

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO
SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO NO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CRACK**

LEDA RÚBIA MAURINA COELHO

**Tese 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 Doutor em Psicologia.**

Porto Alegre

Janeiro, 2016

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

**HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO NO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CRACK**

LEDA RÚBIA MAURINA COELHO

ORIENTADOR: PROF(a). DR(a). Margareth da Silva Oliveira

Tese de Doutorado 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 Doutor em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica

**Porto Alegre
Janeiro, 2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C672h Coelho, Leda Rúbia Maurina

Habilidades sociais e de enfrentamento no tratamento de usuários de crack / Leda Rúbia Maurina Coelho. - Porto Alegre, 2016.

135 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia,
PUCRS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia Clínica. 2. Cocaína Crack. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias – Terapia. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

CDD 157.63

Ficha Catalográfica elaborada por Vanessa Pinent

CRB 10/1297

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

**HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO NO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CRACK**
LEDA RÚBIA MAURINA COELHO

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dra. Margareth da Silva Oliveira

Presidente

Prof. Dra. Karen Priscila Del Rio Szupszynski

Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

Prof. Dra. Márcia Fortes Wagner

Faculdade Meridional – IMED

Prof. Dr. Félix Henrique Paim Kessler

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Porto Alegre

Janeiro, 2016

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Alcides Coelho Júnior, o companheiro mais amoroso e compreensivo que uma doutoranda pode ter, pelas incontáveis vezes que me acolheu em momentos de desespero durante a produção desta tese.

AGRADECIMENTOS

A caminhada até a defesa de uma tese é longa e algumas pessoas tiveram participação especial neste percurso. Irei retomar minha trajetória de forma cronológica para que possa agradecer.

Aos meus pais, Leda Terezinha Corbulim Maurina e Alfredo Remi Maurina, por todo amor, incentivo e até mesmo orações que me fortaleceram nos momentos acadêmicos mais desafiadores.

A minha duplamente colega e dinda, Claudia Mara Boseto Cenci, pela amizade e cumplicidade de tantos anos que torna minha vida tão mais gostosa e que tornou o doutorado mais prazeroso.

A inspiradora Marcia Fortes Wagner por me apresentar o apaixonante universo das habilidades sociais.

A querida orientadora Margareth da Silva Oliverira pela confiança e afeto.

Aos colegas do grupo Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva Comportamental, em especial a colega, Fernanda Pasquoto de Souza, minha super parceira, que contribuiu muito para minha adaptação em Porto Alegre.

Aos estagiários da PUC-RS Dhiordan Cardoso da Silva, Éwerllyn Sbeghen, Fernanda Stein, Gabriela Melo e Madalena Leite; aos estagiários da IMED Priscila da Rosa e Thaianie Peres Andriollos; as auxiliares de pesquisa Carolina Maiato de Lima e Natalia Boff e a colega Marcia Cristina Henrique de Souza, por todo auxílio e empenho na coleta de dados.

A Ceres Oliveira e ao Vinícius Renato Thomé Ferreira pela disponibilidade e apoio na assessoria estatística.

Aos demais amigos e familiares não nominados aqui pela compreensão das ausências e palavras de incentivo.

Minha gratidão e agradecimento.

RESUMO

A presente tese aborda o desenvolvimento e a avaliação dos efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento - THSE para pessoas que usam crack, utilizando como abordagem de intervenção o Modelo de Prevenção de Recaída. Inicialmente são apresentados os contextos teórico e prático da pesquisa, abordando as questões que esta tese se propôs a responder. Para elucidar estes questionamentos a tese foi estruturada em três seções. Na primeira seção, o estudo de delineamento misto teve como objetivo investigar as estratégias e habilidades de enfrentamento de indivíduos que usam crack. Os participantes apresentaram um repertório médio inferior no Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas - IDHEA-AD, e foram criadas quatro categorias a partir das transcrições das entrevistas coletivas: “Habilidades de enfrentamento assertivas e planos para situações de risco”, “Expressão de sentimentos”, “Autocontrole emocional” e “Estratégias de evitação”. A descrição do repertório de habilidades sociais, habilidades de enfrentamento antecipatório, bem como a autoeficácia de pessoas usuárias de crack antes, imediatamente depois o término do programa de treinamento e após três meses é apresentada na seção II. Os achados deste estudo quase experimental demonstraram que os participantes do THSE apresentaram maiores escores de autoeficácia para manutenção da abstinência após a intervenção. Já os escores total IDHEA-AD e dos fatores 1 - “Assertividade e planejamento para situações de alto risco e consumo de substâncias” e 2 - “Expressão emocional de sentimentos positivos para manutenção da abstinência” apresentaram-se médio inferiores antes do THSE, como repertório abaixo da média logo ao término da intervenção, e como repertório elaborado acima da média após três meses. Para os escores do fator 3 - “Autocontrole emocional em situações adversas” os participantes apresentaram um bom repertório de habilidades de enfrentamento na avaliação inicial, passando para um repertório elaborado no pós-THSE e mantendo-se assim no follow-up. Na análise dos escores total e dos fatores do IHS-Del-Prette os participantes conservaram as medidas inalteradas ao longo do seguimento, apresentando um bom repertório de habilidades sociais. Na seção

III foram estudados os fatores preditivos na abstinência de crack. Nesta investigação prospectiva foram preditivas de abstinência as seguintes variáveis: estar trabalhando na avaliação inicial, melhor desempenho nos subtestes WAIS-III de cubos e dígitos, maiores pontuações no escore total do IDHEA-AD, e especialmente no Fator 1 que refere-se as habilidades de enfrentamento assertivas e a planos para situações de risco de uso de drogas. As variáveis sexo, idade, estar estudando, escolaridade, renda familiar, bem como sintomas de depressão, ansiedade e estresse, autoeficácia para abstinência de drogas ilícitas e a participação no programa de THSE não predisseram abstinência de crack.

Palavras-chave: Cocaína/crack. Tratamento. Prevenção de Recaída. Fatores Preditivos. Habilidades de Enfrentamento. Treinamento de Habilidades.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Subárea conforme classificação CNPq: 70710015 (Intervenção Terapêutica)

ABSTRACT

This thesis describes the development and evaluation of the effects of a coping and social skills training – CSST program for people who use crack, using as an intervention approach the Relapse Prevention Model. Initially the theoretical and practical contexts of the research are presented, addressing the issues that this thesis set out to answer. To clarify these questions the thesis was structured in three sections. In the first section, the mixed design study aimed to investigate the coping skills and strategies of individuals who use crack. Participants had a lower middle repertoire in the “*Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas – IDHEA-AD*” and from transcripts of the interviews were created four categories: "Coping skills and plans for risk situations", "Expression of feelings," "Emotional self-control" and "Avoidance strategies". The description of social skills repertoire, anticipatory coping skills and self-efficacy of crack users before, immediately after completion of the training program and after three months is presented in section II. The findings of this quasi-experimental study demonstrated that participants had higher self-efficacy CSST scores for maintaining abstinence afterwards intervention. As for the overall IDEA-AD scores and the factors 1 - "Assertiveness and planning for high-risk situations and substance consumption" and 2 - "Emotional expression of positive feelings for abstinence maintenance" presented themselves lower middle before CSST as repertoire below average at the end of the intervention, and in-depth repertoire above average after three months. For the factor 3 scores - "Emotional self-control in adverse situations" participants had a good repertoire of coping skills in the initial assessment, increasing to in-depth repertoire in the post-CSST and thus remaining at follow-up. In analysis of overall scores and IHS-Del-Prette factors participants retained the measures unchanged during the pursuance, presenting a good repertoire of social skills. In section III predictive factors in crack withdrawal were studied. In this prospective investigation the following variables were considered as predictive of abstinence: be working in the initial assessment, improved performance in block design and digit span WAIS-III subtests, higher grades in IDHEA-AD final score, and especially in Factor 1,

which refers to the assertive coping skills and plans for drug use risk situations. Variables gender, age, be studying, education, family income, as well as symptoms of depression, anxiety and stress, self-efficacy for abstinence from illicit drugs and participation in CSST program did not predict crack withdrawal.

Keywords: Cocaine/crack. Treatment. Relapse Prevention. Predictive Factors. Coping Skills. Skills Training.

CNPq area: 7.07.00.00-1 (Psychology)

CNPq sub-area: 70710015 (Therapeutic Intervention)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	04
AGRADECIMENTOS	05
RESUMO	06
ABSTRACT	08
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Contexto do pesquisador.....	14
1.2 Contexto teórico.....	15
1.2.1 Drogas, prevalência e uso de crack.....	15
1.2.2. Treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento: promovendo fatores de manutenção da abstinência.....	18
1.2.3. Alguns estudos com uso de treinamentos de habilidades no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.....	23
1.3 Contexto prático.....	24
Referências.....	27
2. SEÇÃO 1. ESTRATÉGIAS E HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO DE USUÁRIOS DE CRACK EM TRATAMENTO	35
2.1 Método.....	37
2.1.1. Delineamento.....	37
2.1.2 Participantes.....	37
2.1.3 Instrumentos.....	38
2.1.4 Aspectos éticos.....	39
2.1.5 Coleta de dados.....	39
2.1.6 Análise dos dados.....	40
2.2 Resultados.....	41
2.3 Discussão.....	44
2.4 Considerações finais.....	49
Referências.....	51
3. SEÇÃO 2. EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO PARA USUÁRIOS DE CRACK	55
3.1 Introdução.....	55
3.2 Método.....	58
3.2.1 Delineamento.....	58
3.2.2 Participantes.....	58
3.2.3 Instrumentos e materiais.....	60
3.2.4 Procedimentos.....	62
3.3 Resultados.....	65
3.4 Discussão.....	67
3.5 Considerações Finais.....	70
Referências.....	72
4. SEÇÃO 3. FATORES PREDITIVOS PARA MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA DE CRACK	78
4.1 Introdução.....	78
4.2 Método.....	80
4.2.1 Delineamento.....	80

4.2.2 Participantes.....	80
4.2.3 Instrumentos.....	80
4.2.4 Procedimentos.....	82
4.3 Resultados.....	83
4.4 Discussão.....	89
4.5 Considerações Finais.....	94
Referências.....	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	102
APÊNDICES.....	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma.....	83
-----------------------------------	-----------

LISTA DE TABELAS

Seção 1

Tabela 1 - Caracterização Geral e Por Tempo de Abstinência dos Escores do IDHEA-AD.....	41
Tabela 2 - Comparação Do Repertório De Habilidades De Enfrentamento De Acordo Com o Tempo de Abstinência.....	42
Tabela 3 - Categorias, Subcategorias E Exemplos De Habilidades De Enfrentamento obtidas Nas Entrevistas Grupais.....	43

Seção 2

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	59
Tabela 2 - Programa de atividades do THSE.....	64
Tabela 3 - Comparação dos escores dos instrumentos DASE, IDHEA-AD e IHS- Del-Prette ao longo do seguimento.....	65
Tabela 4 – Análise de regressão multivariada.....	67

Seção 3

Tabela 1 - Caracterização da amostra e comparação entre os grupos abstinente e não-abstinente.....	84
Tabela 2 - Comparação entre os grupos abstinente e não-abstinente em função dos testes.....	86
Tabela 3 - Correlações entre o tempo de abstinência no final do estudo e o desempenho nos testes.....	88

1. INTRODUÇÃO

A introdução desta tese objetiva contextualizar e descrever o desenvolvimento de todo o trabalho, desde a escolha do tema até a conclusão da pesquisa. Inicialmente é apresentada uma contextualização sobre a inserção deste projeto no Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo Comportamental, o interesse pela temática e a sua relação com a trajetória profissional da doutoranda. Este tópico será intitulado “Contexto do pesquisador”. O segundo tópico, intitulado “Contexto teórico”, irá expor dados epidemiológicos e explicitar as bases teóricas, apresentando alguns conceitos centrais, pesquisas na área em que este trabalho está inserido, justificando a importância deste tema. O último tópico, “Contexto prático”, contemplará o que foi realizado e o que foi encontrado, descrevendo quais foram as questões a que esta tese buscou responder, seus objetivos e o delineamento de cada estudo. Conforme o modelo proposto no Ato de Deliberação 05/2012 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, a estrutura da tese deve conter três artigos, que aqui serão nominados de seções.

1.1 Contexto do pesquisador

Esta tese tem como foco a avaliação e treinamento das habilidades sociais e de enfrentamento de pessoas que usam *crack*. O Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo Comportamental da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, desde sua origem em 2001, trabalha com avaliação e tratamento da dependência química, utilizando o modelo de Prevenção de Recaída (Marlatt & Gordon 1985; Marlatt & Donovan, 2008) e há dez anos vem investigando a relação da dependência química com habilidades sociais. A pesquisadora esteve engajada com a temática da dependência química desde suas primeiras experiências de iniciação científica ainda na graduação e manteve este tema como foco do seu trabalho nos cursos de Especialização em Intervenções Psicossociais e

Mestrado em Educação (todos na Universidade de Passo Fundo), bem como na sua atuação na clínica e no ensino superior. Nos anos de 2011 e 2012, passou a coordenar o projeto de extensão “Treinamento de Habilidades Sociais em Usuários de Substâncias Psicoativas” na Faculdade Meridional- IMED, o qual foi executado na Comunidade Terapêutica em que era responsável técnica da psicologia e supervisora de estágios.

A partir do início desta experiência, aproximou-se do grupo da professora Margareth da Silva Oliveira, quando surgiu a possibilidade de desenvolver uma proposta de pesquisa de doutorado vinculada ao projeto que, na época, estava em construção e era nominado de “Validação transcultural de intervenção no treino de habilidades sociais”. Em 2012, este projeto foi reorganizado, sendo intitulado “Efetividade de um programa multimodal para mudança de estilo de vida” e tornando-se mais amplo. Além da tese que está sendo apresentada nesta introdução, estão vinculadas a ele outra tese de doutorado em andamento e uma dissertação de mestrado que foi concluída em março de 2015.

1.2 Contexto teórico

1.2.1 Drogas, prevalência e uso de *crack*

Há milhares de anos as drogas, em suas mais variadas formas, são usadas e provavelmente acompanharão toda história da humanidade (Duarte & Morihina, 2011). Em quaisquer tempos ou localização geográfica, elas estiveram (e estão) presentes no cotidiano de homens e mulheres. Segundo a Organização Mundial de Saúde, droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas que alteram o funcionamento cerebral, modificando o psiquismo através da alteração do estado de consciência, são conhecidas como psicoativas (Seibel, 2010).

O uso de substâncias é realizado com diferentes finalidades, tais como “aliviar a dor, baixar ansiedade, reduzir a sensação de cansaço, de depressão; obter prazer, entre outras” (Buchele & Cruz, 2008, p. 67). A mesma droga pode ser usada objetivando produzir efeitos benéficos para a saúde – como os medicamentos no tratamento de doenças – e, em outras situações, maléficos, neste caso sendo considerado tóxico ou veneno (Nicastri, 2006). A dependência não acontece com todos os usuários, ou seja, um padrão de consumo problemático e com perda de controle que pode ser entendido como uma doença; segundo os critérios diagnósticos, está relacionada ao mecanismo de ação de várias substâncias psicoativas. Durante muito tempo, não havia estudos científicos e não se sabia dos efeitos negativos que elas poderiam causar. Hoje, as consequências individuais e sociais do uso abusivo e da dependência de drogas são de conhecimento da população em geral. Infelizmente, entre tantas outras questões de saúde, o tráfico e a violência que dele decorre, assim como o uso e abuso das drogas, fazem parte do cotidiano dos cidadãos brasileiros (Araújo, 2010).

E quando se fala em uma droga específica como o *crack*, tão explorada pela mídia no Brasil, torna-se importante a breve descrição de alguns aspectos “químicos”, históricos e epidemiológicos. O *crack* é um derivado da cocaína, que é uma droga/ substância psicoativa estimulante do sistema nervoso central. É feito a partir da combinação da pasta básica com bicarbonato de sódio, podendo ser inalado ou fumado, produzindo efeitos mais rápidos ou intensos, que duram aproximadamente cinco minutos (Lima, Silva, & Ribeiro, 2012; Rodrigues, Horta, Szupzinsky, Souza, & Oliveira, 2013). Em função da duração efêmera do efeito, os usuários descrevem “fissura” (craving em inglês), quase incontrolável (Araújo et al., 2011).

Estudos socioetnográficos norte-americanos do início da década de 80 do século XX indicam que o *crack* surgiu nos Estados Unidos - EUA (Kessler & Pechansky, 2008). Inicialmente produzido e utilizado em grupos dentro de casas, o *crack* era consumido por jovens que usavam maconha e poliusuários e, com a expansão do HIV/AIDS, pessoas que usavam cocaína injetável acabaram optando por ele, buscando uma administração da droga mais segura sem prejuízo na intensidade dos efeitos (Dunn & Laranjeira, 1999). Os poucos

relatos de como o *crack* chegou ao Brasil, em sua maioria, são provenientes de documentos policiais ou da imprensa (Perrenoud & Ribeiro, 2012). Em 1991 ocorreu a primeira apreensão da droga, porém o estudo qualitativo de Nappo et al. (1994) descreve o aparecimento e início da popularização ainda em 1989 (Schaurich et al., 2012).

Os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, que teve 4607 mil participantes com mais de 14 anos em 149 municípios do país no ano de 2005, apontam que da população pesquisada 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso na vida. Houve um aumento de 0,6% se comparado com os dados de 2001. Este estudo revela que um em cada cem adultos brasileiros já usou cocaína fumada (*crack*/merla e oxi) no último ano, representando 1 milhão de pessoas, e aproximadamente 2 milhões já usaram *crack* pelo menos uma vez na vida, sendo que estes representam 1,4% dos adultos e 1% dos jovens da população do país (Instituto Nacional de Pesquisa em Álcool e Drogas - INPAD, 2012).

Uma pesquisa que objetivou estimar o número de pessoas que usam *crack* e/ou similares nas capitais do país e no Distrito Federal foi encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas à Fundação Oswaldo Cruz. A estimativa encontrada de indivíduos que usam de *crack* e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi) de maneira regular, especificamente nas capitais da macroregião Sul do país, é de 1,05% da população, superando os 0,81% da população que foi estimada como consumidora em todas as capitais brasileiras (Bastos & Bertoni, 2014).

Já nos EUA, estudo publicado em 2012 registrou o uso de cocaína-*crack* na vida e nos últimos doze meses em diferentes faixas etárias: entre 12 e 17 anos, no último ano 0,10% e na vida também 0,10%; entre 18 e 25 anos, no último ano 0,40% e na vida também 1,90%; e 26 anos ou mais, no último ano 0,40% e na vida também 4,20%. (Sanchez et al., 2011). Na Europa, 27% dos 67.000 participantes que usavam cocaína de um estudo realizado em 2008 eram usuários de *crack*; números que se refletem especialmente nos Países Baixos e na França, onde há cerca de 2000 indivíduos que usam *crack*, o que representa, respectivamente, 30% e 23% das pessoas que usam cocaína,

enquanto na Itália e na Espanha estes representam 1% e 3% (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006).

Muitos dessas pessoas descritos nos parágrafos anteriores preenchem, ou em um futuro breve poderão preencher, critérios diagnósticos para os Transtornos Relacionados a Estimulantes da quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM-V (American Psychiatric Association, 2014). Os critérios estão agrupados em baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos, sendo necessária a manifestação de dois nos últimos doze meses. São eles uso do estimulante por mais tempo ou em quantidades maiores que o planejado; desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo; muito tempo gasto em atividades para obter, usar e, sob efeitos da substância estimulante, sofrer fissura, prejuízo no desempenho de atividades familiares, ocupacionais ou sociais; uso continuado apesar de problemas interpessoais, sociais e físicos, restringindo o repertório de vida; uso em circunstâncias de exposição a risco, abstinência e tolerância.

1.2.2. Treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento: promovendo fatores de manutenção da abstinência

Existem variados modelos de tratamento para a dependência de drogas, cientificamente recomendados, que já tiveram sua efetividade avaliada e, muitas vezes, para um mesmo sujeito, constituem-se em abordagens complementares, de maneira que não devem ser vistos como excludentes (De Boni & Kessler, 2011). O tratamento para a dependência do *crack* é um questão recente. Até o momento não existem modelos de atenção especificamente concebidos para esses pacientes (Ribeiro & Laranjeira, 2012). Considerando esta afirmação, Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2009) afirmam que pacientes que usam *crack* são de difícil tratamento, sendo os que menos procuram ajuda e os que têm os maiores índices de abandono no tratamento.

É importante mencionar que, em qualquer modalidade de intervenção, seja ela de prevenção ou tratamento, é necessário identificar e minimizar

fatores de risco, ou seja, as “circunstâncias sociais ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados como o de usar drogas” (Albertani et al., 2006, p.118). Estes fatores podem ser observados em diferentes contextos da vida: pessoal (que inclui predisposição genética, transtornos psiquiátricos, bem como pouca capacidade de lidar com exigências interpessoais, entre outros), familiar e social, sendo que este último abrange escola, trabalho e comunidade (Oliveira, Oliveira, & Kerr-Correa, 2013).

Donovan (2009) corrobora dizendo que atualmente fatores isolados já não explicam mais comportamentos de risco que podem se configurar como transtornos complexos como a dependência de drogas. Afirma ainda que o modelo biopsicossocial, um modelo integrativo, multifatorial, pode proporcionar clareza necessária para a área, considerando variáveis diversas como as dos contextos citados anteriormente. Ao fazer referência aos fatores do contexto pessoal, refere-se também aos psicológicos, nos quais estão incluídas as habilidades de enfrentamento.

As habilidades de enfrentamento podem ser definidas como as utilizadas para enfrentamento de situações de alto risco de consumo de álcool e outras drogas, ou seja, em momentos de proteção à abstinência (Marlatt & Donovan, 2009). Para tanto, o indivíduo faz uso de estratégias cognitivas e comportamentais disponíveis no seu repertório (Donovan, 2009). Quanto mais situações de alto risco de uso de drogas o indivíduo enfrentar e nas quais for bem-sucedido, mais chances tem de confiar na sua capacidade de lidar com momentos difíceis prevenindo a recaída. O modelo conhecido como Prevenção de Recaída foi proposto na década de 80 do século XX e apresentado na obra de Marlatt e Gordon (1985). E, em sua segunda edição, Marlatt e Donovan (2009) referem que este é um modelo baseado em uma estrutura cognitivo-comportamental que tem como objetivo principal promover habilidades de prevenção à recaída em situações de risco, utilizando estratégias de enfrentamento (Marlatt & Witkiewitz, 2009).

Entre as diversas demandas presentes em situações de alto risco de consumo de drogas impostas às pessoas que desejam se manter abstinentes, Donovan (2009) destaca as mais comuns: experiência de sentimentos

negativos (como depressão, tédio e solidão); desejo de obter os aspectos positivos que o consumo de drogas proporcionava, como fazer parte de um grupo social; pressão para usar, o que inclui frequentar os contextos de uso e manter contato com os companheiros que continuam consumindo drogas; e experiência de ressentimento e raiva resultantes de conflitos interpessoais. Para diminuir a probabilidade de um lapso (ou recaída), é importante desenvolver um conjunto de habilidades de enfrentamento para que o indivíduo consiga lidar de maneira mais adequada/adaptativa com estas demandas.

Pensando nas demandas citadas acima, entre as habilidades que poderiam contribuir para a abstinência de drogas como o *crack*, é possível destacar alguns exemplos: conversar, resolver problemas de relacionamento, fazer e receber elogios, receber críticas, fazer críticas construtivas, recusar bebidas alcóolicas ou outras drogas, pedir ajuda, entre outros (Rangé & Marlatt, 2008). Sá (2013) destaca que, ao observar atentamente os exemplos referidos anteriormente, é possível verificar que muitas delas são habilidades sociais. Como as habilidades de enfrentamento também incluem habilidades intrapessoais, são um constructo mais amplo, porém, mesmo não sendo sinônimas, é inegável que o enfrentamento na manutenção da abstinência inclua necessariamente o desempenho de habilidades sociais. Tal afirmação é complementada pelo pensamento de Rangé e Marlatt (2008) quando destacam que as habilidades sociais básicas estão envolvidas no desenvolvimento das de enfrentamento efetivas. Com isso, déficits em habilidades sociais têm sido apontados em muitas investigações como fator de risco ao uso de drogas e transtornos relacionados a substâncias (Sá, 2011).

Entende-se por comportamento socialmente hábil o conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando-os nos demais e geralmente resolvendo os problemas imediatos da situação, enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (Caballo, 2010). Essa definição pode ser complementada por aquela que caracteriza as habilidades sociais como diferentes classes de comportamentos sociais do sujeito para responder de maneira adequada às demandas de situações oriundas dos relacionamentos

interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2010). Ainda é importante diferenciar habilidades sociais de competência social: competência social é uma expressão avaliativa alicerçada em julgamentos sobre o desempenho adequado de tarefas sociais, realizados por agentes sociais com que a pessoa interage. A partir desta compreensão, as habilidades sociais são os comportamentos apresentados na situação específica em que são avaliados como competentes ou não na realização da tarefa social (Gresham, 2011).

Sabe-se que não há consenso quanto à definição de habilidades sociais; entretanto, este termo é utilizado, geralmente, para denominar capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais (Bolsoni-Silva, 2002). Com isso, pode-se dizer que as habilidades sociais devem ser contextualizadas, levando-se em conta padrões de comunicação que dependem de fatores como idade, educação, classe social e gênero, os quais podem variar amplamente dentro de uma mesma cultura (Caballo, 2007).

As interações sociais cotidianas possibilitam processos de aprendizagem e aperfeiçoamento de habilidades sociais, de maneira natural, ao longo da vida. Quando essas vivências não são favoráveis, podem surgir déficits de habilidades sociais que impactam negativamente as relações interpessoais, estando geralmente associados a dificuldades na relação com outras pessoas, podendo ser fator que predispõe os sujeitos a desenvolverem distúrbios psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2011). O uso abusivo do álcool e outras drogas, assim como outros comportamentos disfuncionais, estão associados à inadequação social, que pode ser considerada tanto consequência quanto sintoma de uma psicopatologia (Caballo, 2007). Recorrer ao consumo de álcool e outras drogas como forma de amenizar uma situação estressante e melhorar a capacidade de interação com seus pares, devido à indisponibilidade ou à percepção de outros recursos, que não envolvam o seu consumo, para lidar com determinadas situações, é comum em indivíduos (Maisto, Connors, & Zywiak, 2000).

Um bom repertório de habilidades sociais faz com que o indivíduo aumente a probabilidade de prevenir situações de risco ou enfrente-as sem consumir as substâncias. Nessa perspectiva, enquanto os déficits de habilidades sociais são considerados fatores de risco para o uso e a

dependência de álcool e outras drogas, um repertório satisfatório delas torna-se fator de proteção, sendo descrito como uma das possíveis variáveis requeridas para abstinência, por estar associado às habilidades de enfrentamento (Ball et al., 2007; Monti et al., 2005; Rohsenow, Martin, & Monti, 2005).

Epstein et al. (2007) destaca que, nas últimas décadas, estudos vêm buscando evidências de que níveis menores de consumo de álcool e outras drogas podem estar relacionados às habilidades sociais. Tais pesquisas avaliam dependentes em tratamento e pós-tratamento utilizando o treinamento de habilidades e apresentam evidências de que, de alguma maneira, o repertório de habilidades sociais e de enfrentamento regula algum aspecto do uso de substâncias, como a frequência de lapsos e recaídas e até mesmo o tempo de abstinência.

O treinamento de habilidades de enfrentamento é utilizado na abordagem da prevenção de recaída visando promover respostas alternativas a situações de alto risco de consumo de álcool e outras drogas. É usado também para renovar ou melhorar comportamentos deficientes em pacientes que necessitam aprender comportamentos de enfrentamento que atualmente não constam no seu repertório (Kadden & Cooney, 2009). O manual de treinamento de habilidades de enfrentamento de Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney e Abrams (2005) organiza as habilidades de enfrentamento em duas categorias: interpessoais e intrapessoais. Nesta tese, a proposta de treinamento abordou a categoria das habilidades de enfrentamento interpessoais, enfatizando o treinamento de habilidades sociais.

Comumente é utilizada a denominação Treinamento de Habilidades Sociais- THS para descrever intervenções desenvolvidas na área das habilidades sociais (Wagner, Oliveira, & Caballo, 2011). O THS é uma técnica que visa incrementar e promover as competências dos sujeitos em situações críticas da vida (Caballo, 2007). Segundo Del Prete e Del Prette (2011), um programa de THS pode ser definido como um conjunto de atividades previamente planejadas que dão estrutura aos processos de aprendizagem, sendo mediadas por um coordenador ou terapeuta, objetivando aumentar a frequência ou aprimorar a proficiência de habilidades sociais já aprendidas,

mas deficitárias, assim como ensinar novas habilidades sociais significativas e extinguir ou diminuir comportamentos concorrentes com tais habilidades (Del Prette & Del Prette, 2011). Segundo Bolsoni-Silva (2002), THS tanto pode ser utilizado como principal instrumento do processo terapêutico ou ainda como parte deste. Felicissimo et al. (2011) corrobora, destacando que atualmente programas de tratamento ao uso de drogas têm empregado o THS como parte do seu processo. A prática de habilidades durante os treinamentos deve reforçar as expectativas do indivíduo de que é capaz de responder de maneira eficaz, sem usar drogas, mediante situações de risco na vida real, ou seja, deve aumentar a auto eficácia (Monti et al., 2005).

Segundo Bandura (1989, 1999), a autoeficácia pode ser entendida como a convicção de capacidade do próprio indivíduo, ou seja, é a expectativa no seu desempenho para alcançar um efeito almejado em uma tarefa específica. A autoeficácia para abstinência diz respeito à percepção do indivíduo sobre a sua capacidade de enfrentar uma situação de risco sem consumir álcool ou outras drogas (Freire, 2009). Assim, habilidades de enfrentamento e autoeficácia parecem estar intimamente relacionados, pois o enfrentamento “reflete o grau de confiança que o indivíduo possui sobre defrontar-se com situações de alto risco de recaída” (Donovan, 2009, p.32).

1.2.3. Alguns estudos com uso de treinamentos de habilidades no tratamento da dependência de álcool e outras drogas

Para o exame de qualificação do projeto desta tese, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de buscar evidências empíricas acerca da efetividade de programas de tratamento para pessoas com dependência de álcool e outras drogas que incluam módulos ou sessões de treinamento de habilidades sociais, de enfrentamento e de recusa. Foi realizada uma busca em cinco bases de dados: PubMed/MEDLINE, Embase, PsycInfo, Cochrane Library e Eric, sendo utilizados os seguintes descritores em língua inglesa *Refusal, Skills, coping skills, training social skills, drug dependence, drug abuse, clinical Trial, crack cocaine, alcohols*, indexados no

Medical Subject Headings (MESH). Foram incluídos no estudo artigos publicados no período de janeiro de 2004 a setembro de 2013, realizados com adultos que estavam em tratamento. Os cinco artigos selecionados apontam efetividade quanto ao uso de treinamentos de habilidades e revelam a autoeficácia como importante aliada para o auxílio da manutenção da abstinência (Grawe et al., 2007; Litt et al., 2008; Litt et al., 2009; Rohsenow et al., 2004; Witkiewitz, Donovan, & Hartzler, 2012).

No cenário nacional, são poucos os estudos que versam especificamente sobre o treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento voltados para o tratamento da dependência química. Essas produções dissertam sobre a terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco, como parte das estratégias de prevenção à recaída, apresentando o modelo desenvolvido na década de 80 por Monti e colegas (Bordin et al., 2010; Sakiyama, Ribeiro & Padin, 2012; Silva & Serra, 2004; Zanelatto, 2013; Zanelatto & Sakiyama, 2011). O texto de Rangé e Marlatt (2008) descreve um modelo de tratamento em grupo que teria a abstinência como meta final usado em grupos de pessoas com transtorno por uso de álcool, no qual os participantes foram avaliados antes e após este programa. Os mesmos autores ainda descrevem neste mesmo texto um programa de treinamento de habilidades sociais em um grupo de intervenção hipotético para ser usado em outros grupos. Não foram localizadas publicações nacionais que versem especificamente sobre a avaliação dos efeitos dos programas de treinamento de habilidades no tratamento de pacientes que consomem álcool ou outras drogas utilizando instrumentos que avaliem os constructos habilidades sociais, habilidades de enfrentamento e autoeficácia. Além deste dado referente à realidade brasileira, nenhum dos estudos localizados na revisão de literatura realizada em língua inglesa citada anteriormente contempla participantes usuários de *crack*.

1.3 Contexto prático

Esta tese buscou responder às seguintes questões:

a) Quais são as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes que usam *crack*? Esta questão deu origem ao artigo “Estratégias e habilidades de enfrentamento de usuários de *crack*”, apresentado na seção I.

b) Quais são os efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento desenvolvido para pessoas que usam *crack*? Originou o artigo “Efeitos de um Programa de Intervenção de Habilidades Sociais e de Enfrentamento para Usuários de *Crack*”, apresentado na seção II.

c) Habilidades de enfrentamento e autoeficácia para abstinência de drogas são fatores preditivos para manutenção da abstinência de *crack* em longo prazo? Esta questão originou o artigo “Fatores preditivos para manutenção da abstinência de crack”, apresentado na seção III.

Antes de apresentar os objetivos e os procedimentos, é relevante contextualizar os locais de coleta e descrever quem foram os participantes desta pesquisa. As Políticas Públicas sobre Drogas definem as Comunidades Terapêuticas como uma espécie do gênero dos serviços de “Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso do álcool, *crack* e outras drogas” que funcionam em regime residencial. Existem Comunidades Terapêuticas específicas para públicos distintos: adolescentes, homens e mulheres. A legislação vigente prevê que o usuário residente permaneça na instituição por um período de seis meses, com prorrogação por mais três meses sob justificativa da equipe técnica. No período de permanência na Comunidade, os residentes têm seu projeto terapêutico singular, que engloba atividades individuais e coletivas de orientação sobre uso de álcool e outras drogas, atividades terapêuticas, de lazer e cultura, entre outras, desenvolvidas pela equipe coordenada pelo responsável técnico de nível superior (Kerr-Corrêa & Maximiano, 2013). É importante destacar que, mesmo não sendo obrigatória a presença do profissional psicólogo na equipe mínima para funcionamento das Comunidades Terapêuticas, este está presente em todas as instituições que participaram deste estudo. Os participantes do estudo foram homens e mulheres que usam *crack* internados em comunidades terapêuticas, com idades entre 18 e 59 anos, que, no momento da avaliação inicial, estavam abstinentes há pelo menos quinze dias. Ter cursado menos de cinco anos no ensino fundamental bem como a presença de funcionamento

psicóticos e de prejuízos cognitivos significativos que dificultem o entendimento da avaliação (verificados na avaliação através do Miniexame do estado Mental) foram considerados como critérios de exclusão.

Diante das questões expostas anteriormente, esta pesquisa teve como objetivo geral desenvolver e avaliar os efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento para pessoas que usam *crack*. Os objetivos específicos foram os seguintes: a) investigar as estratégias e habilidades de enfrentamento de usuários de *crack* em tratamento; b) observar e descrever se houve mudanças nas classes ou no repertório geral nas habilidades sociais e nas habilidades de enfrentamento imediatamente após o término do programa de treinamento e após três meses; e c) estudar os fatores preditivos: identificar se habilidades de enfrentamento e autoeficácia para abstinência de drogas estão associadas à manutenção da abstinência em 8,5 meses após a avaliação inicial.

A questão “a” foi respondida por meio de uma pesquisa descritiva, cuja opção metodológica recaiu sobre o delineamento misto que integra as abordagens quantitativa e qualitativa na investigação. A pesquisa quantitativa utilizou como instrumento o Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD); a parte qualitativa foi realizada através de entrevista grupal semiestruturada, desenvolvida na primeira sessão do Treinamento de Habilidades Sociais e de Enfrentamento. A questão “b” tinha como hipóteses que a intervenção baseada no Treinamento de Habilidades Sociais e de Enfrentamento produz mudanças entre o pré e pós-tratamento no repertório geral, nas classes de habilidades sociais, bem como nas habilidades de enfrentamento de situações de risco ao consumo de *crack*. O procedimento adotado neste estudo foi um delineamento de grupo, *quase experimental*. A questão “c”, estudo dos fatores preditivos para abstinência, esperava encontrar que habilidades de enfrentamento e autoeficácia para abstinência de drogas são importantes preditores de manutenção da abstinência de *crack*. Este foi um estudo prospectivo, de fatores preditivos. Após a apresentação das três seções, constam as Considerações Finais da presente tese, seguidas dos Apêndices.

REFERÊNCIAS

- Albertani, H., Scivoletto, S., & Zemel, M. (2006). Prevenção do uso de drogas: fatores de risco e fatores de proteção. Em *Curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas*. Secretaria Nacional Antidrogas, Ministério da Educação, Universidade de Brasília; Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ArtMed.
- Araújo, R. B. Balbinot, A. D., Castro, M.G.T., Rocha, M. R., Miguel, S. R. P.S., Cohen, M., & Pedroso, R. S. (2011) Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do craving em um dependente de crack. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 33,181-188.
- Araújo, R. B., Pansard, M., Boeira, B. U., & Rocha, N. S. (2010). As Estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Revista HCPA/UFRGS*, 30, 36-42.
- Ball, S. A., Todd, M., Tennem, H., Armeli, S., Mohr, C., Affeck, G. , Kraznler, H. (2007) Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking *Addictive Behaviors*, 32 (6), 1105-1118.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1999). A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: an agentic perspective. *Psychological Science [Special Section]*, 10 (3) 214-217.
- Bastos, F. I. P. M., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Bolsoni-Silva, A. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233-242.
- Bordin, S., Zanelatto, N., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010). Treinamento de Habilidades Sociais e de Enfrentamento de Situações de Risco. In: Figlie, N.B., Bordin, S., & Laranjeira, R.(Eds). *Aconselhamento em Dependência Química* (2ª ed.) (pp. 313-354). São Paulo: Roca.
- Buchele, F., & Cruz, D. (2008). Aspectos socioculturais relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas. Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais* (pp. 65-77). Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas.
- Caballo, V. (2010). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos.
- Caballo, V. (2007). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (2ª ed.). (M. D. Claudino, trad). São Paulo: Livraria Santos.
- De Boni, R., & Kessler, F. (2011). Tratamento. Em *Prevenção ao uso indevido de drogas. Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Dell Prette, A., & Dell Prette, Z. A. P. (2010a). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo* (8ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Dell Prette, A., & Dell Prette, Z. A. P. (2011b). *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diehl, A. Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R., (2011) *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Donovan, D.CM., & Marlatt, G. A. (Orgs.) (2010). *Avaliação dos comportamentos dependentes*. São Paulo: Roca.

- Donovan, D. M. (2009). Avaliação dos comportamentos dependentes na prevenção da recaída. In: Donovan, D.M. & Marlatt, G.A. (Orgs.), *Avaliação dos comportamentos dependentes* (pp. 1-50). São Paulo: Roca.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4), 545-557.
- Duarte, C., & Morihisa, R. S. (2011). Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas. Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais* (pp. 41-49). Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Dunn, J., & Laranjeira, R. (1999). Transitions in the route of cocaine administration characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 94(6), 813-24.
- Epstein, J. A., Zhou, X.K., Bang, H., & Botvin, G.J. (2007). Do competence skills moderate the impact of social influences to drink and perceived social benefits of drinking on alcohol use among inner-city adolescents? *Prevention Science*, 8, 65-73.
- Felicissimo, A., Casela, A., & Ronzani, T. (2011). *Análise bibliométrica da literatura sobre habilidades sociais e alcoolismo*. In: Comunicação apresentada no III Seminário Internacional de Habilidades Sociais. Taubate, São Paulo.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 556-69.
- Freire, S. (2009). Evidências de validade da “Escala de auto eficácia para abstinência de drogas” (EAAD) e da “Escala de tentação para uso de drogas” (ESTUD) em dependentes de cocaína e crack internados (Dissertação de Mestrado). Recuperado de : <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4925>, em 20 de Outubro de 2015.

- Gresham, F. M. (2011). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. Em Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. L. M. I. R. Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações. *Petrópolis: Vozes*.
- Grawe, R. W., Hagen, R., Espeland, B., & Mueser, K. T. (2007). The Better Life Program: Effects of group skills training for persons with severe mental illness and substance use disorders. *Journal of Mental Health, 16*(5), 625-634.
- Instituto Nacional de Pesquisa em álcool e Drogas (INPAD) (2012). *O Consumo de Cocaína Fumada e Aspirada no Brasil - Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: UNIFESP. Retrieved from <http://inpad.org.br/lenad/cocaina/resultados-preliminares/>.
- Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (2009) Tratando problemas relativos ao álcool. In: Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kerr-Corrêa, F., & Maximiano, V. A. Z. (Orgs). (2013). *Capacitação para comunidades terapêuticas- Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Kessler, F. H. P., & Pechansky, F. (2008). Uma Visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*, 96-98.
- Laranjeira, R., & Ribeiro, M. (Orgs.). (2012). *O Tratamento do Usuário de Crack*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, L. P., Silva, V. A., & Ribeiro, M. (2012). Neurobiologia da Dependência de Crack. In: Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs), *O Tratamento do Usuário de Crack* (pp. 87-109.). Porto Alegre: Artmed.
- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: An overview. In: Steckler, A. & Linnan, L.

(Orgs.), *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-23). San Francisco: Jossey Bass.

Litt, M. D., Kadden, R. M., & Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, *104*(11), 1837-1848.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, *103*(4), 638-648.

Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W.H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, *14* (3), 257-266.

Marlatt, C. A., & Gordon, R. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. In Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2005). *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca.

Nicastri, S. (2011). Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas. Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais* (pp 21-39). Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

- Oliveira, M., & Andretta, I. (2011). *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, J. B., & Oliveira, L. M. Kerr-Korrêa, F. (2013). Os fatores de proteção e os fatores de risco para o uso de crack, álcool e outras drogas. *LCT Tecnologia e Serviços*, 1, 67-74.
- Perrenoud, L. O., & Ribeiro, M. (2012). Histórico do Consumo de Crack no Brasil e no Mundo. In: Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs). *O Tratamento do Usuário de Crack* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 88-95.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs). (2012). *O Tratamento do Usuário de Crack* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). O Plano de Tratamento. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs). *O Tratamento do Usuário de Crack* (pp. 76-90.). Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, V. S., Horta, R. L., Szupzinsky, K. P. R., Souza, M. C., & Oliveira, M. S. (2013). Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (UFRJ. Impresso), 62, 208-216.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M.G., Gulliver, S. B., ... Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2005). Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: Relationships to treatment outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 78(2), 211-219.

- Sá, L. (2011). *Prevenção, consumo, dependência e abstinência de álcool, crack/cocaína e maconha: o papel das habilidades sociais*. Em Comunicação apresentada no III Seminário Internacional de Habilidades Sociais. Taubaté.
- Sá, L. G. C. (2013). *Habilidades de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas em dependentes químicos: Construção e validação de um instrumento de medida* (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal de São Carlos).
- Sakiyama, H. T., Ribeiro, M., & Padin, M. R. (2012). Prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs), *O Tratamento do Usuário de Crack* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sanchez, Z.M., Oliveira, L.G., Ribeiro, L.A., & Nappo, S.A. (2011). The role of information as a preventive drug measure among youth at risk. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Suppl 1), 1257-66.
- Schaurich, D., Backes, D. S., Freitas, H. M. B., Zamberlan, C., Gelhen, M. H., & Colomé, J. S. (2012) . Conhecimentos Produzidos acerca do Crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva (Online) JCR*, 17, 1247-1258.
- Seibel, S. (2010). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Silva, C. J., & Serra, A. M (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 33-9.
- Wagner, M., Oliveira, M., & Caballo, V. (2011). Treinamento de habilidades sociais e sua aplicabilidade na prática clínica. In Oliveira, M. & Andretta, I. *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Witkiewitz, K., Donovan, D. M., & Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 440-449.
- Zanelatto, N. (2013). Terapia Cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. In: Zanelatto, N., & Laranjeira, R. (Orgs), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanelatto, N., & Sakiyama, H. T. (2011). Terapia Cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento. In: Diehl, A., Cordeiro, D.C., & Laranjeira, R. (Orgs), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 657-674). Porto Alegre: Artmed.
- Zanelatto, N., & Laranjeira, R. (Org). (2013). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

O processo de desenvolvimento e construção desta tese oportunizou o aprofundamento da compreensão dos comportamentos de indivíduos usuários de álcool e outras drogas e confirmou a complexidade da condução de estudos e do tratamento de pessoas que usam crack. Como já referido com mais detalhes no tópico “Contexto Teórico”, o modelo de Prevenção de Recaída objetiva, através do treinamento de habilidades, trabalhar habilidades de enfrentamento fortalecendo a autoeficácia para que o indivíduo desenvolva estratégias eficazes e tenha mais chances de manter a abstinência em situações de vulnerabilidade. Esta tese contemplou estes conceitos nos instrumentos de avaliação e/ou na intervenção e acredita-se que as seções seguiram um caminho coerente.

Os participantes do THSE apresentaram um repertório médio inferior no IDHEA-AD na avaliação inicial e a partir do conteúdo das categorias criadas com base nas entrevistas grupais, descritas no estudo misto, evidenciou-se a necessidade de ampliar o repertório de habilidades e as possibilidades de estratégias de enfrentamento destas pessoas.

Avaliando os escores fatoriais e total do IHS-Del-Prette ao longo do seguimento do estudo quase experimental, os participantes permaneceram nas três avaliações com um repertório classificado como bom, com homens e mulheres próximos a linha mediana. Enquanto os repertórios das habilidades assertivas e de planejamento e de expressão emocional de sentimentos positivos para manutenção da abstinência oscilaram entre médio inferiores antes do THSE, abaixo da média após e repertório elaborado acima da média no follow-up, o repertório do autocontrole emocional em situações adversas teve seus escores elevados no pós-intervenção, mantendo-se no follow-up, podendo ser caracterizado como um repertório elaborado. Já em relação a autoeficácia, os participantes apresentaram maiores escores no DASE após o THSE, indicando um aumento na confiança da manutenção abstinência. A partir destes resultados foi possível pensar nas hipóteses da baixa consciência

dos comportamentos sociais e do efeito da desejabilidade social na avaliação inicial.

Estavam previstas duas variáveis independentes para a investigação dos fatores preditivos de abstinência de crack: habilidades de enfrentamento e autoeficácia. Este estudo encontrou as seguintes variáveis que predisseram abstinência de crack ao longo do segmento: a) estar trabalhando no momento da internação; b) maiores escores em cubos e dígitos do WAIS III; c) melhor repertório assertivo e planejamento para situações de alto consumo de substâncias, bem como melhores escores no repertório geral de habilidades de enfrentamento antecipatório para abstinência de drogas. Sexo, idade, escolaridade, renda, sintomas de depressão, ansiedade e estresse, autoeficácia para abstinência de drogas, bem como a participação no THSE não predisseram resultados.

Destaca-se que os resultados desta tese não são conclusivos quanto aos efeitos de programas de THSE a pacientes que usam crack, mas apontam possibilidades de construção de futuras investigações. É importante destacar as limitações deste estudo e algumas dificuldades encontradas:

- N pequeno ao longo do estudo decorrente de diversas situações: a) pacientes desistiam do tratamento na comunidade terapêutica, alguns antes mesmo de iniciarem o THSE, o que fez com que muitos participassem da avaliação inicial mas não prosseguissem no estudo; b) perdas ao longo do estudo por alta, desistência ou desligamento da comunidade terapêutica, ou ainda no caso do estudo da seção 3, vários participantes ao serem entrevistados na avaliação inicial, acabaram dando números de telefones incorretos, o que impossibilitou o contato posterior;

- ausência de grupo controle: distância entre universidade e as comunidades terapêuticas, geralmente localizadas em zonas rurais, dificulta o deslocamento dos investigadores, impossibilitando a realização de intervenções semanais;

- atividades de subsistência das comunidades terapêuticas nos mesmos horários da intervenção: apesar do THSE ter sido incorporado na agenda das instituições, os pacientes internados que não preenchiam os critérios de inclusão, seguiam sua rotina de atividades terapêuticas ou ocupacionais ofertadas pela própria comunidade terapêutica e algumas destas incluíam o

uso de utensílios domésticos que produziam sons altos. Apesar do barulho dos utensílios, que eram utilizados em outros cômodos da instituição, não terem atrapalhado a condução do grupo, estes impossibilitaram a transcrição de uma das quatro entrevistas grupais.

Por fim, os dados da presente tese reforçam a complexidade de estudos e intervenções com a população que usa crack, demonstrando a diversidade de variáveis implicadas na manutenção da abstinência e no desafio para pacientes e familiares tanto quanto para pesquisadores e profissionais envolvidos.

APÊNDICES

Apêndice 1

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA MULTIMODAL PARA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

Pesquisador: MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31775013.4.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 735.418

Data da Relatoria: 17/08/2014

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os questionamentos foram esclarecidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos são apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 735.418

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 01 de Agosto de 2014

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

Apêndice 2

Ficha de Dados Sócio-Demográficos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS		Nº PROTOCOLO:	Nº BANCO DE DADOS:
DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___ LOCAL:		ENTREVISTADOR:	
PACIENTE ENTREVISTADO EM: () INTERNAÇÃO () AMBULATÓRIO () OUTRO:			
NOME COMPLETO:			
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___		IDADE:	RAÇA:
TELEFONES: RESIDENCIAL: CELULAR: RECADOS:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		ESTADO:	
EMAIL: POSSUI			() NÃO
ESCOLARIDADE	RENDA FAMILIAR	COM QUEM MORA	
1- () 1º GRAU INCOMPLETO 2- () 1º GRAU COMPLETO 3- () 2º GRAU INCOMPLETO 4- () 2º GRAU COMPLETO 5- () ENSINO SUP INCOMPLETO 6- () ENSINO SUPERIOR COMPLETO 7- () PÓS GRADUAÇÃO 8- () ENSINO TÉCNICO	ATÉ: 1- () 1 SAL MÍNIMO 2- () 2 SAL MÍNIMO 3- () 3 SAL MÍNIMO 4- () 4 SAL MÍNIMO 5- () 5 SAL MÍNIMO 6- () + DE 5 SAL MÍNIMO	1- () SOZINHO 2- () PAI E MÃE APENAS 3- () PAI OU COM MÃE APENAS 4- () PAIS, MÃE E OUTROS 5- () COMPANHEIRO APENAS 6- () MAIS UMA PESSOA 7- () MAIS DUAS PESSOAS 8- () MAIS TRÊS PESSOAS 9- () MAIS 4 PESSOAS 10- () 5 OU MAIS PESSOAS OBS: MADRASTA E PADRASTO ENTRAM COMO OUTROS E NÃO COMO PAI E MÃE	
ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	TEM FILHOS?	
1- SOLTEIRO 2- CASADO 3- VIÚVO 4- DIVORCIADO 5- COM COMPANHEIRO 6- SEPARADO 7- OUTRO: _____ _____	PRATICANTE: () SIM () NÃO 1- NÃO TEM 2- CATÓLICA 3- ESPÍRITA 4- AFRO-BRASILEIRA 5- JUDAICA 6- ORIENTAL/BUDISMO 7- OUTRA _____ _____	() NÃO () SIM QUANTOS? _____ _____ _____	
TRABALHA (VA) ATUALMENTE?	ESTUDA (VA) ATUALMENTE?	RELATO DE DOENÇAS	
() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	
ANTES DA INTERNAÇÃO	O QUE ESTUDAVA?	QUAIS?	
() SIM () NÃO	_____	_____	
QUAL A ATIVIDADE?	_____	_____	
RELATO DE PERDAS SIGNIFICATIVAS (ENTES QUERIDOS, EMPREGOS, RELACIONAMENTOS)			

TRATAMENTO		MEDICAÇÃO	

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ NO TRATAMENTO: _____ (DIAS) TEMPO DE ABSTINÊNCIA ATUAL: _____ (DIAS)						VOCÊ TOMOU MEDICAMENTOS NOS ÚLTIMOS 5 DIAS? ()SIM ()NÃO							
						QUAL QUE? _____				MEDICAÇÃO? _____			
CRITÉRIOS BRASIL	0	1	2	3	4 OU +	GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA							
Televisão em Cores	0	1	2	3	4	Analfabeto / Primário incompleto						0	
Rádio	0	1	2	3	4	Primário completo / Ginásial incompleto						1	
Banheiro	0	4	5	6	7	Ginásial completo / Colegial incompleto						2	
Automóvel	0	4	7	9	9	Colegial completo / Superior incompleto						4	
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4	Superior completo						8	
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2	CORTES DO CRITÉRIO BRASIL							
						Score Bruto							
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	(1)A1	(2)A2	(3)B1	(4)B2	(5)C1	(6)C2	(7)D	(8)E
Geladeira	0	4	4	4	4	42 – 46	35 – 41	29 – 34	23 – 28	18 – 22	14 – 17	8 – 13	0 – 7
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	0,9%	4,1%	8,9%	15,7%	20,7%	21,8%	25,4%	2,6%

DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA	TABACO	ÁLCOOL	SEDATIVOS	ANFETAMINAS	SOLVENTES	ALLICINÓGENOS	MACONHA	COCAÍNA	CRACK
Faz uso da substância em quantidades maiores e por um período maior do que pretendia inicialmente									
Expressa desejo persistente de parar ou reduzir o uso da substância e/ou múltiplos fracassos na tentativa de fazê-lo									
Gasta grande parte de seu tempo para obter, usar e recuperar-se dos efeitos da substância									
Desejo intenso da droga que pode surgir a qualquer hora mas está mais sujeita a aparecer em situações onde a droga foi consumida ou obtida anteriormente									
O uso recorrente da substância resultando em fracasso face as responsabilidades no trabalho, na escola e no lar									
Continuar o uso apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância									
Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são reduzidas ou mesmo interrompidas devido ao uso da substância									
Forma do uso recorrente da substância em situações de perigo físico									
Uso contínuo da substância apesar da consciência de problemas físicos e ou psicológicos causados ou exacerbados pelos uso da substância									

Apêndice 3

Instrumentos da Pesquisa

Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a abstinência
de Álcool e outras Drogas

Versão D (Outras Drogas)

Data:	Sexo: () Masculino () Feminino	Idade:
Escolaridade: () 1º grau incompleto () 2º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau completo		() superior incompleto () superior completo
Tempo sem usar:		Outras informações:

Comece aqui

Quando uma pessoa quer parar de usar drogas, ela pode fazer várias coisas para conseguir isso. Várias coisas que ajudam a não usar a droga.

Leia cada uma das situações que vou apresentar nas páginas seguintes e marque a quantidade de vezes que você costuma fazer cada uma delas:

nunca, poucas vezes, muitas vezes ou sempre.

Para cada situação, escolha **APENAS UMA** resposta.

Lembretes antes de começar:

	Atualmente...	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
--	----------------------	-------	--------------	--------------	--------

Se você usar mais de uma droga, responda pensando apenas na sua “droga de preferência”, aquela que você acha mais difícil ficar sem usar.

Não existe uma resposta certa ou errada, você só precisa ser sincero e responder a quantidade de vezes que você realmente costuma fazer cada uma das coisas que são perguntadas.

Não é para dizer se você acha importante fazer estas coisas, é para dizer a quantidade de vezes que você realmente costuma fazer cada uma delas, no momento atual da sua vida.

Caso alguma situação nunca tenha acontecido com você, responda como se tivesse acontecido, como você agiria se passasse pela situação.

Agora, responda a quantidade de vezes você faz cada uma dessas coisas atualmente:

1.	Se alguém vem usar droga na minha frente, eu peço para ela parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Se eu estou nervoso com alguém, eu me coloco no lugar da outra pessoa e vejo a situação pelo lado dela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Se eu sei que no sábado vai ter uma festa com droga, durante a semana já planejo outra coisa para fazer nesse dia e não correr risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Acho difícil pedir desculpa quando alguém mostra algo de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	errado que eu fiz.				
5.	Vou embora do local na hora se vejo alguém usando droga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Se eu tenho um desentendimento com alguém, espero pra resolver depois de um tempo, quando todo mundo ficar calmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Se alguém me diz que tem uma droga boa, digo que para mim nenhuma droga é boa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Se eu recebo carinho/afeto de alguém por estar sem usar droga, sinto vergonha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	de devolver carinho/afeto para a pessoa.				
9.	Se alguém me oferece droga, digo que parei de usar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Respiro fundo se estou nervoso com alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Se um desconhecido me oferece droga, digo que não uso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Se alguém me diz que sou uma pessoa melhor quando não uso, eu sinto dificuldade de agradecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Se um conhecido me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oferece droga, digo “ não ” de maneira bem clara, com voz firme.				
14.	Depois de um desentendimento com alguém, eu avalio minhas próprias ações e vejo o que eu fiz de errado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Se um conhecido insiste em me oferecer droga, tento mudar de assunto, falar de outras coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Quando eu vejo que errei com alguém, tenho dificuldade de pedir desculpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.	Se uma pessoa me oferece droga, peço para ela não me oferecer mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atualmente...	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
18.	Se eu fico nervoso com alguém, vou fazer alguma atividade pra esquecer o que aconteceu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Se alguém me oferece droga, digo que é pra gente fazer outra coisa, mais saudável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Sinto dificuldade para agradecer o apoio que me dão para ficar sem usar droga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.	Se eu preciso ir a um lugar que vai ter droga, arrumo uma estratégia para ir e ficar sem usar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Se eu tenho um desentendimento com alguém, tento fazer um acordo com a pessoa para resolver o problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se me dá vontade de ir a uma festa/show/forró, penso se vale a pena, se tem risco de usar droga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tenho dificuldade de ouvir com atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	quando alguém me dá conselhos sobre como não usar droga.				
25	Viro as costas e vou embora se alguém me oferece droga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Se alguém me faz ficar nervoso, eu penso que não vale a pena perder meu tempo ficando nervoso com aquela pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Se alguém me pergunta sobre um erro que eu cometi, digo que não sei de nada, que não fui eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Digo que estou em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	tratamento se alguém me oferece droga.				
29	Na hora da raiva, penso frases que podem me acalmar (“calma”, “fica frio”, “vai com calma”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Sinto vergonha de mostrar carinho/afeto para as pessoas que fazem parte da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas – DASE

DiClemente, Carbonari, Montgomery e Hughes (1994)

Versão adaptada para drogas ilícitas por Oliveira e Freire (2010)

Abaixo estão listadas algumas situações que levam algumas pessoas a usar drogas ilegais.

QUÃO CONFIANTE você se sente em **NÃO USAR DROGAS** ilegais em cada situação?

Circule o número que melhor descreve sua sensação de **CONFIANÇA EM NÃO USAR DROGAS** em cada situação **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA** de acordo com a escala a seguir:

1 = Nada confiante

2 = Não muito confiante

3 = Mais ou menos confiante

4 = Muito confiante

5 = Extremamente confiante

Situação	<u>CONFIANTE</u> de <u>RESISTIR</u>				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
1) Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.	1	2	3	4	5

2) Quando estou com dor de cabeça.	1	2	3	4	5
3) Quando estou deprimido ou triste.	1	2	3	4	5
4) Quando quero relaxar ou quando estou de férias.	1	2	3	4	5
5) Quando estou preocupado com alguém.	1	2	3	4	5
6) Quando estou tenso ou apreensivo.	1	2	3	4	5
7) Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.	1	2	3	4	5
8) Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).	1	2	3	4	5
9) Quando sonho com uso de drogas.	1	2	3	4	5

10) Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.	1	2	3	4	5

Situação	<u>CONFIANTE de RESISTIR</u>				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
11) Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.	1	2	3	4	5
12) Quando estou fisicamente cansado.	1	2	3	4	5
13) Quando estou sentindo alguma dor física.	1	2	3	4	5
14) Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	1	2	3	4	5

15) Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.	1	2	3	4	5
16) Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	1	2	3	4	5
17) Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.	1	2	3	4	5
18) Quando estou sentindo muita raiva.	1	2	3	4	5
19) Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.	1	2	3	4	5
20) Quando estou eufórico ou comemorando com outros.	1	2	3	4	5
21) Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.	1	2	3	4	5

22) Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.	1	2	3	4	5
23) Quando brigo em casa ou no trabalho.	1	2	3	4	5
24) Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	1	2	3	4	5

Apêndice 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Efetividade de um Programa Multimodal para Mudança de Estilo de Vida”. Fui informado que esse estudo faz parte dos projetos de mestrado e doutorado das psicólogas Márcia Cristina Henrique de Souza e Leda Rúbia Maurina, respectivamente, do Grupo de Pesquisa Avaliação e atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Essa pesquisa estudará as mudanças de estilo de vida pelas quais as pessoas podem passar. Fui devidamente informado que precisarei comparecer a um encontro com duração de aproximadamente 2 horas, no qual será realizado o preenchimento de questionários e testes. O benefício que obterei será uma avaliação psicológica que poderá auxiliar no meu tratamento, além de estar contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Foi-me assegurado:

- rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a Profª Drª Margareth da Silva Oliveira pelo fone (51) 3320-3500 Ramal 7749 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51)3320-3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura participante: _____ Data ____/____/____



Margareth da Silva Oliveira
Orientadora
CRP 07/01105

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Efetividade de um Programa Multimodal para Mudança de Estilo de Vida”. Fui informado que esse estudo faz parte dos projetos de mestrado e doutorado das psicólogas Márcia Cristina Henrique de Souza e Leda Rúbia Maurina, respectivamente, do Grupo de Pesquisa Avaliação e atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Essa pesquisa estudará as mudanças de estilo de vida pelas quais as pessoas podem passar. Fui devidamente informado que precisarei comparecer a um encontro com duração de aproximadamente 2 horas, no qual será realizado o preenchimento de questionários e testes. O benefício que obterei será uma avaliação psicológica que poderá auxiliar no meu tratamento, além de estar contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Foi-me assegurado:

- rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a Profª Drª Margareth da Silva Oliveira pelo fone (51) 3320-3500 Ramal 7749 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51)3320-3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura participante: _____ Data ____/____/____



Margareth da Silva Oliveira
Orientadora
CRP 07/01105

Apêndice 5

Aceite de Artigo - Seção 1



ISSN 2175-9027

Of. 011/2015

Passo Fundo, 30 de Outubro de 2015.

Estimadas Leda Rúbia Maurina Coelho, Lucas Guimarães Cardoso de Sá, Margareth da Silva Oliveira,

Informamos que seu artigo intitulado "Estratégias e Habilidades de Enfrentamento de Usuários de Crack em Tratamento" foi aceito para publicação da Revista de Psicologia da IMED, com previsão para ser publicado no volume 7, número 2, dezembro de 2015.

Agradecemos o envio do manuscrito e aguardamos futuras contribuições.

Sem mais para o momento, atenciosamente subscrevemos.

Prof. Dr. Vinícius Renato Thomé Ferreira, psic.

Editor

Revista de Psicologia da IMED