando automonitoramento para que os pacientes identificassem estes aspectos nas suas vidas. A sessão 4 trabalhou com análise de custos e benefícios de manter e de mudar seu estilo de vida, ao passo que a 5 psicoeducou sobre autoeficácia e tentação e utilizou resolução de problemas para situações de risco. A sessão 6 usou a técnica dos alvos comportamentais, estabelecendo metas e plano de mudança, enquanto a sétima deu seguimento a iniciar novos comportamentos assim como trabalhou o processo de gerenciamento psicoeducando sobre autorrecompensa. Esses procedimentos envolveram as sessões 6 e 7.

A sessão 8 trabalhou técnicas de identificação de pensamentos disfuncionais que facilitavam comportamentos-problema, assim como reestruturação cognitiva, ensinando-os a responder aos pensamentos. A sessão 9 utilizou treinamento de comunicação e *role-play* para fortalecer os pacientes a lidarem com as críticas quando “saem da dieta” e recusam alimentos que não gostariam de comer. A sessão 10 trabalhou com programação de atividades com previsão de prazer, buscando aumentar o repertório comportamental dos pacientes. A penúltima sessão reforçou o trabalho com alvos comportamentais, somado a prevenção de recaída e à psicoeducação sobre o que fazer depois de um lapso ou de uma recaída. A sessão final utilizou cartões lembrete para trabalhar gerenciamento de reforço e prevenção à recaída.

Tabela 3

Descrição do Protocolo de Tratamento

Sessão	Processo de Mudança	Objetivos da Sessão	Materiais para trabalhar (Registros)
1	Ampliação da consciência	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes aprenderem os Estágios do Modelo de Mudança. - Clientes completarem o exercício para determinar seu próprio estágio de mudança para os comportamentos-problema. - Clientes refletirem sobre como têm sido seus dias, como têm se alimentado e como têm se relacionado com a atividade e/ou exercício físico. 	<ul style="list-style-type: none"> Os Estágios de Mudança. Onde estou?
2	Autorreavaliação e Alívio Emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes discutirem formas pelas quais outras pessoas têm expressado preocupações quanto ao seu estilo de vida. - Clientes pensarem se eles se preocupam sobre o seu estilo de vida. - Ajudar os clientes a identificarem seus valores pessoais. - Ajudar os clientes a determinarem se seus valores pessoais estão discrepantes ou de acordo com seu estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Expressões de preocupação e valores.
3	Reavaliação Circundante	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes reconhecerem que o comportamento pode afetar diversas áreas da sua vida (pessoal, profissional, lazer, etc.). - Clientes identificarem relacionamentos atuais e potenciais e pensarem se o estilo de vida não saudável pode trazer prejuízos no relacionamento com outras pessoas. - Clientes discutirem se seus relacionamentos mudaram em função do estilo de vida não saudável. - Clientes identificarem os papéis que desempenham na vida. - Clientes reconhecerem como o estilo de vida não saudável tem afetado tais papéis. 	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamentos e papéis.
4	Prós e contras	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes aprenderem como identificar os prós e contras de um comportamento. - Clientes aprenderem como atribuir importância aos prós e contras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meus prós e contras da má alimentação. - Meus prós e contras de não me exercitar.
5	Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes identificarem situações nas quais são mais tentados a sair da dieta e não fazer exercício físico. - Clientes buscarem aumentar sua confiança sobre sua capacidade de se manterem na dieta e fazendo exercício físico mesmo em situações tentadoras. - Clientes discutirem as implicações dos vários níveis de tentações e de confiança. - Clientes aprenderem a pensar sobre problemas e revisarem um exemplo de como resolver problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentação e confiança na Alimentação. - Tentação e confiança para o Exercício Físico. - Exemplos de resolver problemas. - Descrição do seu problema.
6	Autodeliberação	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes aprenderem sobre como formar objetivos apropriados. - Clientes criarem objetivos declarados e um plano de mudança para alcançar aquele (s) objetivo (s). - Clientes reverem os tópicos vistos durante o curso do grupo. - Clientes discutirem mudanças e o progresso que obtiveram. 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinação dos objetivos e plano de mudança. - Meus objetivos e meu plano de mudança. - Revisão. - Cartões com uma série de realizações ou sucessos de cada um dos integrantes do grupo no decorrer do curso, a ser entregue a eles.
7	Condicionamento, Controle dos Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de reforço	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes criarem “pistas” para iniciar novos comportamentos saudáveis - Clientes identificarem situações ou emoções que servem de gatilho para sair da dieta ou não se exercitar. - Clientes criarem formas apropriadas de evitar ou alterar as situações de “gatilhos”. - Clientes discutirem os desejos e impulsos, identificarem as diferenças entre eles. - Clientes aprenderem como substituir os desejos e impulsos por pensamentos e comportamentos positivos/funcionais. - Clientes entenderem a importância de gratificar comportamentos positivos. - Clientes identificarem recentes realizações. - Clientes terem ideias como recompensar seus comportamentos positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minhas “pistas” para iniciar novos comportamentos. - Quando eu sou mais tentado a sair da dieta? - Quando eu sou mais tentado a não fazer exercício? - Manejando impulsos e desejos. - Recompensando meu sucesso.

Tabela 3

Cont.

Sessão	Processo de Mudança	Objetivos da Sessão	Materiais para trabalhar (Registros)
8	Controle de Estímulos, Contra-Condicionamento, Gerenciamento de reforço.	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes identificarem como os pensamentos podem gerar tentação para sair da dieta e para não realizar exercício físico. - Clientes aprenderem técnicas de como gerenciar os pensamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificando e desafiando os pensamentos mal-adaptativos.
9	Contra-condicionamento e Gerenciamento de reforço	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes aprenderem três estilos de comunicação (passivo, agressivo e assertivo). - Clientes determinarem seus jeitos típicos de comunicação com os outros. - Clientes aprenderem ferramentas para se comunicarem eficazmente. - Clientes pensarem em pessoas que frequentemente se alimentam mal e/ou são sedentárias e que podem lhe oferecer comidas fora da dieta, ou que podem estimulá-los a não fazer exercício físico. - Clientes praticarem habilidades para recusar ofertas de sair da dieta ou não fazer exercício. - Clientes aprenderem como receber, apropriadamente, críticas dos outros. - Clientes aprenderem técnicas para criticar os outros de forma construtiva e eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação efetiva. - Praticando recusas. - Manejando críticas.
10	Controle de Estímulos, Contracondicionamento, Gerenciamento de Recompensas, Relações de Ajuda e Deliberação social.	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes identificarem atividades saudáveis que possam ser prazerosas - Clientes identificarem potenciais problemas em realizar estas atividades e soluções para estes potenciais problemas. - Clientes identificarem potenciais fontes de suporte social, entender sua importância e aprender a desenvolvê-lo. - Clientes identificarem áreas da vida que não foram plenamente desenvolvidas ou que foram prejudicadas devido a um estilo de vida não saudável. - Clientes identificarem locais para obter informações e assistência para desenvolver estas áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Novas maneiras de aproveitar a vida - Quem e o que pode me auxiliar? - Necessidades e recursos
11	Autodeliberação	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes revisarem estratégias para manter os comportamentos que iniciaram. - Clientes planejarem estratégias de manejo caso comecem a retomar o antigo estilo de vida. - Clientes escolherem as melhores estratégias de acordo com sua personalidade. - Clientes entenderem que recaídas e lapsos fazem parte de qualquer mudança de comportamento. - Clientes criarem ideias/estratégias de como retomar a mudança de estilo de vida (adesão à dieta e ao exercício físico) após um lapso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão. - Meu plano de ação. - “O que eu posso fazer depois de um lapso?”
12	Autoeficácia e Gerenciamento de Reforço	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes revisarem os tópicos trabalhados durante o curso do grupo. - Clientes discutirem as mudanças e progressos que fizeram. - Clientes empenharem-se nas atividades de encerramento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartões com recados preparados por você com antecedência, para cada cliente, que listem várias realizações ou sucessos atingidos por eles durante o curso do grupo. - Folheto de “Revisão”.

Nota: Conteúdo elaborado a partir de uma adaptação de Velasquez et al. (2001).

As 12 sessões com os processos evocados e os materiais para cada encontro já foram apresentados em alguns congressos: V Jornada de Terapia Cognitiva (Ludwig et al, 2013), IV Seminário Internacional de Habilidades Sociais (Oliveira et al., 2013) e VII Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (Oliveira et al., 2012), 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies (Szupzinsky et al., 2013) e X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (Ludwig et al., 2015), no qual a demanda por

conhecer mais detalhadamente a metodologia dessa adaptação foi levantada e está sendo descrita neste material.

Alguns dos resultados da tese de doutorado (Ludwig, 2012) que originou este protocolo reduzido mostraram que a autoeficácia para manter dieta e exercício após o tratamento foram preditores de redução de peso na amostra como um todo. Um estudo de seguimento desse protocolo, que reavaliou 55 pacientes, demonstrou um efeito significativo do tempo ($p=0,001$), com redução do peso, IMC – Índice de

Massa Corporal, circunferência abdominal e pressão arterial. Foram encontradas diferenças significativas ($p=0,001$) entre os grupos que foram submetidos ao protocolo (em grupo e individualmente) e os que receberam a intervenção-padrão, sendo que os experimentais mantiveram a redução do peso. Além disso, esses grupos obtiveram uma redução significativa do peso quando se comparou avaliação inicial e seguimento (Susin et al., 2014).

Um estudo de subanálise do ensaio clínico randomizado no qual este protocolo reduzido foi aplicado buscou identificar o efeito de três tipos de intervenção para pacientes com SM sobre o Índice de Casteli. Este índice é um escore que identifica o risco aumentado para eventos cardiovasculares e pode ser usado para verificar o efeito de intervenções voltadas para a mudança do estilo de vida. Os resultados demonstraram que os grupos experimentais que receberam a intervenção (composta também pelo protocolo aqui descrito) obtiveram variações absolutas e percentuais significativas, enquanto a intervenção-padrão teve resultados não favoráveis (Feoli et al., 2018).

Dentre os desafios encontrados durante a aplicação da intervenção, salienta-se a dificuldade, em alguns momentos, de os terapeutas seguirem a estrutura do protocolo, pois os pacientes por vezes preferiam falar de outras questões da sua vida que não sobre os comportamentos ligados ao estilo de vida. Embora fosse explicado desde a primeira sessão que o objetivo dos encontros seria trabalhar os processos deles em relação à mudança de comportamentos relativos à alimentação e ao exercício (caso achassem necessária alguma mudança – aqui a Entrevista Motivacional como pano de fundo), alguns pacientes buscavam priorizar outros problemas de suas vidas. Uma das pacientes, por exemplo, na reavaliação ao final da intervenção, relatou ter gostado muito da terapeuta, mas percebeu os encontros como “chatos”, pois “tinha que falar sempre da dieta e do exercício, tudo o que a gente não quer falar”.

Neste contexto, cabe a discussão sobre os custos e os benefícios de intervenções manualizadas *versus* flexíveis. Em 2006, a *American Psychology Association* (APA) criou, a partir da reunião de diversos cientistas e psicólogos clínicos, o *Task Force On Evidence Based Practice (Tse-Bp)*, o qual traz a psicologia baseada em evidências como uma combinação entre a habilidade técnica do clínico e a melhor evidência disponível. Se por um lado os protocolos visam oferecer tratamentos baseados em evidências e, portanto, garantir sua efetividade, por outro pode-se correr o risco de o profissional

desconsiderar algumas peculiaridades daquela pessoa se ficar muito centrado no protocolo. Não se questiona a importância de que a Psicologia e a Psiquiatria busquem garantir a qualidade dos atendimentos prestados e que fujam de práticas baseadas na intuição, mas sim chama-se a atenção para os riscos possíveis deste viés, uma vez que existem muitas outras variáveis que afetam os desfechos dos estudos (Ludwig et al., 2010b; Melnik & Atallah, 2011), e para o fato de alguns profissionais não terem habilidades técnicas para flexibilizar os protocolos de acordo com as necessidades do cliente.

No contexto específico de intervenções baseadas no MTT, em casos que necessitam de mudanças em mais de um comportamento-problema do cliente, o terapeuta deve levar em conta que o paciente pode estar em um estágio de mudança mais avançado para um comportamento do que para outro e, neste caso, sua abordagem deve mudar conforme o estágio de prontidão do paciente, uma vez que, de acordo com o modelo, os processos cognitivos-experienciais devem ser prioritariamente evocados quando o paciente está nos estágios mais iniciais de mudança, enquanto que os processos comportamentais devem ser utilizados com cautela (Ludwig, 2017). Dessa forma, se o profissional está muito focado nos processos e pouco focado no paciente, pode lançar mão de estratégias que não condizem com a necessidade daquele que está atendendo. Neste sentido, DiClemente (2017) refere que tanto pesquisadores como clínicos e profissionais em geral devem manter seu foco no paciente e nos seus processos, não apenas nas intervenções desenvolvidas e nos resultados que estão sendo buscados.

Por fim, salienta-se que o protocolo pode ser usado por profissionais que tenham conhecimento suficiente no Modelo Transteórico de Mudança de comportamento, por meio de estudo, prática e supervisão, e que compreendam bem não apenas os estágios de mudança, mas também os processos cognitivo-experienciais e comportamentais. Além disso, que tenham competências em Entrevista Motivacional, uma vez que a forma de conversar com o paciente tem como pano de fundo o espírito da EM. Também é necessário conhecer bem técnicas comportamentais e cognitivas, tais como psicoeducação, identificação e registro de pensamentos disfuncionais, resolução de problemas, análise de custo-benefício, cartões-lembrete, automonitoramento, alvos comportamentais, entre outras. Ainda, para a modalidade grupal, salienta-se a necessidade de um bom treinamento em processos grupais, bem como em atendimento e manejo de grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve por objetivo descrever o processo de tradução para o português e adaptação de uma intervenção baseada no Modelo Transteórico de Mudança e originalmente desenvolvida para usuários de substância (Velasquez et al., 2001) para a população com síndrome metabólica. O protocolo foi reduzido de 29 para

12 sessões, as primeiras 6 trabalhando os estágios iniciais de mudança e as 6 finais com os estágios mais avançados. Este protocolo abarca os 10 processos de mudança propostos pelo modelo transteórico e propõe objetivos e tarefas para serem desenvolvidos a cada sessão, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo.

O processo de adaptação do protocolo bem como seu produto final colocam em evidência alguns aspectos importantes, tais como as nuances entre os processos de mudança entre os diferentes comportamentos, a perspectiva de trabalho que o conhecimento sobre o MTT possibilita aos profissionais de saúde, a sua versatilidade para trabalhar com outros problemas relacionados à saúde tanto individual como em grupo, os contextos interdisciplinares nos quais pode ser utilizado e o baixo custo de sua utilização e seu potencial de efetividade.

Entre os aspectos importantes que ficaram em evidência e trazem contribuições tanto teóricas quanto práticas, a adaptação do manual permitiu discutir as peculiaridades nos processos de mudança para os dois tipos de população. Chamou a atenção da equipe da Psicologia, por exemplo, que o uso de drogas apresenta prejuízos bem diferentes dos encontrados na SM, pois naquele são mais marcantes os problemas relacionados à perda do emprego, aos relacionamentos interpessoais e aos constantes problemas financeiros. Na SM, os prejuízos mais acentuados para os pacientes estão relacionados à sua própria saúde e à estética. Alguns exemplos trazidos foram dor nas costas, em função da falta de exercício e de atividade física, e sentirem-se pouco atraentes na vida pessoal.

Outro aspecto relevante foi o processo de reavaliação circundante. Como referido anteriormente, esse processo envolve reconhecer os efeitos que o comportamento-problema tem no ambiente. No trabalho com pacientes com transtornos por uso de substâncias, o processo visa tornar mais evidente aos pacientes que o uso traz consequências negativas não só para si mesmos, mas para a relação deles com os outros, a família, o trabalho e a vida social de forma bem significativa (Velásquez et al., 2001). Os pacientes com SM relatavam muitas vezes que a sua má alimentação e seu sedentarismo dificilmente afetavam outras pessoas. Quando questionados sobre as consequências dos seus comportamentos nas suas relações, eles referiam que ocorria mais comumente o contrário, ou seja, o fato de estarem cuidando da alimentação e realizando exercícios físicos fazia os demais os elogiarem e aprenderem comportamentos saudáveis com eles. Os pacientes que estavam com mais

dificuldades de mudar relatavam perceber a preocupação das pessoas com a saúde deles.

Considerando que o entendimento dos conceitos do MTT amplia a compreensão do profissional da saúde sobre a motivação humana e o processo de mudança, podendo instrumentalizá-lo para favorecer a adesão dos pacientes a comportamentos mais saudáveis, esse protocolo pode ser um caminho possível para a aplicabilidade dos conhecimentos e consequente diminuição de comportamentos prejudiciais à saúde.

Quanto à versatilidade do protocolo, embora desenvolvido originalmente para tratamento em grupo, os próprios autores mencionam que as sessões do manual podem ser facilmente adaptadas para a modalidade individual (Velásquez et al., 2001). Além disso, embora o presente protocolo tenha sido adaptado e utilizado para pacientes com SM, pode ser aplicado em outras populações que tenham como objetivo a redução de peso e/ou adesão a um estilo de vida saudável, como em pessoas com obesidade, diabetes, dislipidemia, etc.

Aliado a isso, pode ser utilizado de forma interdisciplinar. Este trabalho mostrou que a intervenção com o MTT, com enfoque nos processos de mudança e com a estrutura que o modelo oferece, facilita a comunicação da equipe, pois as demais áreas entendem o trabalho da Psicologia, assim como têm a oportunidade de aprender a também incrementar a motivação dos pacientes. As sessões têm um objetivo a ser trabalhado e um processo de mudança como pano de fundo, orientando as intervenções do profissional, de forma a não perder o foco do trabalho. Nesse sentido também, o protocolo de tratamento é muito positivo.

Outro aspecto importante é que a redução do protocolo de tratamento de um ano para 3 meses facilita a sua aplicação na rede saúde de pública. O fato de o trabalho poder ser realizado em grupo possibilita o atendimento a um maior número de pessoas. Assim, essa proposta de tratamento apresenta uma relação custo-benefício viável, além de um importante potencial de efetividade, como referido nos estudos citados anteriormente e que o utilizaram. Novos estudos podem ser realizados comparando os efeitos dessa intervenção com os de outras que também visem adesão a novos comportamentos.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Arafat, Y., Mohamed Ibrahim, M. I., & Awaisu, A. (2016). Using the transtheoretical model to enhance self-management activities in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 7(3), 149-156. doi:10.1016/j.jval.2015.09.2152
- Araújo, G. B. D. S., & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Uma análise conceitual. *Rev. eletrônica enferm*, 8(2), 259-272.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade*. Cadernos de Atenção Básica, nº 38. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf
- Busnelo, F. M., Bodanese, L. C., Pellanda, L. C., & Santos, Z. E. A. (2011). Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica. *Arq. Bras. Cardiol.*, 97(3), 217-224.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of Cardiovascular Risk Reduction. *Nursing Forum*, 44, 25-36. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x

- Di Noia, J., & Thompson, D. (2012). Processes of change for increasing fruit and vegetable consumption among economically disadvantaged African American adolescents. *Eating behaviors*, 13(1), 58-61. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.10.001
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. The Guilford Press.
- DiClemente, C. C. (2017). O Modelo Transteórico: Implicações para a clínica e para a saúde pública. In: Oliveira, M.S., Boff, R.M., Cazassa, M.J., & DiClemente, C.C (Eds.). *Por que é tão difícil mudar? Contribuições do modelo transteórico de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde*. (pp. 23-33). Sinopsys.
- Feoli, A. M. P., Ribeiro, E. C. T., Piovesan, C. H., Macagnan, F. E., Oliveira, M. S., & Gustavo, A. (2018). Melhora do estilo de vida reduz o Índice de Castelli I em indivíduos com síndrome metabólica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 11(3), 467-474. doi: 10.17765/1983-1870.2018v11n3p467-474
- Han, H., Gabriel, K. P., & Kohl, H. W. (2015). Evaluations of validity and reliability of a transtheoretical model for sedentary behavior among college students. *American journal of health behavior*, 39(5), 601-609. doi:10.5993/AJHB.39.5.2
- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. D. M. (2003). Adesão ao tratamento da dor crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(2-B), 416-25. doi: 10.1590/S0004-282X2003000300017
- Ludwig, M. B. L., Bortolin, C., Bortolini, M., Boff, R. M., & Oliveira, M. S. (2010a). Intervenção Grupal em pacientes com Síndrome Metabólica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (Impresso)*, 6(1), 5-31. doi:10.5935/1808-5687.20100002
- Ludwig, M. W. B. (2012). Modelo Transteórico de Mudança de comportamento na síndrome metabólica: intervenções e fatores preditivos de mudança. (Tese de doutorado não publicada). <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/811>
- Ludwig, M. W. B. (2017). *Modelo Transteórico de Mudança de comportamento (MTT): o que é e como se aplica?* In M. S. Oliveira, R. M. Boff, M. J. Cazassa, & C. DiClemente (Eds.). *Por que é tão difícil mudar?: Contribuições do modelo transteórico de mudança na prática clínica e na promoção de saúde*. (pp. 34-59). Sinopsys.
- Ludwig, M. W. B., Boff, R. M., Susin, N., Bortolon, C., Silva, D. C., & Oliveira, M.S. (2013, Setembro). *Desenvolvimento de um protocolo de tratamento para pacientes com risco cardiovascular*. Trabalho apresentado na V Jornada WP de Terapia Cognitiva, Porto Alegre.
- Ludwig, M. W. B., Boff, R. M., Susin, N., Macagnan, F.E., Gustavo, A., Feoli, A.M.P. & Oliveira, M.S. (2015, Abril). *Programa de 12 sessões para tratamento da Síndrome Metabólica em adultos*. Trabalho apresentado no X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas, Porto de Galinhas. http://cbtc.fbtc.org.br/Edicao/2015/admin/trabalhosCBTC/IAS_XCBTC033.pdf
- Ludwig, M. W. B., Strey, M. N., & da Silva Oliveira, M. (2010b). Tratamentos manualizados: Psicólogos matemáticos? *Revista Grifos*, 19(28/29), 55-72.
- Melnik, T.; Atallah, A. N. (2011). Psicologia baseada em evidências: Articulação entre a pesquisa e a prática clínica. In T. Melnik, & A. N. Atallah (Eds.). *Psicologia baseada em evidências: Provas científicas da efetividade da psicoterapia* (pp. 3-8). Santos.
- Menezes, M. C., Bedeschi, L. B., dos Santos, L. C., & Lopes, A. C. S. (2016). Interventions directed at eating habits and physical activity using the Transtheoretical Model: A systematic review. *Nutricion hospitalaria*, 33(5), 1194-1204. doi:10.20960/nh.586
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos* (1 ed). Artmed.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interview – Helping people change* (3 ed.). The Guilford Press.
- Mostafavi, F., Ghofranipour, F., Feizi, A., & Pirzadeh, A. (2015). Improving physical activity and metabolic syndrome indicators in women: A transtheoretical model-based intervention. *International journal of preventive medicine*, 6(1), 28-35. doi:10.4103/2008-7802.154382
- Oliveira, M. S., Ludwig, M.W.B., & Susin, N. (2013, Novembro, 27-29). *Protocolo de Intervenção baseada no Modelo Transteórico de mudança de comportamento – Importância da assertividade em um programa interdisciplinar*. Trabalho apresentado no IV Seminário Internacional de Habilidades Sociais, Niterói, RS. <http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/07/ivsivs-anais.pdf>
- Oliveira, M. S., Ludwig, M.W.B., & Susin, N. (2012, Agosto, 26-29). *Sucesso no atendimento em grupo com base no modelo transteórico*. Trabalho apresentado no VII Congresso Iberoamericano de Psicologia Clínica y de la Salud. Córdoba, Argentina (Congresso). <https://funveca.org/apicsa/congresos-realizados-por-apicsa/>
- Oliveira, V. Z., Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 459-469.
- Ott, U., Stanford, J. B., Greenwood, J. L., Murtaugh, M. A., Gren, L. H., Thiese, M. S., & Hegmann, K. T. (2015). Stages of weight change among an occupational cohort. *Journal of occupational and environmental medicine*, 57(3), 270-276. doi:10.4103/2008-7802.154382
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., Johnson, S. S. (2006). Assessing readiness for adherence to treatment. In W. T. O'Donohue, & E. R. Levensky (Eds.). *Treatment adherence: A practical handbook for health care providers*. Sage Publication.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 102-114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed). Jossey-Bass.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 13(suppl. 2), 2299-2306.
- Rodrigues, V. S. (2013). *Programa de tratamento para usuários de cocaína/crack baseado no modelo transteórico de mudança* [Tese de doutorado, PUCRS]. Repositório Institucional PUCRS. <http://hdl.handle.net/10923/5644>
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista motivacional no cuidado à saúde: Ajudando pacientes a mudar comportamento*. Artmed.
- Romain, A. J., Bortolon, C., Gurlan, M., Carayol, M., Decker, E., Lareyre, O., & Bernard, P. (2018). Matched or nonmatched interventions based on the transtheoretical model to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Sport and Health Science*, 7(1), 50-57.
- Sanacinasab, H., Saffari, M., Nazeri, M., Karimi Zarchi, A., & Cardinal, B. J. (2013). Descriptive analysis of Iranian adolescents' stages of change for physical activity behavior. *Nurs Health Sci*, 15(3), 280-285. doi:10.1111/nhs.12020
- Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., Cruz, D. M., & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*, 14(3), 332-40. doi: 10.1590/S0104-07072005000300003
- Sharovsky, L. L., Perez, G. H., Romano, B. W., & Lopes, H. F. (2004). A psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 14(4), 646-651.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2005). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol*, 84 (suppl. 1).
- Susin, N., Boff, R. M., Ludwig, M. W. B., Souza, F. P., Silva, J. G., Feoli, A. M. P., Gustavo, A., Brilmann, M., & Oliveira, M. S. (2014, Fevereiro). *Tratamento Motivacional da Síndrome Metabólica: Um estudo de seguimento*. Trabalho apresentado no X Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto.
- Szupzinsky, K. P. D. R. (2012) *Estudo dos processos de mudança em usuários de substâncias psicoativas ilícita* [Tese de doutorado, PUCRS]. Repositório Institucional PUCRS. <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/810>
- Szupzinsky, K. P. D. R., Rodrigues, V. S., Ludwig, M. W. B., Souza, F. P., Oliveira, M. S., Boff, R. M., & Susin, N. (2013, Julho, 22-25). *Os desafios de um trabalho interdisciplinar: como motivar os pacientes para mudança de comportamento*. Trabalho apresentado no 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima.
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. The Guilford Press.
- Wu, Y. K., & Chu, N. F. (2015). Introduction of the transtheoretical model and organizational development theory in weight management: A narrative review. *Obesity research & clinical practice*, 9(3), 203-213. doi:10.1016/j.orcp.2014.12.00