

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

**MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA: ADESÃO E MANUTENÇÃO DO  
TRATAMENTO**

**NATHÁLIA SUSIN**

**Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul como requisito  
parcial para a obtenção do grau  
de Mestre em Psicologia.**

Porto Alegre  
Janeiro, 2013

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

**MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA: ADESÃO E MANUTENÇÃO DO  
TRATAMENTO**

**NATHÁLIA SUSIN**

ORIENTADOR: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

Porto Alegre  
Janeiro, 2013

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

**MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA: ADESÃO E MANUTENÇÃO DO  
TRATAMENTO**

**NATHÁLIA SUSIN**

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margareth da Silva Oliveira  
Programa de Pós Graduação em Psicologia PUCRS  
Orientadora/Presidente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Garcia Dias  
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Fernanda Barcellos Serralta  
Universidade do Vale do Rio do Sinos - UNISINOS

Porto Alegre  
Janeiro, 2013

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, Maria Aparecida Susin e Alexandre Susin, por sempre incentivarem a busca pelo conhecimento, e cujo apoio foi fundamental nesta trajetória; e ao meu irmão, Bruno Susin, pela presença e compreensão nas horas difíceis. A todos vocês, minha sincera gratidão.

Às amigas que compreenderam a minha ausência em muitos momentos e me deram força e incentivo para concluir este trabalho. Cada uma sabe a importância que tem para mim.

À Margareth da Silva Oliveira, que mais do que uma orientadora, é um exemplo de pesquisadora e profissional. Obrigada pelo aprendizado, confiança e amizade ao longo de todos estes anos.

A todo o grupo de pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva, em especial às colegas Martha Ludwig, Raquel Boff e Jaqueline Garcia, que se tornaram verdadeiras amigas, com quem pude compartilhar angústias, emoções e alegrias durante esta jornada.

Aos auxiliares e bolsistas de iniciação científica, Danielle da Silva Laste, Jéssica Mrás Garcia, Letícia Arruda Rodrigues, Andressa Celente de Ávila, Dhiordan Cardoso da Silva e Marina Yates, pelos momentos de descontração e por todo o auxílio imprescindível para a realização deste trabalho.

À equipe do programa MERC, pela troca de conhecimento e parceria, que possibilitaram a realização de um trabalho interdisciplinar.

Aos pacientes que se voluntariaram para participar do estudo, disponibilizando o seu tempo e confiando em nossa proposta de tratamento.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação, por todo o conhecimento adquirido durante estes dois anos.

Aos colegas de mestrado, pela troca de experiências, amizade e companheirismo.

À Luísa Jussara Coelho, pela assessoria estatística e incansáveis supervisões durante a compreensão dos resultados.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro que viabilizou este trabalho e sem o qual nada disto teria sido possível.

À banca examinadora, que aceitou o convite em contribuir com este estudo, meu sincero agradecimento.

Faltam palavras para expressar a minha gratidão e agradecer a todos que eu gostaria neste momento.

## RESUMO

A primeira escolha de tratamento para pacientes com Síndrome Metabólica é a mudança do estilo de vida, que contempla a prática de exercício físico e alimentação saudável, sendo o Modelo Transteórico de Mudança (MTT) uma das abordagens mais utilizadas para intervir em relação a estes comportamentos. No entanto, a literatura aponta, apesar da escassez de estudos, que os pacientes têm dificuldade de aderir às orientações propostas e manter as mudanças alcançadas após o término do tratamento. Esta dissertação buscou contemplar estas duas questões e foi composta por duas seções. A primeira comparou as características da linha de base entre indivíduos com SM que concluíram e não concluíram um ensaio clínico randomizado, visando à modificação do estilo de vida e risco cardiovascular (MERC), baseado no MTT, e identificou os fatores associados à conclusão do tratamento. Foram avaliados 127 sujeitos com média de idade de 49,58 anos (DP=7,77) e diagnóstico de SM, que participaram do programa MERC entre os anos de 2010 e 2012. A maior parte da amostra concluiu a intervenção ( $p<0,01$ ), sendo que, aqueles indivíduos com idade acima de 50 anos (OR: 7,5; IC95%: 1,2 – 46,7;  $p<0,05$ ), que fazem exercício (OR: 1,9; IC95%: 1,0 - 7,0;  $p<0,05$ ), têm religião (OR: 4,6; IC95%: 1,1-13,2;  $p<0,05$ ), auto-eficácia alta para regular hábito alimentar (OR: 1,2; IC95%: 1,0– 2,3;  $p<0,05$ ), não apresentam compulsão alimentar (OR: 6,1; IC95%: 2,1 – 23,8;  $p<0,05$ ) e não possuem depressão (OR: 4,9; IC95%: 1,4 – 19,4;  $p<0,05$ ), têm mais chance de concluir o tratamento. A segunda seção realizou o seguimento (T3) dos participantes do programa MERC, em média, um ano após a avaliação inicial (T1). A amostra foi composta por 55 indivíduos, com SM e idade média de 51,9 anos (DP= 6,5), divididos em 3 grupos: Intervenção Grupal – IG (n=19); Intervenção Individual - II (n=20); Intervenção Padrão - IP (n=16). O efeito do tempo foi significativo ( $<0,001$ ), com uma diminuição das médias do peso, índice de massa corporal, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica. Houve diferença entre os grupos apenas em relação ao peso, em que somente os indivíduos da II e da IG mantiveram os resultados do tratamento e ainda apresentaram uma redução significativa quando comparados T3 e T1, e à PAS, com a II sobressaindo-se em relação às demais. No T3, grande parte dos indivíduos ainda estava motivada, mas com auto-eficácia média para regular hábito alimentar e média/baixa para realizar exercício físico, o que reforça a necessidade de realizar o acompanhamento contínuo destes pacientes. Os resultados apontam que um programa interdisciplinar, visando à mudança de estilo de vida, baseado no MTT, é efetivo no manejo de pacientes com SM, não só em relação à promoção da adesão, como à manutenção dos resultados do tratamento.

**Palavras-Chave:** Síndrome Metabólica, Modelo Transteórico de Mudança, Mudança de Estilo de Vida, Adesão, Manutenção.

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

**Subárea conforme classificação CNPq:** 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## ABSTRACT

The first choice of treatment for patients with Metabolic Syndrome (MS) is the lifestyle changing, which includes the practice of physical exercise and healthy eating, being the Transtheoretical Model of Change (TTM) one of the most used approaches to intervene in relation to these behaviors. However, the literature points out, despite the paucity of studies, that patients have difficulty in adhere to the proposed orientations and keep the changes achieved after the end of treatment. This dissertation sought to address these two subjects and was composed of two sections. The first compared the baseline characteristics between subjects with MS who completed and did not complete a randomized clinical trial, based on TTM, in order to modify the lifestyle and cardiovascular risk (MERC), and identified factors associated with treatment completion. Were assessed, 127 subjects with a mean age of 49.58 years (SD = 7.77) and diagnosis of MS, enrolled at MERC between the years 2010 and 2012. Most of the sample completed the intervention ( $p < 0.01$ ), whereas those individuals older than 50 years (OR: 7.5, 95% CI 1.2 to 46.7,  $p < 0.05$ ), who exercise (OR: 1.9, 95% CI: 1.0 - 7.0,  $p < 0.05$ ), have religion (OR: 4.6, 95% CI 1.1 to 13.2;  $p < 0.05$ ), high self-efficacy for regular eating habits (OR: 1.2, 95% CI: 1.0 - 2.3,  $p < 0.05$ ), don't have binge eating (OR: 6.1 95% CI: 2.1 to 23.8,  $p < 0.05$ ) and don't have depression (OR: 4.9, 95% CI: 1.4 to 19.4,  $p < 0.05$ ), are more likely to complete the treatment. The second section conducted the follow-up (T3) of the MERC program participants, on average, one year after the initial assessment (T1). The sample consisted of 55 individuals with MS and an average age of 51.9 years (SD = 6.5), divided into 3 groups: Group Intervention - GI (n = 19); Individual Intervention - II (n = 20); Standard Intervention - SI (n = 16). Time effect was significant ( $< 0.001$ ), with a decrease in weight, body mass index, waist circumference, diastolic and systolic blood pressure (SBP) means. There were differences between groups only regarding weight, wherein just the individuals of GI and II maintained treatment outcomes and still showed a significant reduction when compared T3 and T1, and SBP, with II standing out in relation to others. At T3, most individuals were motivated, but with self-efficacy on average for regulating eating habit and medium/low to perform physical exercise, which reinforces the need for monitoring continuously these patients. The results show that an interdisciplinary program, aimed at lifestyle changing, based on MTT, is effective in the management of patients with MS, not only in relation to adherence promotion, but also in maintenance of treatment outcomes.

**Key-words:** Metabolic Syndrome, Transtheoretical Model of Change, Lifestyle Change, Adherence, Maintenance.

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

**Subárea conforme classificação CNPq:** 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>4</b>
<b>RESUMO</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>RELAÇÃO DE TABELAS</b>	<b>10</b>
<b>RELAÇÃO DE FIGURAS</b>	<b>11</b>
<b>RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
Contextualização Teórica	14
O Programa MERC	21
Apresentação da Dissertação	24
Referências	24
<b>2. SEÇÃO 1: ESTUDO EMPÍRICO - FATORES PREDITIVOS DE ADESÃO A UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA PARA PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR</b>	<b>33</b>
Resumo	33
Abstract	33
Introdução	34
Método	36
Resultados	38
Discussão	41
Considerações Finais	46
Limitações	47
Referências	47
<b>3. SEÇÃO 2: ESTUDO EMPÍRICO - MANUTENÇÃO DA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA: UM ESTUDO DE SEGUIMENTO</b>	<b>55</b>
Resumo	55
Abstract	55
Introdução	56
Método	
Resultados	62
Discussão	72

<b>Referências</b>	<b>75</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO</b>	<b>81</b>
<b>5. ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS</b>	<b>83</b>
<b>Anexo 2 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>84</b>
<b>Anexo 3 - Instrumentos</b>	<b>120</b>
<b>Anexo 4 - Ficha de Dados Sociodemográficos e Avaliações</b>	<b>137</b>

## RELAÇÃO DE TABELAS

### INTRODUÇÃO

**Tabela 1:** Diferentes definições diagnósticas da Síndrome Metabólica. **16**

### SEÇÃO 1

**Tabela 1:** Características na linha de base dos participantes do programa MERC, comparados de acordo com o desfecho: concluiu (C) / não concluiu (NC). **39**

**Tabela 2:** Fatores significativamente associados à conclusão do programa MERC (Bacward 11 etapas). **41**

### SEÇÃO 2

**Tabela 1:** Medidas descritivas para a caracterização do perfil da amostra, total e por grupo, no follow-up (T3). **63**

**Tabela 2:** Média e desvio padrão dos componentes da SM, peso e IMC, de acordo com o tempo (T1, T2, T3) e com a modalidade de intervenção (IG, II, IP). **63**

**Tabela 3:** Medidas descritivas da auto-eficácia e prontidão para a mudança da amostra total, e por grupo (IG, II, IP). **72**

## RELAÇÃO DE FIGURAS

### SEÇÃO 2

<b>Figura 1:</b> Fluxograma.	<b>59</b>
<b>Figura 2:</b> Média do peso e do IMC, de acordo com a intervenção e com o tempo.	<b>66</b>
<b>Figura 3:</b> Média da CA conforme o sexo, o grupo e o tempo.	<b>67</b>
<b>Figura 4:</b> Média do HDL de acordo com o sexo, o grupo e o tempo.	<b>68</b>
<b>Figura 5:</b> Média dos triglicerídeos e da glicose conforme o grupo e o tempo.	<b>69</b>
<b>Figura 6:</b> Média da PAS e da PAD por grupo, segundo os dados do tempo.	<b>71</b>

## RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS

WHO: *World Health Organization*

IMC: Índice de Massa Corporal

HDL-c: *High density lipoprotein cholesterol*

PAS: Pressão Arterial Sistólica

PAD: Pressão Arterial Diastólica

SM: Síndrome Metabólica

OMS: Organização Mundial de Saúde

IDF: *International Diabetes Federation*

NCEP-ATPIII: *National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III*

CA: Circunferência Abdominal

GJ: Glicemia de Jejum

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DBSM-I: Diretriz Brasileira para Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica

DCV: Doenças Cardiovasculares

MTT: Modelo Transteórico de Mudança

MERC: Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

ASR: *Adult Self Report*

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IP: Intervenção Padrão

IG: Intervenção Grupal

II: Intervenção Individual

ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

ISSL: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos

DP: Desvio Padrão

p: Nível de significância

OR: *Odds ratio*

IC: Intervalo de Confiança

MS: *Metabolic Syndrome*

SD: *Standard Deviation*

CI: *Confidence Interval*

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

C: *Concluiu*

NC: *Não Concluiu*

MD: *Média*

TTM: *Transtheoretical Model of Change*

BMI: *Body Mass Index*

GI: *Group Intervention*

II: *Individual Intervention*

SI: *Standard Intervention*

SBP: *Systolic Blood Pressure*

Mg/dL: *Miligramas por decilitro*

ML: *Mililitro*

mmHg: *Milímetros de mercúrio*

## 1. INTRODUÇÃO

### Contextualização Teórica

O estilo de vida contemporâneo expõe a população a diversos fatores de risco relacionados a hábitos alimentares, falta de atividade física e tabagismo, os quais têm contribuído para o aumento da incidência de doenças crônicas em todo o mundo. Estas são responsáveis pela maioria das mortes prematuras e ilustram a velocidade em que as mudanças sociais e culturais têm impactado na saúde, visto que as doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, têm se tornado causas de morte comuns em localidades que até então lutavam contra níveis elevados de desnutrição na população (Nolte & McKee, 2008).

Por definição, doenças crônicas são aquelas que possuem um curso longo, sendo muitas vezes incuráveis, além de deixar sequelas e impor limitações ao funcionamento indivíduo, ou seja, os recursos médicos-farmacológicos não são suficientes para cura, uma vez que mediadores comportamentais estão presentes em sua etiologia e evolução (Kerbaui, 1999). Estima-se que, em média, das 57 milhões de mortes ocorridas por ano no mundo, 36 milhões (63%) foram causadas por doenças crônicas, sendo que aproximadamente 80% (29 milhões) ocorreram em países de baixa e média renda, com 29% dos casos de morte acometendo pessoas com menos de 60 anos. Dentre estas, as doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte, representando 17 milhões, ou 48% de todas as mortes por doenças crônicas, enquanto a diabetes foi responsável por 1.3 milhões de mortes (WHO, 2005).

O principal fator de risco relacionado ao desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares e a diabetes, é a obesidade, a qual, uma vez considerada problema presente apenas em países desenvolvidos, encontra-se em rápida ascensão em países de média e baixa renda, principalmente em áreas urbanas. Sendo assim, configura uma epidemia mundial, tendo em vista que mais de um a cada dez adultos da população são obesos. O sobrepeso e a obesidade estão entre os cinco principais fatores de risco para mortalidade no mundo, acarretando a morte de,

no mínimo, 2,8 milhões de pessoas por ano (WHO, 2012). Nesse sentido, diferentemente do que se possa acreditar, o excesso de peso e a obesidade acarretam mais mortes no mundo do que a inanição, por estarem associados a maiores graus de pobreza e menores níveis educacionais (Monteiro, Conde & Popkin, 2001). Possivelmente, porque alimentos altamente calóricos, como açúcar e gordura, apresentam maior palatabilidade e menor custo (Drewnowski & Specter, 2004).

A obesidade e o sobrepeso são definidos por um acúmulo anormal e excessivo de gordura, avaliado através do Índice de Massa Corporal (IMC) que, quando elevado, encontra-se associado ao aumento da prevalência de diabetes, do colesterol, da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), bem como da redução do *high density lipoprotein cholesterol* (HDL-c), como consequência de um estado inflamatório crônico ocasionado pela adiposidade visceral, principalmente quando o excesso de peso está localizado na região abdominal (Whitlock et al., 2009; Ritchie & Connell, 2007; Després, 2007). Esses fatores configuram risco para doenças cardiovasculares e compõem a Síndrome Metabólica (SM), uma desordem complexa, multifatorial, que, além da obesidade, é predisposta por aspectos genéticos e por um estilo de vida relacionado ao baixo consumo de frutas e vegetais, sedentarismo, ingestão de álcool e tabagismo (Miname & Chacra, 2005).

Atualmente não existe um consenso em relação aos critérios diagnósticos da SM, tendo em vista as diferentes definições propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Alberti & Zimmet, 1998), *National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATPIII, 2001) e *International Diabetes Federation* (IDF) (Alberti, Zimmet & Shaw, 2006). No entanto, apesar das diferenças nos componentes e/ou pontos de corte, as três definições priorizam a circunferência abdominal (CA), a glicemia de jejum (GJ), a dislipidemia e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Sendo assim, todas exigem a combinação de três fatores, embora para a OMS um deles deva ser, obrigatoriamente, a resistência à insulina, e para o IDF, a circunferência abdominal aumentada. Como o NCEP-ATPIII não prioriza nenhum componente em específico, é o critério mais comumente utilizado devido a sua facilidade de aplicação, visto que exige a presença de no mínimo três parâmetros clínicos e laboratoriais, facilmente aferidos através de exames

de rotina, conforme tabela 1, adaptada de Steemburgo, Dall'alba, Gross e Azevedo (2007).

**Tabela 1:** Diferentes definições diagnósticas da Síndrome Metabólica.

	<b>IDF</b>	<b>OMS</b>	<b>NCEP - ATP III*</b>
Diagnóstico de SM	Circunferência abdominal alterada + 2 componentes	Resistência à insulina + 2 componentes	No mínimo 3, dos 5 componentes
	<b>Componentes</b>		
Composição Corporal	Circunferência abdominal: Homens ≥ 94 cm Mulheres ≥ 80 cm	Razão cintura-quadril: Homens >0,90 cm Mulheres > 0,85 cm e/ou IMC >30kg/m <sup>2</sup>	Circunferência abdominal: Homens ≥ 102 cm Mulheres ≥ 88cm
Pressão Arterial (mmHg)	≥ 130/85 ou uso de anti-hipertensivos	≥ 140/90	≥ 130/85 ou uso de anti-hipertensivos
Glicose (mg/dL)	> 100(incluindo DM)	TDG, GJA ou DM tipo 2	> 110 (incluindo DM)
Lipídeos (mg/dL)	Triglicerídeos ≥ 150 e/ou HDL - Homens < 40 HDL - Mulheres < 50 ou uso de hipolipemiantes	Triglicerídeos ≥ 150 e/ou HDL - Homens < 35 HDL - Mulheres < 39	Triglicerídeos ≥ 150 e/ou HDL - Homens < 40 HDL - Mulheres < 50
Resistência à insulina	-	TDG, GJA, DM tipo 2 ou sensibilidade à insulina diminuída	-
Outros	-	Microalbuminúria Excreção urinária de albumina ≥ 20µg/min	-

OMS: Organização Mundial da Saúde, NCEP – ATP III: National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III, IDF: International Diabetes Federation, TDG: Tolerância diminuída à glicose, GJA: Glicemia de jejum alterada, DM: Diabetes Melito. \*Definição adotada pela Diretriz Brasileira para Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (DBSM-I, 2005) e por esta dissertação. Tabela adaptada de Steemburgo, Dall'alba, Gross e Azevedo (2007).

Embora a falta de um diagnóstico padrão-ouro para a SM dificulte a realização e comparação de estudos sobre a prevalência da síndrome, pesquisas realizadas em diferentes populações apontam para índices elevados (DBSM-I, 2005). No Brasil, é encontrada uma prevalência semelhante à de outros países, variando entre 35.9 e 43.2% (Gronner et al., 2011). Nesse sentido, do ponto de vista epidemiológico, destaca-se a importância da SM por elevar a mortalidade geral aproximadamente 1,5 vezes e configurar um fator preditivo para eventos cardiovasculares, visto que aumenta a probabilidade de risco de infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, duplicando a mortalidade por essas condições (Yusuf, Gavin, Haffner & Rader, 2006; DBSM-I, 2005). Assim, a elevada frequência da SM está intimamente relacionada à ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) na população, que, em 2004, já somava dois milhões de casos de DCV grave, o que representa 5,2% da

população com idade acima de 35 anos (Azambuja, Foppa, Maranhão & Achutti, 2008).

A SM também predispõe a outras complicações orgânicas, tais como: apnéia do sono, disfunção sexual, infertilidade, síndrome de ovários policísticos, acanthosis nigricans, doença hepática gordurosa não-alcoólica, microalbuminúria, estados pró-trombóticos, estados pró-inflamatórios e de disfunção endotelial e hiperuricemia (Bloomgarden, 2004). No entanto, muitas dessas complicações podem ser prevenidas com uma mudança de atitude em relação aos comportamentos de risco, como parar de fumar e se exercitar regularmente. Isto, quando associado ao aumento do consumo de frutas e vegetais, pode reduzir de 23 a 35.4% a incidência de doenças cardiovasculares (WHO, 2003). Dessa forma, a prevenção ou o tratamento da SM deve considerar como primeira escolha a mudança no estilo de vida do paciente, que consiste na prática de atividade física regular e na adoção de uma alimentação saudável, além de tratamento medicamentoso para os componentes específicos da síndrome, quando necessário (DBSM-I, 2005; Foreyt, 2005).

Esta comprovado que a associação entre uma dieta para a redução de peso e a prática de exercício físico provoca a melhora de todos os componentes da SM, reduzindo a circunferência abdominal, a gordura visceral, a pressão arterial e os níveis de triglicerídeos, aumentando ainda o HDL. Além disso, melhora expressivamente a sensibilidade à insulina e diminui os níveis plasmáticos de glicose, podendo não só prevenir, como também adiar o aparecimento de diabetes tipo 2 (Bo et al., 2007; Ilanne-Parikka et al., 2008; Dagogo-Jack, Egbunu & Edeoga, 2006). Ou seja, programas visando à mudança do estilo de vida cumprem os objetivos propostos para o tratamento da SM (Villareal, Miller, Banks, Fontana, Sinacore & Klein, 2006; Eriksson, Westborg & Eliasson, 2006; Pérez et al., 2010).

Ainda, o sucesso do tratamento está intimamente relacionado à presença de uma equipe multidisciplinar (Stone & Saxon, 2005), visto que a associação entre a prática de atividade física e a alimentação balanceada, quando aliada ao acompanhamento psicológico, apresenta resultados mais satisfatórios, mesmo quando comparada com tratamento medicamentoso isolado (Pugliese, Zanella, Blay, Plavinik, Andrade & Galvão, 2007). Nesse sentido, os profissionais das equipes de saúde devem estar atentos para os

fatores psíquicos que possam estar impedindo a mudança de estilo de vida, visto que esses programas são geralmente caracterizados pela alta taxa de abandono dos pacientes, justamente quando a adesão configura um elemento chave para prevenir as complicações decorrentes da síndrome (Busnello, Bodanese, Pellanda & Santos, 2011).

A dificuldade em aderir ao tratamento possivelmente está relacionada a sua complexidade, considerando que as doenças crônicas exigem um alto comprometimento do paciente e necessitam de um monitoramento contínuo, a longo prazo (Reppold, Poersch & Mazoni, 2009). A adesão, neste caso, deve ser compreendida como um construto multidimensional e está relacionada não somente ao comparecimento às consultas, como à participação ativa do paciente na mudança de múltiplos comportamentos de risco (Delamater, 2006; Cohen, 2009).

Estratégias especialmente eficazes para auxiliar os pacientes a desenvolver estilos de vida saudáveis incluem o estabelecimento de metas realistas em relação ao emagrecimento, conscientização sobre o problema, enfrentamento das barreiras que estejam dificultando a mudança, gerenciamento do estresse, reestruturação cognitiva, prevenção à recaída, suporte da família e de amigos, e comprometimento com a mudança (Foreyt, 2005). Há também evidências de que a auto-eficácia, auto-estima e a prontidão para a mudança, associadas à capacidade de perder peso no início da intervenção, são determinantes para o enfrentamento bem-sucedido do tratamento (Teixeira, Going, Sardinha & Lohman, 2005; Kong, 2010).

Um possível entrave para a adesão aos tratamentos de saúde propostos é a sua adequação à motivação dos pacientes, já que, frequentemente, os programas consideram os indivíduos prontos para realizarem as mudanças, quando, na verdade, eles apresentam dificuldades em seguir as recomendações propostas. Isto compromete severamente a eficácia do tratamento, tornando-se um problema crítico na saúde da população, tanto do ponto de vista econômico, como da qualidade de vida (Prochascka, Prochascka & Johnson, 2006). Na SM, apesar da escassez de estudos abordando esta questão, entende-se como decisivo para a aderência ao tratamento considerar que a mudança comportamental ocorre ao longo de um

processo, no qual as pessoas passam por diferentes níveis de motivação para mudança (Cohen 2009).

Este é o principal pressuposto do Modelo Transteórico de Mudança (MTT), que compreende a adesão como um continuum e tem sido útil não só para promovê-la, mas também para compreender, medir e intervir na mudança de comportamento (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001). Os indivíduos em processo de mudança costumam transitar entre os estágios de Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Esta transição pode ocorrer de modo linear ou espiral, frequentemente alternando as tentativas de mudança com as recaídas aos estágios iniciais, antes de progredir para o estágio de manutenção. Estes estágios estão relacionados não só com os resultados do tratamento, mas com a mudança de comportamento a longo prazo (DiClemente & Prochaska, 1998; Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001).

O MTT foi elaborado a partir das explicações que diversas teorias psicológicas davam ao processo de mudança em uma pessoa, enfatizando a mudança como algo intencional, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais ou biológicas do comportamento. Nesse sentido, o modelo tem como foco compreender o processo de mudança envolvido em comportamentos-problema, substituindo-os por hábitos saudáveis (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

A consolidação do MTT ocorreu durante os anos noventa e foi uma das mais inovadoras propostas na área da saúde, sendo reconhecida sua capacidade de descrever e explicar as diferentes etapas que são comuns na maioria dos processos de mudança de comportamentos já reconhecidos como de risco para a saúde (Cabrera & Gustavo, 2000). Esses processos são definidos como estratégias comportamentais e experienciais específicas, que promovem a mudança na motivação e/ou comportamento, com o objetivo de ajudar a pessoa a avançar por entre os estágios. Podem ser compreendidos por qualquer atividade que auxilie na modificação do comportamento, sentimento, ou forma de pensar (Prochaska et al., 1994).

Além dos processos de mudança, o progresso entre os estágios motivacionais é mediado pelo uso da balança decisional, auto-eficácia e tentações para não seguir os novos comportamentos propostos. Balança

decisional envolve as percepções do indivíduo sobre os prós e contras de mudar o comportamento, já as tentações e a auto-eficácia estão relacionadas à confiança do indivíduo em engajar-se em comportamentos saudáveis durante condições desfavoráveis ou tentadoras, relacionadas ao comportamento-problema (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990; Riebe et al., 2005). O MTT também prevê a existência de outras variáveis relacionadas à mudança, envolvendo o ambiente externo e interno. No primeiro, encontram-se questões referentes ao meio, tais como as relações interpessoais. Já no ambiente interno são consideradas a capacidade cognitiva, a personalidade, a situação financeira e os aspectos da vida pessoal que possam afetar o comportamento-problema (Velicer, Rossi, Prochaska & Diclemente, 1996).

Inicialmente desenvolvido para a interrupção do hábito de fumar, o modelo foi testado em relação a sua aplicabilidade para outros comportamentos, como, por exemplo, o consumo de gordura. Os resultados foram bastante satisfatórios, revelando a capacidade de generalização do modelo (Wright, Velicer & Prochaska, 2009) que, atualmente, é utilizado para, aproximadamente, 50 comportamentos, dentre eles: abstinência sexual, anorexia, uso de medicação, dor nas costas, alcoolismo, bulimia, uso de drogas, uso de preservativos e contraceptivos, uso diário de fio dental, hábitos alimentares, exercício físico, mamografia, doação de órgãos, uso de protetor solar (Hall & Rossi, 2008).

Noia e Prochaska (2010) avaliaram a evidência das propriedades dos estágios de mudança e da balança decisional relacionadas ao comportamento alimentar. Os dados foram retirados de 27 estudos abordando oito diferentes comportamentos e se mostraram consistentes com a teoria relativa ao MTT. Os autores concluíram que o modelo é útil para entender o processo de tomada de decisão envolvendo mudança no comportamento alimentar. Em relação ao exercício físico, o MTT também se mostrou capaz de explicar o comportamento relacionado à prática de atividade física, demonstrando uma correlação significativa entre os construtos do modelo e o ato de exercitar-se (Kim, 2007; Dishman, Jackson & Bray, 2010).

Em uma revisão de literatura, esta foi identificada como a abordagem mais utilizada em intervenções voltadas para a prática de exercício físico e/ou alimentação saudável, não só de forma independente, como também

combinada (Norman et al., 2007), apresentando efeitos significativamente melhores quando comparada com um grupo controle (Johnson et al., 2008). Dessa forma, o modelo mostra-se eficaz em motivar pacientes com diabetes e/ou doenças cardiovasculares para a atividade física (Kirk, MacMillan & Webster, 2010) e é responsável pela melhora nos níveis de glicose e triglicérides, reduzindo o risco cardiovascular em pacientes com SM e hipertensão (Kim, Kim & Park, 2009; Martín et al., 2009). Além disso, encontra-se associado a melhoras significativas na qualidade de vida dos pacientes em tratamento para reabilitação cardíaca (Beckie & Beckstead, 2010).

Apesar do MTT ser aplicado a uma gama crescente de comportamentos (Prochaska, 2008), em uma busca na literatura não foi localizado um número expressivo de ensaios clínicos randomizados, realizados em indivíduos diagnosticados com SM, utilizando o modelo, tampouco foram localizadas publicações de seguimento, até o momento. Diante disso, surge a necessidade de realizar estudos com este delineamento, baseados no MTT, para esta população, visto que esse tipo de estudo é considerado o “de maior força de evidência científica entre as pesquisas de enfoque terapêutico” (Nobre, Bernardo & Jatene, 2004, p. 224). Esses mesmos autores ainda salientam que a presença de seguimento dos pacientes ao longo do tempo, nos ensaios clínicos randomizados, é uma das principais características responsáveis por sua relevância, já que a manutenção a longo prazo da mudança de comportamento, em relação à redução dos fatores de risco à saúde, é essencial para produzir um efeito positivo no desfecho clínico.

Diante da relevância científica deste assunto, esta dissertação tem como objetivo avaliar o efeito de um programa visando à Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular (MERC) em pacientes com SM, aproximadamente, um ano após a avaliação inicial. Também foram estudados os fatores que estiveram associados e predisseram a conclusão do tratamento por esses pacientes.

## **O Programa MERC**

O programa é uma parceria interdisciplinar entre as Faculdades de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia e Psicologia da Pontifícia

Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, CEP 10/05153.

Para participar do MERC os indivíduos devem ter diagnóstico de SM, de acordo com a definição da DBSM-I (2005), idades entre 30 e 59 anos, e escolaridade mínima de 5ª série do Ensino Fundamental. Já aqueles que apresentam: a) Diagnóstico de transtorno psiquiátrico (Adult Self Report, ASR – Achenbach, 2001) e/ou prejuízo cognitivo (Mini exame do estado mental - Folstein, Folstein & McHugh, 1975); b) Contra indicação médica para realização de atividade física; c) Uso de medicamento para glicose e colesterol; d) Prática regular de atividade física com duração de, no mínimo, 30 minutos, duas ou mais vezes na semana; e) Impossibilidade de participação ou de retorno para as avaliações; são excluídos do estudo.

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, onde os voluntários, ao concordarem em participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com informações sobre todos os procedimentos a serem realizados, são alocados em três tipos de intervenção: Intervenção Padrão (IP), Intervenção em Grupo (IG) e Intervenção Individual (II).

1. Intervenção padrão (IP): duas consultas realizadas pela equipe da enfermagem: uma no momento de entrada na pesquisa e outra após três meses. Na primeira consulta os indivíduos recebem orientações em relação ao autocuidado, prática de exercício físico e alimentação (DBSM-I, 2005; Ministério da Saúde, 2005). Na segunda e última consulta são abordadas as facilidades e dificuldades em seguir as orientações de modificação dos hábitos alimentares e da prática regular de exercício físico. Esta intervenção está prevista nas principais diretrizes de manejo clínico da SM e, neste estudo, foi considerada como grupo controle.

2. Intervenção em Grupo (IG): encontros semanais de 1 hora e 30 minutos, com participação de um profissional de cada área da equipe de saúde (psicologia, enfermagem, fisioterapia e nutrição). Nos 30 minutos iniciais é abordado um tema em saúde, e nos 60 minutos seguintes o grupo é conduzido pela psicologia. A intervenção tem duração de três meses e é composta por 12 sessões baseadas no MTT, a partir da adaptação do “Group Treatment for Substance Abuse: A Stage-of-Change Therapy Manual” (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001) para SM.

3. Intervenção Individual (II): três meses de consultas semanais, individuais, com a equipe de psicologia, nutrição e fisioterapia. A intervenção psicológica é realizada por um profissional da equipe de psicologia e baseia-se no MTT, a partir da adaptação do “Group Treatment for Substance Abuse: A Stage-of-Change Therapy Manual” (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001) para SM e para modalidade individual. A intervenção nutricional é baseada nas necessidades de cada participante e o programa de exercícios físicos é composto por sessões de 30 minutos contínuos na esteira, três vezes por semana, conforme preconiza a DBSM-I (2005).

Todos os participantes responderam a uma entrevista estruturada, com o objetivo de investigar dados sociodemográficos, prática de exercício físico e alimentação saudável. Para identificar a prontidão para a mudança e a auto-eficácia para regular hábito alimentar e exercício foram utilizadas a Régua de prontidão (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001) e as Escalas de auto-eficácia para regular hábito alimentar e exercício físico (Bandura, 2006), respectivamente. A régua foi adaptada para cada um dos comportamentos preconizados pela DBSM - I (2005). Também foi avaliada a presença de compulsão alimentar (Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP; Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario, 2001) e stress (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL; Lipp, 2000).

Os componentes da SM, o peso e o IMC, foram avaliados por meio dos resultados dos marcadores bioquímicos sanguíneos, obtidos através da análise do perfil lipídico (HDL-c e triglicerídeos) e glicêmico (glicose de jejum e insulina de jejum); da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), aferidas de acordo com as recomendações preconizadas pela V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006); e do perfil antropométrico, mensurado através da avaliação do peso corporal, da altura e da circunferência abdominal (CA), proporcionando uma classificação dos indivíduos conforme seu estado nutricional através do índice de massa corporal (IMC).

A avaliação dos participantes ocorreu em três momentos distintos: antes do início do tratamento (T1); após o término do tratamento, ou seja, três meses após a primeira avaliação (T2); e, aproximadamente, um ano após o início do tratamento (T3). Os agendamentos eram feitos via contato telefônico por um membro da equipe e as avaliações realizadas no Centro de Reabilitação do

Hospital São Lucas da PUCRS. Todos os participantes foram avaliados por profissionais de saúde treinados, das áreas de psicologia, farmácia, enfermagem, fisioterapia e nutrição.

Os resultados destas avaliações serão apresentados nesta dissertação em duas seções distintas, de acordo com os objetivos propostos.

### **Apresentação da Dissertação**

Na seção 1 serão abordados os aspectos relacionados à adesão ao tratamento, comparando-se as características da linha de base (T1) entre pacientes com SM que concluíram e não concluíram o programa MERC, e identificando-se os fatores associados à conclusão do programa.

Na seção 2 serão descritos os resultados do follow-up (T3) dos indivíduos que participaram do programa MERC, aproximadamente, um ano após a avaliação inicial (T1), com o objetivo de verificar se as mudanças alcançadas ao final do tratamento (T2) foram mantidas em relação às seguintes variáveis: peso, IMC, componentes diagnósticos da SM, auto-eficácia para regular hábito alimentar e exercício físico, e prontidão para mudança em relação aos comportamentos preconizados pela DBSM - I (2005).

### **Referências**

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Alberti, F. G. M. M., & Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*, 15, 539–553.

Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic Syndrome — A new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med*, 23, 469-80.

Azambuja, M. I. R., Foppa, M., Maranhão, M. C., & Achutti, A. C. (2008). Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91 (3), 163-71.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*. Information Age Publishing: Greenwich.

Beckie, T. M., & Beckstead, J. W. (2010). The effects of a cardiac rehabilitation program tailored for women on global quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 19 (11), 1977-85.

Bloomgarden, Z. T. (2004). Definitions of the insulin resistance syndrome. *Diabetes Care*, 27, 824–830.

Bo, S., Ciccone, G., Boldi, C., Benini, L., Dusio, F., Forostiere, G., Lucia, C., Nufi, C., Durazzo, M., Cassoder, M., Gentile, L., & Pagano, G. (2007). Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Metabolic Syndrome. A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern*, 22(12), 1695-703.

Busnello, 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.

Cabrera, A., & Gustavo, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.

Cohen, S. M. (2009). Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. *Nursing Forum*, 44, 25–36.

Dagogo-Jack, S., Egbuonu, N., & Edeoga, C. (2006). Principles and Practice of Nonpharmacological Interventions to Reduce Cardiometabolic Risk. *Medical Principles and Practice*, 19 (3), 167–175.

Delamater, A. M. (2006). Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*, 24 (2), 71-77.

Després, J. P. (2007). Cardiovascular disease under the influence of excess visceral fat. *Crit Pathw Cardiol.*, 6 (2), 51-9.

Diclemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (2th ed.). New York: Plenum Press.

I Diretriz Brasileira para Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. (2005). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84 (1), 3-28.

Dishman, R. K., Jackson, A. S., & Bray, M. S. (2010). Validity of processes of change in physical activity among college students in the TIGER study. *Annals of behavioral medicine*, 40 (2), 164-75.

Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*, 79, 6-16.

Eriksson, K., Westborg, C. J., & Eliasson, M. C. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (5), 453-461.

Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (2001). Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Cholesterol. *JAMA*, 285, 2486–2497.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Foreyt, J. P. (2005). Need for Lifestyle Intervention: How to Begin. *Am J Cardiol*, 96, 11E–14E.

Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 23(4), 215-20.

Gronner, M. F., Bosi, P. L., Carvalho, A. M., Casale, G., Contrera, D., Pereira, M. A., Diogo, T. M., Torquato, M. T. C. G., Souza, G. M. D., Oishi, J., & Leal, A. M. O. (2011). Prevalence of metabolic syndrome and its association with educational inequalities among Brazilian adults: a population-based study. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 44,713-719.

Hall, K. L., & Rossi, J. S. (2008). Meta-Analytic Examination of the Strong and Weak Principles across 48 Health Behaviors. *Preventive Medicine*, 46, 266-274.

Ilanne-Parikka, P., Eriksson, J. G., Lindström, J., Peltonen, M., Aunola, S., Hämäläinen, H., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Valle, T. T., Lahtela, J., Uusitupa, M., & Tuomilehto, J. (2008). Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes Care*, 31(4), 805-7.

Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A., et al. (2008). Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine*, 46, 238-246.

Kerbauy, R. R. (1999). *Comportamento e Saúde*. (2ª Ed.). São Paulo: Esetec Editores.

Kim, Y. H. (2007). Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 936 – 944.

Kim, C. J., Kim, D. J., & Park, H. R. (2009). *Effect of cardiovascular risk factor-reduction program using Transtheoretical Model in type 2 diabetes with metabolic syndrome*. (conference: STTI Biennial Convention). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10755/147092>.

Kirk, A., MacMillan, F., & Webster, N. (2010). Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of Sport and Exercise*, 11 (4), 20-324.

Kong, W., Langlois, M. F., Kamga-Ngande, C., Gagnon, C., Brown, C., & Baillargeon, J. P. (2010). Predictors of success to weight-loss intervention program in individuals at high risk for type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 90, 147–153.

Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Martín, C. R., Sánchez, C. C., Ortiz, L. G., Rodríguez, J. I. R., Sánchez, Y. C., & Marcos, M. A. G. (2009). Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en Atención Primaria: Un ensayo clínico aleatorio. *Revista Española de salud pública*, 83, 441-452.

Miname, M. H., & Chacra, A. P. M. (2005). Síndrome metabólica. *Rev. Soc. Cardiol*, 15(6), 482-9.

Ministério da Saúde. (2005). *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde.

Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2001). Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *Journal of Nutrition*, 131, 881-886.

Nobre, M. R. C., Bernardo, W. M., & Jatene, F. B. A. (2004). A prática clínica baseada em evidências: parte III – avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (2), 221-228.

Noia, J. D., & Prochaska, J. O. (2010). Dietary Stages of Change and Decisional Balance: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Health Behaviour*, 34 (5), 618-632.

Nolte, E., & McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions, a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press.

Norman, G. J., Zabinski, M. F., Adams M. A., Rosenberg D. E., Yaroch A. L., & Atienza A. A. (2007). A Review of Health Interventions for Physical Activity and Dietary Behavior Change. *Am J Prev Med.*, 33(4), 336–345.

Pérez, I. P., Zapata, M. A., Cervantes, C. E., Jarabo, R. M., Grande, C., Plaza, R., Garcia, S., Rodriguez, M. L., Crespo, S., & Perea, J. (2010). Cardiac Rehabilitation Programs Improve Metabolic Parameters in Patients With the Metabolic Syndrome and Coronary Heart Disease. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12 (5), 374-379.

Prochaska, J. O. (2008). Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making*, 28, 845-849.

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.

Prochascka, J. M., Prochascka, 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*. Califórnia: Sage Publication.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13* (1), 39-46.

Pugliese, R., Zanella, M. T., Blay, S. L., Plavinik, F., Andrade, M. A., & Galvão, R. (2007). Eficácia de uma Intervenção Psicológica no Estilo de Vida para Redução do Risco Coronariano. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 89* (4), 225-230.

Reppold, C. T., Poersch, A. L., & Mazoni, C. G. (2009). *Aspectos psicológicos e adesão ao tratamento*. In C. B. A. Gottschall & F. M. Busnello (Eds.), *Nutrição e síndrome metabólica*. São Paulo: Editora Atheneu.

Riebe, D., Blissmer, B., Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K. M., & Nigg, C. R. (2005). Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. *Preventive Medicine, 40*, 769 –778.

Ritchie, S. A., & Connell, J. M. (2007). The link between abdominal obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Nutr Metab Cardiovasc Dis, 17*(4), 319-26.

Sociedade brasileira de Cardiologia (SBC). (2006). V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia –I*.

Steemburgo, T., Dall'alba, V., Gross, J. L., & Azevedo, M. J. (2007). Fatores dietéticos e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 51(9), 1425-33.

Stone, N. J., & Saxon, D. (2005). Approach to Treatment of the Patient with Metabolic Syndrome: Lifestyle Therapy. *The American Journal of Cardiology*, 96 (4A).

Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., & Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev*, 6, 43–65.

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

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

Velicer, W. F., Rossi, J. W., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1996). A Criterion Measurement Model for Health Behavior Change. *Addictive Behaviors*, 21 (5), 555-584.

Villareal, D. T., Miller, B. V., Banks, M., Fontana, L., Sinacore, D. R., & Klein, S. (2006). Effect of lifestyle intervention on metabolic coronary heart disease risk factors in obese older adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84 (6), 317-23.

Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., et al. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373, 1083-1096.

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: WHO.

World health organization. (2012). *Health topics: obesity*. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.

Wright, J. A., Velicer, W. F., & Prochaska, J. P. (2008). Testing the predictive power of the transtheoretical model of behavior change applied to dietary fat intake. *Health Education Research, 24* (2), 224-236.

Yusuf, M. B. B. S., Gavin III, J. R., Haffner, S., & Rader, D. J. (2006). *The Metabolic Syndrome: Etiology, Controversies, and Emerging Therapies*. This CME activity is based on transcripts and slides of presentations as delivered by the faculty at the "The Metabolic Syndrome: Etiology, Controversies, and Emerging Therapies" symposium held at the Hyatt Regency Dallas in Dallas, Texas on November 13, 2005.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Aderir aos tratamentos de saúde propostos e manter as mudanças alcançadas é um desafio tanto para os pacientes, como para os profissionais de saúde envolvidos em programas que visam à mudança do estilo de vida. Para que isso aconteça é necessária a presença de uma equipe interdisciplinar e a adequação das intervenções à motivação dos pacientes, sendo o Modelo Transteórico (MTT) uma abordagem efetiva não só para promover a adesão, como para compreender, medir e intervir na modificação do comportamento, conforme evidenciado nos resultados do programa MERC.

Os indivíduos que participaram do MERC, em sua maioria, concluíram o tratamento, sendo que idade, prática de atividade física, religiosidade, auto-eficácia para regular hábito alimentar, compulsão alimentar e depressão mostraram-se relevantes para predizer a conclusão do programa. Os que não concluíram eram mais jovens, não estavam trabalhando, não eram praticantes religiosos, apresentavam compulsão alimentar grave, depressão e menos motivação. Entre as modalidades de intervenção, os indivíduos do IP foram os que apresentaram maior desistência, ou seja, o MTT mostrou ser uma alternativa efetiva no manejo destes pacientes.

É importante considerar a adesão como um construto multidimensional, que engloba além do comparecimento às consultas, o comprometimento com a mudança, evidenciado nos resultados do follow-up, onde as médias da maioria das variáveis analisadas mostraram-se menores ao longo do tempo. Isto é, o efeito do tempo foi significativo sobre o peso, o índice de massa corporal (IMC), a circunferência abdominal, a pressão arterial sistólica (PAS) e a diastólica. Os grupos diferiram em relação ao peso, com os participantes da II e da IG mantendo os resultados do tratamento e ainda apresentando uma redução significativa quando comparado o follow-up à avaliação inicial, e à PAS, com a II sobressaindo-se em relação às demais intervenções. Assim, no que tange a estas duas variáveis, aqueles que receberam a intervenção baseada no MTT apresentaram resultados melhores do que o grupo controle, sendo a prática do exercício físico fundamental para superioridade da modalidade individual nos resultados da pressão arterial.

Esta é uma das limitações deste estudo, comparar intervenções que diferem entre si não apenas na modalidade de tratamento – grupal e individual, mas também no protocolo de atendimento e no tempo de dedicação dos profissionais. A II, além de consultas individuais com a nutrição e com a psicologia, também oferecia exercício físico monitorado pela fisioterapia três vezes por semana, enquanto a IG realizava um encontro semanal, com todos esses profissionais simultaneamente e não contemplava a realização do exercício. Para poder comparar de modo mais fidedigno intervenções grupais e individuais baseadas no MTT, o ideal seria que a IG também realizasse consultas com a nutrição e atividade física monitorada, da mesma forma que a II.

Questões relacionadas à equipe também devem ser consideradas, pois a alta rotatividade dos profissionais envolvidos dificultou o andamento da pesquisa, por demandar treinamentos constantes, não só para capacitar os novos integrantes, como para alinhar questões relativas aos procedimentos da pesquisa e do tratamento. Ainda, por tratar-se de um programa interdisciplinar, os ruídos na comunicação entre as diversas áreas da saúde e as diferentes formas de manejo do paciente, configuraram um desafio para todos os envolvidos. Isto certamente teve efeito sobre os participantes do programa, contribuindo para a perda amostral.

Futuras investigações com populações maiores, contemplando o papel dos profissionais de saúde na adesão e manutenção do tratamento, bem como os fatores preditivos de manutenção são necessários, tendo em vista que a motivação e o comprometimento do paciente são influenciados também pela postura da equipe de tratamento. No entanto, salienta-se a relevância científica desse estudo, pois, embora o MTT seja uma abordagem amplamente utilizada em intervenções visando à prática de exercício físico e/ou alimentação saudável, não existe um número significativo de publicações em populações com SM, contemplando os aspectos investigados nesta dissertação.

## CATALOGAÇÃO NA FONTE

S964m Susin, Nathália  
Mudança do estilo de vida: adesão e manutenção do tratamento.  
— Porto Alegre, 2013.  
143 f. : il.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia Clínica, PUCRS, 2013.

Orientador: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia Clínica. 2. Síndrome Metabólica (Psicologia Clínica).  
3. Distúrbios do Metabolismo (Psicologia Clínica). 4. Mudança -  
Aspectos Psicológicos. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

CDD: 157.9

Alessandra Pinto Fagundes  
Bibliotecária  
CRB10/1244