

Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa

Elisa Medici Pizão Yoshida¹

Resumo

Apresenta a Escala de Estágios de Mudança desenvolvida para medir uma das três dimensões de mudança do Modelo de Mudança Transteórico: processos, estágios e níveis. Um breve histórico permite contextualizar o conceito segundo o qual, toda mudança ocorre ao longo do tempo em diferentes estágios que refletem a consciência do problema e a predisposição do sujeito para enfrentá-lo. São os seguintes os estágios empiricamente definidos: pré-contemplação, preparação, contemplação, ação, manutenção e término. Possíveis usos da escala em contexto clínico e de pesquisa são sugeridos.

Palavras-chave: Estágios de Mudança; Modelo de Mudança Transteórico; Dimensões da Mudança; Enfoque Integrativo em Psicoterapia.

Stages of change scales: clinical and research application

Abstract

It is presented the Stages of Change Scales developed to assess one of the three dimensions of change from the Transtheoretical Model of Change: processes, stages and levels. A brief historic allows to contextualize the concept according to which change unfolds over time into different stages that reflect the individual awareness of the problem as his or her predisposition to overcoming it. The empirically defined stages are the following: precontemplation, preparation, contemplation, action, maintenance and termination. Possible applications for the scale into clinical and research context are suggested.

Keywords: Stages of Change; Transtheoretical Model of Change; Dimensions of Change; Integrative Approach on Psychotherapy.

Introdução

As pesquisas de avaliação de resultados em psicoterapias, realizadas em grande número ao longo dos anos 70, permitiram verificar que não havia evidências de superioridade de nenhuma técnica em relação à outra quando se considerava uma população-alvo específica (por exemplo, Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977). Ao contrário, as psicoterapias, sem exceção, se mostravam eficientes, levando os autores a referirem melhoras dos pacientes, ainda que diferentes medidas de avaliação de resultados tenham sido usadas e que se possa discutir o que significa melhora em um processo terapêutico. Essa percepção encorajou iniciativas de se explorarem os sistemas de psicoterapia correspondentes aos diferentes modelos teóricos da psicologia, procurando-se ultrapassar a fase de divergência crescente que dominou o campo das psicoterapias nos anos 50 e 60 e que

preunciava o risco de fragmentação excessiva, confusão e caos na área.

Como decorrência dessa nova orientação observa-se, desde o início dos anos 80, um movimento convergente chamado de integrativo e que tem como marco inicial o clássico artigo de Goldfried (1980), em que identifica o descontentamento dos terapeutas de diferentes orientações teóricas com os limites de seus enfoques (psicanalítico, comportamental e de orientação humanista) e a abertura que mostravam, naquele momento, para receber contribuições de outros paradigmas e que caracterizaria, segundo ele, uma situação de crise semelhante à conceituada por Kuhn (1970). Conclui com uma proposta de delineamento e estudo dos aspectos comuns entre as várias orientações teóricas, para se compreender melhor como as psicoterapias podem ajudar os pacientes a mudar.

Segundo Norcross e Newman (1992) (veja também Arkowitz, 1997 e Sundfeld, 2000), podem-se

¹ Endereço para correspondência:

Av. Francisco de Assis Dinis, 227 – Osasco/SP - 06030-380.

e-mail: eyoshida.tln@terra.com.br

distinguir na atualidade três vertentes do movimento ou enfoque integrativo: a dos fatores comuns, do ecletismo técnico e da integração teórica. Segundo a vertente dos fatores comuns, buscam-se identificar os aspectos comuns às diferentes modalidades psicoterápicas que poderiam ser os responsáveis pelos resultados semelhantes por elas evidenciados. As pesquisas deste enfoque apontam para as variáveis comuns aos processos psicoterápicos de todas as orientações teóricas tais como, a aliança terapêutica, o vínculo de confiança estabelecido com o terapeuta, a possibilidade de compartilhar o sofrimento numa situação de intimidade e privacidade, o predomínio de clima de aceitação, a experiência de liberação emocional ou de catarse propiciada pela narrativa de seus sofrimentos, o esclarecimento e a interpretação que propiciam novos aprendizados, entre outras (Beitman, 1992, Garfield, 1992).

A vertente do ecletismo técnico sugere que os resultados práticos devam orientar as propostas técnicas. Isto é, deve-se buscar identificar que procedimentos foram mais eficientes com pessoas que apresentaram problemas semelhantes no passado, para selecionar o melhor tratamento para cada paciente. Aqui a preocupação com a coerência teórica é minimizada, priorizando-se o valor pragmático de uma dada proposição (por exemplo, Lazarus, 1992).

Conforme a expressão o sugere, a vertente da integração teórica está voltada para a investigação dos princípios teóricos de cada modelo, por meio da assimilação de seus conceitos, visando ampliar a possibilidade de compreensão fornecida por um enfoque em particular, necessariamente limitado (por exemplo, Wachtel, 1982; Wachtel & McKinney, 1992). Não se trata naturalmente de “uma simples combinação ou mistura, mas uma teoria emergente, que seja mais do que a soma de suas partes e que leve a novas direções de pesquisa e da prática” (Prochaska, 1995, p. 406).

A Terapia Transteórica aparece como representante dessa última vertente, e sua proposição foi justificada por DiClemente & Prochaska (1982) como uma resposta ao *zeitgeist* vigente entre práticos e teóricos das psicoterapias dos anos 80 os quais, conforme apontado por Goldfried (1980), ansiavam por uma prática mais integrada e compreensiva, já que muitas das propostas técnicas encontravam-se respaldadas em sofisticados constructos teóricos, mas sem evidências de embasamento empírico. Por outro lado, na revisão realizada entre os principais sistemas de psicoterapia empreendida por Prochaska (1979, citado em Prochaska, 1995), não foi encontrada uma teoria de mudança que explicasse como as pessoas mudam por si mesmas. Além disso, a maioria delas nunca chega a

fazer psicoterapia e mesmo as que o fazem, se encontram em sessão por um breve espaço de tempo, mesmo em processos psicoterápicos de longa duração. Ou seja, grande parte da mudança se dá nos intervalos entre as sessões e uma mínima parte no decorrer delas e, em vários casos, a ajuda a ser prestada está relacionada a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa, em que não necessariamente se encontram envolvidos processos psicopatológicos.

Para contornar essas e outras limitações vislumbradas, os autores definiram que o novo modelo de psicoterapia deveria necessariamente ser empírico, isto é, cada variável deveria ser passível de mensuração e validação; ser capaz de explicar como as pessoas mudam em terapia e fora dela; ser generalizável para uma ampla gama de *problemas humanos* e não apenas os ligados à patologia; além de “capacitar terapeutas ecléticos e integrativos a se tornarem inovadores e não apenas seguidores” (Prochaska, 1995, p. 404), isto é, capazes de propor novos constructos teóricos ou intervenções terapêuticas.

Para tanto, partiram de uma análise comparativa da concepção de processos defendida pelos principais sistemas de psicoterapia (Prochaska, 1979, citado em Prochaska, 1995) e os modificaram em razão dos resultados de pesquisas que procuraram investigar como as pessoas tentam modificar o hábito de fumar por si mesmas, ou com o auxílio de profissionais (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988). De acordo com elas, as pessoas usam diferentes processos de mudança, que foram categorizados em dez tipos, quais sejam, o aumento de consciência, o alívio dramático (*dramatic relief*), a autoreavaliação, a reavaliação ambiental, a auto-liberação, a liberação social, o contra-condicionamento, o controle de estímulos, o gerenciamento de reforçamento e o relacionamento de ajuda.

Segundo os autores, esses dados contrastam com as concepções de mudança defendidas pelos diferentes sistemas de psicoterapia, que em virtude da perspectiva teórica tendem a privilegiar um ou outro dos processos empiricamente definidos (Prochaska e cols., 1988). Quando se fala em processo de mudança, está-se naturalmente referindo a um constructo que inclui diferentes dimensões, que devem ser consideradas em conjunto para se apreender a complexidade dos fenômenos aí envolvidos, podendo-se, portanto, defini-lo como correspondendo “às atividades encobertas ou explícitas em que as pessoas se engajam para alterar afeto, pensamento, comportamento ou relacionamento, relativo a problemas particulares ou padrões de vida” (Prochaska, 1995, p. 408).

Além dos processos, a Terapia Transteórica propõe os níveis e os estágios de mudanças como dimensões complementares. Os níveis de mudanças referem-se aos diferentes níveis de problemas psicológicos que podem ser objeto de uma psicoterapia e que mantêm entre si uma relação hierárquica. Correspondem aos sintomas ou problemas situacionais, às cognições mal-adaptativas, aos conflitos interpessoais atuais, conflitos familiares ou sistêmicos e aos conflitos interpessoais. A mudança de um deles costuma ensejar a de outros, ainda que se possa prever que os primeiros níveis sejam mais suscetíveis de mudança, se comparados aos últimos, o que justifica, portanto, que se diga que a relação entre eles é hierárquica.

Quanto aos estágios de mudança, correspondem ao constructo mais original da Terapia Transteórica, já que não há registro dele em outros sistemas de terapia (Prochaska, 1995). Foi identificado pela experimentação empírica, quando se procurava saber com que frequência as pessoas recorriam aos 10 processos de mudança, quando empenhadas numa tentativa de mudar por si mesmas, ou quando em terapia. Como resposta, muitos participantes disseram que dependia do estágio de mudança de que se estava falando (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1993). Essa noção implica que a mudança se dá ao longo do tempo, segundo estágios caracterizados por padrões de respostas distintos e que foram denominados com sendo de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término.

A principal característica do estágio de pré-contemplação é a de que a pessoa não pretende mudar num futuro próximo. “A resistência em reconhecer ou modificar um problema é a marca da pré-contemplação” (Prochaska, 1995, p. 409). A pessoa não aceita que precisa mudar, embora muitas vezes os outros ao seu redor procurem alertá-la ou pressioná-la à mudança. Exemplos típicos desse estágio são os casos em que os outros começam a dizer: – olha, eu acho que você deveria parar de beber! E a pessoa responde: – Deixa comigo, eu sei o que estou fazendo... eu paro quando eu quiser! Ou ainda: – Não seria bom você fazer um regime? E ela: – Para quê? Eu me sinto bem assim como estou! Uma situação relacional seria quando a pessoa vem enfrentando problemas no relacionamento conjugal, mas se convence de que afinal “esta” é só uma fase que vai passar como as outras que já enfrentou... é só uma questão de tempo...

Na medida em que começa a admitir que tem um problema e a considerar a necessidade de enfrentá-lo, mas sem chegar realmente a fazê-lo, diz-se que ela está no estágio de contemplação. Para ilustrar este estágio Prochaska refere-se a um incidente vivido por

Benjamin (1987, citado em Prochaska, 1995). Quando ia para casa numa determinada noite, uma pessoa pediu-lhe informação a respeito de uma rua, e Benjamin indicou-lhe a direção dando instruções de como chegar lá, mas a pessoa teria se dirigido para o lado oposto. Ele então insistiu quanto à orientação correta, mas a pessoa respondeu: – Sim eu sei. Mas ainda não estou pronto... Prochaska então conclui: “Isto é contemplação: saber para onde você quer ir, mas ainda sem estar preparado para ir para lá” (p. 409).

Na prática diária são inúmeras as situações em que a passagem da intenção ao ato pode demorar meses, anos, ou mesmo nunca se concretizar. Quantos casos não se conhece de pessoas que reconhecem que seu casamento não vai bem, é preciso fazer algo para melhorá-lo, mas esta decisão é sempre postergada? Ou o reconhecimento de que se fez uma opção profissional inadequada e que uma mudança poderia levar a uma maior satisfação pessoal e/ou qualidade de vida, mas perante o esforço necessário para efetivá-la, acaba-se por abandonar a decisão? Ou ainda, a decisão de começar a praticar exercícios físicos, iniciar um regime, parar de fumar, entre tantas outras situações prosaicas, ou mesmo imperativas.

Quando se verifica alguma tentativa de mudança, mas ela não chega a ser bem-sucedida ou a persistir, fala-se que a pessoa se encontra no estágio de preparação. É, por exemplo, o caso do regime retomado toda segunda-feira, mas abandonado na quarta, porque se ficou nervoso com alguma coisa, ou porque a sobremesa do almoço era irrecusável. Ou ainda, a decisão de reservar todos os finais de semana para o lazer e a família, mas que acaba sendo preterida diante da necessidade de entregar um relatório, ou a aceitação de mais trabalho do que o tempo disponível na semana permite. No plano das relações interpessoais não são raras as vezes em que amigos comprometem-se em realizar reuniões de confraternização periódicas, as quais acabam sendo sempre desmarcadas pela “falta de tempo” de todos.

Felizmente, não é só de “boas intenções” que vivem os homens... Há situações em que se é capaz de tomar decisões e realmente modificar os comportamentos, atitudes ou padrões relacionais. Este é o estágio de ação. Do ponto de vista prático, deve ocorrer uma mudança bem-sucedida com a realização de um objetivo e a evidência de que há um esforço real para isto. Podem-se perceber modificações claras no comportamento da pessoa como, por exemplo, seu esforço para modificar uma atitude que irritava o cônjuge, um empenho em manter relacionamentos sociais mais constantes após um período de retraimento ou, ainda, a recusa em aceitar ou acender um cigarro,

apesar da vontade de fazê-lo.

Se há a persistência dessas atitudes ao longo de um período em que se pode verificar um esforço para impedir recaídas e consolidar os ganhos obtidos, configura-se o estágio de manutenção. Em razão da necessidade de manter um certo esforço para não retornar aos padrões de comportamento anteriores, o estágio de manutenção é visto como um processo ativo de mudança. Encontra-se ainda implícito nele um certo dinamismo que justifica essa concepção. A manutenção é evidente, por exemplo, num relacionamento em que após a superação de dificuldades, continua-se atento à necessidade de cuidar para que este não se deteriore e não se perca a qualidade do vínculo (re) conquistado. No caso de mudança relacionada à percepção de si mesmo ou da auto-estima, a pessoa continua atenta ao ímpeto de se deixar levar pela tendência a se desvalorizar e mantém o cuidado com a aparência, “briga” pelos seus direitos e continua empenhada na realização de seus sonhos.

Quando os padrões de conduta resultantes da mudança encontram-se suficientemente estáveis, por não se ter motivo de recaída ou de retrocesso, pode-se falar em estágio de término. São os tradicionais casos de “cura”, como por exemplo, casos em que a pessoa não sente mais vontade de consumir álcool ou outras drogas, ou quando um conflito pessoal ou interpessoal foi inteiramente superado.

Embora se espere a progressão da mudança da pré-contemplação até o término, a prática mostra que a evolução não é necessariamente linear, já que inúmeros retrocessos podem ocorrer. Além disso, dificilmente acompanha-se o paciente em terapia até o estágio de término de um processo de mudança. Especialmente quando se trabalha com psicoterapias breves, presencia-se o início do processo que, se espera, possa ser complementado pelo paciente no curso de sua vida, com a ajuda de seus próprios recursos adaptativos ou do suporte oferecido pelas pessoas de seu meio.

Como os estágios de mudança refletem diferentes níveis de consciência do problema e diferentes graus de empenho para enfrentá-lo, é importante saber em que estágio o paciente se encontra no momento em que busca a terapia e como evolui no decorrer do processo. Com este propósito foi desenvolvida a Escala de Estágios de Mudança (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983), apresentada a seguir. Antes, porém, cabe mencionar a existência da escala para avaliação dos processos de mudança (Prochaska e cols., 1988) e a dos níveis de mudança (Norcross, Prochaska, & Hambrecht, 1985), que, no entanto, não serão objeto de exposição neste trabalho.

A Escala de Estágios de Mudança

A escala de auto-avaliação é composta de 32 itens, subdivididos em quatro grupos de oito, destinados a avaliar cada um dos seguintes estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, manutenção e ação. As respostas são de tipo *Likert* de cinco pontos, onde 1 corresponde a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente. Foi concebida com o propósito de orientar o clínico quanto à disponibilidade do paciente para a terapia. Ao menos dois estudos empíricos já foram realizados buscando determinar suas qualidades psicométricas.

No primeiro (n=155), a análise por componentes principais indicou a presença de quatro fatores distintos, que apresentavam características próprias da pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Quando correlacionados entre si, verificou-se maior grau de associação entre estágios adjacentes do que entre não adjacentes, sugerindo que a mudança se processa de forma previsível de um estágio para outro. Por outro lado, na análise de *cluster* emergiram perfis que indicaram ser possível se estar simultaneamente engajado em atitudes e comportamentos característicos de mais de um estágio de mudança, e que as pessoas se movem de um estágio para o próximo da seqüência (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983).

O segundo estudo foi realizado com 327 pacientes que buscaram tratamento no *Texas Research Institute for Mental Sciences*. Os resultados encontrados reproduziram os do estudo original com a identificação dos quatro estágios distintos e oito perfis de clientes (McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989).

Entre nós, um estudo preliminar de precisão e validade da versão em português da Escala (Pace, 1999) contou com amostra de 31 pacientes, que buscaram atendimento psicológico em duas clínicas-escola e em uma instituição de formação de terapeutas em psicoterapias breves. Os resultados indicaram forte predomínio de sujeitos no estágio de contemplação (70,96%), se comparado aos demais estágios. Esse desequilíbrio quanto aos estágios de mudança prejudicou em parte a estimativa da consistência interna, permitindo apenas verificá-la para a subescala de contemplação.

As provas de Wilcoxon (unilateral), para estimar as significâncias das diferenças dos escores obtidos nas subescalas (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção), indicaram que as pessoas que estão no estágio de contemplação obtêm escores significativamente maiores em contemplação do

que em pré-contemplação, ação e manutenção, apontando para a discriminação do instrumento, ao menos no que se refere à subescala de contemplação. Ainda que o estudo de validade preditiva tenha também sofrido com o número elevado de sujeitos no estágio de contemplação, a prova de Qui-quadrado de independência mostrou que os sujeitos no estágio de contemplação apresentam tendência significativamente maior para concluir processos de psicoterapias breves, quando comparados aos dos outros estágios de mudança.

Yoshida, Pace e Primi (2001) analisaram a estrutura fatorial da versão em português da escala, em pesquisa que contou com 118 pacientes que compareceram para entrevista de triagem na mesma instituição de formação de terapeutas de psicoterapias breves pesquisada por Pace (1999). Os resultados indicaram a presença de quatro componentes que explicavam 39% da variância total e coeficientes alfa entre 0,39 (contemplação) e 0,83 (ação). A rotação varimax dos itens e a análise das cargas fatoriais reproduziram em grande parte a estrutura dos fatores da versão original e apontaram para a necessidade de adaptação ou mesmo modificação de alguns itens.

Numa outra pesquisa de validação da versão em português da escala envolvendo uma ampliação da amostra do estudo anterior (n=147), Yoshida, Primi e Pace (2001) estimaram novamente sua consistência interna e estrutura fatorial e compararam-nas às dos dois estudos mencionados com a versão original (McConaughy Prochaska, & Velicer, 1983; McConaughy e cols., 1989), além de obterem medidas de validade convergente e preditiva. Os resultados tenderam a confirmar a estrutura fatorial indicada na primeira pesquisa (Yoshida, Pace & Primi, 2001), além de sugerirem grande semelhança com as qualidades psicométricas da versão original. Quanto às estimativas de validade concorrente, indicou fraca associação da EEM com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R) (Simon, 1997), utilizada como medida de critério. E na estimativa da validade preditiva, os resultados não permitiram discriminar, por ocasião da entrevista de triagem, que pacientes tinham mais chance de concluir os processos de psicoterapia breve para os quais estavam sendo indicados. Apesar da necessidade de adaptação de alguns itens para a versão em português, pode-se dizer que a Escala de Estágios de Mudanças se apresenta como uma medida interessante para uso clínico e de pesquisa em nosso meio, o que justifica, portanto, uma apreciação dessas possibilidades.

Uso Clínico e em Pesquisa

No plano internacional, desde que foi

desenvolvida, a Escala tem sido utilizada como principal instrumento do Modelo Transteórico. Engloba, conforme referido, além da medida dos estágios de mudança, a avaliação dos processos e níveis de mudança.

O suporte empírico fornecido pela pesquisa desse modelo, em diversos centros e programas de atendimento nos Estados Unidos e também em outros países, aparece relatado na literatura especializada e se aplica a um sem-número de objetivos que envolvem programas de prevenção ao uso do tabaco, consumo de álcool, adição a drogas, atendimento a pessoas com câncer, distúrbios relacionados à alimentação (tais como, obesidade, anorexia nervosa, bulimia), programas voltados para a promoção da saúde e comportamentos saudáveis, entre outros. Uma revisão da produção transcenderia o escopo deste trabalho, mas sucintamente pode-se dizer que a avaliação dos estágios de mudança é utilizada no início das psicoterapias, como medida auxiliar da avaliação diagnóstica, e ao longo do processo, como medida do ritmo e direção da mudança obtida, além de orientar o terapeuta quanto à atitude a ser adotada perante o paciente.

Segundo Prochaska (1995), quando o paciente se encontra no estágio de pré-contemplação o terapeuta deve ser ativo, fazer questões que o ajudem a expor dúvidas e reservas em relação à psicoterapia, além de criar um clima seguro, sem confrontações ou intervenções que gerem mais ansiedade. Ao contrário, deve manifestar empatia e compreensão e fornecer esclarecimentos quanto ao processo e eventuais benefícios que se podem esperar dele. Quanto à frequência das sessões, deve ser necessariamente semanal.

Quando o paciente já se encontra no estágio de contemplação, o terapeuta pode permanecer mais passivo na fase inicial do processo, pois a predisposição do paciente para enfrentar os problemas facilita sua exposição e engajamento no tratamento. As intervenções são então mais voltadas para auxiliar a configuração da situação-problema, podendo limitar-se a questões que permitam compreender como o paciente vê suas dificuldades e que relações estabelece entre elas e sua história de vida. Se com o decorrer das sessões ele se mantém no estágio de contemplação, sem demonstrar mudanças efetivas em seu comportamento ou atitude, o terapeuta deve rever sua estratégia e, em conseqüência disso, intervenções mais confrontativas podem ser necessárias. Como para os pacientes pré-contempladores, a frequência semanal das sessões é desejável.

No caso em que o paciente se apresenta para psicoterapia já no estágio de ação, o terapeuta deve

investigar como ele vem enfrentando suas dificuldades, obtendo com isso uma medida da qualidade de suas respostas à situação-problema. Se forem adequadas, basta ajudá-lo a persistir em seu progresso, mostrando-se receptivo e apoiando-o empaticamente. A frequência quinzenal das sessões pode ser suficiente para garantir resultados positivos e evitar maior dependência da terapia. Quando as respostas do paciente não são adequadas, ou há indícios de que o estágio seria melhor definido como de preparação, uma intervenção mais ativa do terapeuta pode ser necessária, e nesses casos costuma haver um prolongamento do processo terapêutico.

Embora as referências clínicas e de pesquisa da Escala existentes na literatura relacionem-na ao Modelo Transteórico, a base empírica dos estágios de mudança permite sua aplicação a todos os tipos de psicoterapia. Em nosso meio, conforme referido, ela ainda encontra-se em processo de validação, o que desaconselha, por ora, seu uso prático. Considera-se, no entanto, que uma avaliação clínica com base no tipo de respostas demonstradas pelo paciente diante da situação-problema possa sugerir o estágio de mudança em que ele se encontra e, dessa forma, funcionar como uma medida operacionalizada do conceito.

A autora tem utilizado a avaliação dos estágios de mudança associada à da eficácia adaptativa, proposta por Simon (1989), para a indicação de psicoterapias. Em trabalho anterior (Yoshida, 1999a) sugere que, se analisadas em conjunto, essas medidas permitem estimar a probabilidade de aderência do paciente ao tratamento e o grau de progresso esperado. A idéia é a de que enquanto o estágio de mudança informa quanto à prontidão do paciente para a mudança, a eficácia adaptativa indica a qualidade dos recursos disponíveis para fazer face aos problemas que o trouxeram à terapia. Dentro dessa perspectiva, para ser indicado a uma psicoterapia breve, o paciente deve se encontrar ao menos no estágio de contemplação, uma vez que já há clara intenção de enfrentar o problema e predisposição para aceitar a ajuda necessária. E quanto à adaptação, conforme indicado em pesquisas anteriores (Yoshida, 1991, 1999b, 2000), quanto melhor a qualidade de suas respostas adaptativas, mais chances do processo psicoterápico ser bem sucedido.

Com base na avaliação da adaptação realizada com o auxílio da EDAO-R (Simon, 1997), e tendo-se concluído clinicamente que o paciente se encontra ao menos no estágio de contemplação, Yoshida (1999a) propõe que pacientes que apresentem adaptação eficaz em crise ou ineficaz leve têm grande chance de progredir para o estágio de ação e chegar ao de

manutenção ao final do processo. Quanto aos com adaptação ineficaz moderada, progrediriam inicialmente para o estágio de preparação, chegando ao de ação nos casos de psicoterapias breves bem-sucedidas, mas quando a adaptação é ineficaz grave, o mais provável é que ao final do processo ainda se encontre em preparação, devendo-se, nesse caso, encaminhá-lo para uma psicoterapia longa ou psicoterapias breves intermitentes (realizadas nos momentos de crise ou de acirramento do problema), dependendo dos recursos disponíveis. Quando a adaptação é ineficaz severa, a psicoterapia longa deveria ser cogitada, mesmo que o paciente já tenha atingido o estágio de contemplação. Quando essa modalidade de atendimento for inviável, processos de terapia intermitente com o acompanhamento paralelo de outros profissionais tais como, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, devem ser tentados.

Quando o paciente se apresenta no estágio de pré-contemplação, a indicação de psicoterapia breve ficaria restrita aos com adaptação eficaz ou ineficaz leve. E mesmo nestes casos, ela teria mais a função de sensibilizá-lo para o problema e ajudá-lo a atingir o estágio de contemplação. Para pacientes com configuração adaptativa mais comprometida, psicoterapias longas parecem ser mais eficientes.

Considerações finais

Conforme indicado no trabalho original (Yoshida, 1999a), essas ilações precisam ser submetidas a pesquisas empíricas, que entre outras coisas podem verificar em que medida a avaliação dos estágios de mudança, realizada com a Escala, correlaciona-se com a avaliação clínica dos mesmos, obtendo-se com isso uma medida de validade simultânea dessas duas modalidades de procedimentos. Além disso, em face da base empírica e transteórica do conceito de estágios de mudança e dos resultados preliminares das pesquisas que apontam para a validade deste instrumento, também em nosso meio, considera-se possível utilizá-lo em pesquisas envolvendo psicoterapias de diferentes enfoques teóricos, independentemente da proposta da Terapia Transteórica. Como conseqüência, um amplo rol de possibilidades se apresenta, entre os quais se destacam a possibilidade de avaliar a eficiência e eficácia de técnicas específicas, comparar mudanças obtidas por terapias de diferentes enfoques quando aplicadas a uma determinada população, entre inúmeras possibilidades clínicas e de pesquisa vislumbradas para a escala ora apresentada.

Referências Bibliográficas

- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of therapy. Em P. L. Wachtel & S. B. Messer (Eds.). *Theories of psychotherapy: origins and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association, p. 227-228.
- Beitman, B. D. (1992). Integration through fundamental similarities and useful differences among the schools. Em J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, p. 202-230.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, p. 133-142.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: a common factors approach. Em J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, p. 169-201.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, p. 991-999.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. Em J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, p. 231-263.
- Luborsky, L.; Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: "Is it true that everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, p. 995-1008.
- McConaughy, E. A.; Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of Change in psychotherapy: Measurement and samples profiles. *Psychotherapy*, 20, p. 368-375.
- McConaughy, E. A.; DiClemente, C. C. Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of Change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy*, 26, p. 494-503.
- Norcross, J. C. & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: setting the context. Em J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, p. 3-45.
- Norcross, J. C.; Prochaska, J.; & Hambrecht, M. (1985). The Levels of attribution and Change (LAC) Scale: development and measurement. *Cognitive Therapy and Research*, 9, p. 631-649.
- Pace, R. (1999). *Escala de Estágios de Mudança: variáveis psicométricas*: (Dissertação de Mestrado). Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic integrative approach: transtheoretical therapy. Em A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.). *Essential psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press, p. 403-440.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, p. 390-395.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). The Transtheoretical Approach. Em J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, p. 300-334.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, p. 1102-1114.
- Prochaska, J. O.; Velicer, W. F.; DiClemente, C. C. & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, p. 520-528.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, XLVII (107), p. 85-94.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 36, p. 1546-1547.
- Sundfeld, A. C. (2000). Abordagem integrativa: reterritorialização do saber clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), p. 251-257.
- Wachtel, P. L. (1982). What can dynamic therapies contribute to behavior therapy? *Behavior Therapy*, 13, p. 594-609.
- Wachtel, P. L. & McKinney, M. K. (1992). Cyclical psychodynamics and integrative psychodynamic therapy. Em J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, p. 335-372.
- Yoshida, E. M. P. (1991). Validade preditiva da EDAO em psicoterapias breves: solução para a situação-problema. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), p. 28-37.
- Yoshida, E. M. P. (1999a). Psicoterapia breve e prevenção: eficácia adaptativa e dimensões da mudança. *Temas em Psicologia da SBP*, 7 (2), p. 119-129.
- Yoshida, E. M. P. (1999b). EDAO-R: precisão e validade. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 7 (11), p. 189-213.
- Yoshida, E. M. P. (2000). Mudança em psicoterapia psicodinâmica breve: eficácia adaptativa e funcionamento defensivo. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2 (3), p. 261-276.

Yoshida, E. M. P.; Pace, R. & Primi, R. (2001). Construct validity of a Portuguese (Brazil) version of the Stages of Change Scales [Resumo]. Em Society for Psychotherapy Research (Org.). *Abstracts of 32th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Montevideu: SPR, p. 129.

Yoshida, E. M. P.; Primi, R. & Pace, R. (2001). *Validade da Escala de Estágios de Mudança*. Manuscrito não publicado.

Recebido em 05/04/2002

Revisado em 11/05/2002

Aceito em 24/05/2002

Sobre a autora:

Elisa Medici Pizão Yoshida é doutora em Psicologia Clínica pela USP, com pós-doutorado na Universidade de Montreal (Canadá), professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, nas linhas de pesquisa de psicoterapias breves e escalas de avaliação clínica.