

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

**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

SUZANA DIAS FREIRE

Mestranda

Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2009.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F866e Freire, Suzana Dias
Evidências de validade da "escala de auto-eficácia para abstinência de drogas" (EAAD) e da "escala de situações tentadoras para uso de drogas" (ESTUD) em dependentes de cocaína e crack internados / Suzana Dias Freire. – Porto Alegre, 2009.
120 f.

Diss. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Fac. de Psicologia, PUCRS.

Orientação: Pro^{fa}. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia. 2. Psicologia Clínica. 3. Dependência Química - Tratamento. 4. Psicotrópicos. 5. Comportamento (Psicologia). 6. Motivação (Psicologia). I. Título. II. Oliveira, Margareth da Silva.

CDD 157.63

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297

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

**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

SUZANA DIAS FREIRE

Mestranda

Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2009.

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

**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.**

SUZANA DIAS FREIRE

Mestranda

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2009.

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

**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.**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira
Presidente**

**Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão
Instituto Metodista de Porto Alegre**

**Prof^a. Dr^a. Helena Maria Tannhauser Barros
Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre**

Porto Alegre, dezembro de 2009.

Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os 'Paraísos Artificiais', isto é, a busca de autotranscendência através das drogas ou umas férias químicas de si mesmo. A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas – ou tão monótonas, pobres e limitadas – que a tentação de transcender a si mesmos, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma.

Aldous Huxley (2002, p.5)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^a **Margareth da Silva Oliveira** pela oportunidade, afeto, cumplicidade, e, principalmente, por acreditar em mim.

Às instituições que permitiram a realização deste estudo, disponibilizando locais para coleta de dados e recebendo nossa equipe nas diferentes etapas deste trabalho.

À **Ana Cristina Fogliatto Souza**, Dr. **Leandro Luz** e **Selmar Rodolfo Sperling** pelo aprendizado, amizade, carinho e parceria.

Ao Dr. **Hugo Hoerle**, pelo incentivo e orientação.

Prof^a. **Irani Argimon**, obrigada pela atenção e disponibilidade.

Ao Prof. Dr. **Carlo DiClemente** pela supervisão e colaboração técnica.

À CAPES pela bolsa de auxílio financeiro.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, professores e secretaria, meus agradecimentos.

Martha Ludwig, **Márcia Wagner**, **Karen Szupszynski** e **Maisa Rigoni**, exemplos de competência e comprometimento.

Lauren, obrigada por ter sido minha sempre fiel escudeira.

Nathália Susin, obrigada pela parceria.

Poliana, obrigada pela preciosa colaboração.

Marcela, **Jaqueline**, e demais integrantes do time “Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva”, obrigada, muito obrigada!

Mãe, minha fortaleza e minha inspiração!

Pai, **Cesar**, **Denise**, **Gabriel** e **Thiele**, obrigada!

Sem vocês, este sonho não teria se tornado realidade.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE GRÁFICOS	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE SIGLAS	13
RESUMO	15
ABSTRACT	17
INTRODUÇÃO	19
REFERÊNCIAS	27
ESTUDO DE REVISÃO: Avaliação da auto-eficácia para abstinência e tentação para o uso de drogas ilícitas: revisão sistemática.	
Resumo	31
Abstract	32
Introdução	33
Objetivo	36
Método	36
Resultados e Discussão	37
Considerações Finais	51
Referências	52
ESTUDO EMPÍRICO: Evidências de validade das escalas <i>Drug Abstinence Self-efficacy Scale</i> e <i>Temptation to Use Drugs Scale</i> adaptadas para dependentes de cocaína e crack internados.	
Resumo	57
Abstract	58
Introdução	59

Objetivos	66
Método	67
Delineamento	67
Participantes	67
Instrumentos	68
Procedimentos	70
Resultados	74
Discussão	88
Conclusões	92
Referências	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	
Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	101
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
Anexo C - Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD)	105
Anexo D - Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD)	110
Anexo E - Roteiro de entrevista	114

LISTA DE TABELAS

Estudo de Revisão

Tabela 1. Número de estudos encontrados em cada base de dados

Estudo Empírico

Tabela 1. Distribuição da amostra quanto aos dados sócio-demográficos

Tabela 2. Coeficiente *alpha* de Cronbach das escalas e subescalas

Tabela 3. Correlação de Pearson entre as escalas EAAD e ESTUD, e entre as subescalas

Tabela 4. Carga fatorial dos itens e sua alocação nos fatores (EAAD 24)

Tabela 5. Carga fatorial dos itens e sua alocação nos fatores (ESTUD 24)

LISTA DE GRÁFICOS

Estudo Empírico

Gráfico 1. Correlação de Pearson entre EAAD 20 e ESTUD 20

Gráfico 2. Correlação de Pearson entre EAAD 24 e ESTUD 24

LISTA DE QUADROS

Estudo de Revisão

Quadro 1. Artigos sobre AE para abstinência e tentação para o uso de drogas ilícitas

Estudo Empírico

Quadro 1. Distribuição percentílica das médias das escalas totais das escalas EAAD e ESTUD

Quadro 2. Distribuição percentílica das médias das subescalas da EAAD e ESTUD

LISTA DE SIGLAS

AA: Alcoólicos Anônimos

AASE: *Alcohol Abstinence Self-efficacy Scale*

AE: Auto-eficácia

ANOVA: Análise de Variância

APA: *American Psychiatric Association*

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCEB: Critérios de Classificação Econômica Brasil

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

DASE: *Drug Abstinence Self-Efficacy Scale*

DQ: Dependência Química

EAAD: Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas

ESTUD: Escala de Tentação para Uso de Drogas

EUA: Estados Unidos da América

HABITS: *Health and Addictive Behaviors: Investigating Transtheoretical Solutions*

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

MTT: Modelo Transteórico

NA: Narcóticos Anônimos

NIAAA: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

NIDA: *National Institute on Drug Abuse*

OH: Oxford House

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RREP: *Relapse Replication Extension Project*

SAMHSA: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

SPA: Substâncias Psicoativas

SPSS: *Programa Statistical Package for the Social Sciences*

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental
TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TUA: *Temptation to Use Alcohol Scale*
TUD: *Temptation to Use Drugs Scale*
TUSP: Transtorno(s) por Uso de Substância(s) Psicoativa(s)
UMBC: *University of Maryland Baltimore County*
URICA: *University Rhode Island Change Assessment*

RESUMO

O uso de drogas ilícitas tem crescido de modo considerável, o que impõe planejamentos terapêuticos e o ajuste de intervenções, para melhor atender às especificidades das adições. Avaliações da tentação para usar drogas e da auto-eficácia para abstinência têm sido reconhecidas como de extrema valia no entendimento dos processos de mudança dos comportamentos aditivos.

A presente dissertação é composta de dois estudos. O primeiro consiste na revisão sistemática da literatura científica dos últimos 20 anos nas bases de dados PubMed, PsychInfo e Lilacs. Foram usados os descritores “*abstinence*”, “*self-efficacy*”, “*temptation*” e “*scale*” na busca de resumos disponíveis em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Foram encontrados 13 artigos que relacionavam a avaliação de auto-eficácia para abstinência e/ou tentação para uso de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco). Destes artigos selecionados, cinco utilizaram o mesmo instrumento, três adaptaram medidas usadas para outros comportamentos e os demais apresentaram diferentes escalas. Grande parte dessas ferramentas apresenta situações de risco para serem avaliadas quanto à tentação para o uso ou auto-eficácia para abstinência de drogas em geral, sem distinção entre as substâncias.

O segundo estudo apresenta as evidências de validade da adaptação brasileira de duas escalas: *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale*. À versão adaptada, foram incluídos 4 itens, perfazendo um total de 24 itens em cada instrumento. A amostra contou com 300 homens hospitalizados por dependência de cocaína e crack. As propriedades investigadas foram: adaptação semântica, fidedignidade, validade concorrente e análise fatorial exploratória. Foi evidenciada boa consistência interna, com coeficiente *alpha* de Cronbach variando entre 0,719 e 0,927. A correlação inversa entre as escalas foi

significativa ($r = -0,736$; $p < 0,01$), e o modelo de quatro fatores correspondeu às subescalas: Emoções negativas; Social/positivo; Preocupações; e Abstinência/impulsos. A adaptação brasileira das escalas mostrou evidências de validade adequadas na amostra de dependentes de cocaína e crack internados.

Descritores: estudos de validação; auto-eficácia; transtornos relacionados ao uso de cocaína; crack; e pacientes internados.

Área de classificação do CNPq: 7.07.00.00-1

Sub-área de classificação do CNPq:

7.07.01.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia)

Validity evidences of the Drug Abstinence Self-efficacy Scale e Temptation to Use Drugs Scale adapted to crack and cocaine inpatients.

ABSTRACT

The use of illicit drugs has increased considerably, what requires planning and adjustment of therapeutic interventions to better meet the specific additions. Assessments of temptation to use drugs and abstinence self-efficacy have been recognized as extremely valuable in understanding the processes of changing addictive behaviors.

This dissertation is composed of two studies. The first is a systematic review of scientific literature of the last 20 years in the databases PubMed, PsychInfo and LILACS. We used the descriptors: "abstinence", "self-efficacy", "temptation" and "scale" in search of abstracts available in English, Portuguese or Spanish. It was found 13 papers related to evaluations of abstinence self-efficacy and/or temptation to use psychoactive substances (excluding alcohol and tobacco). Of these selected articles, five used the same instrument, three adapted measures used for other behaviors, and the others showed different scales. Most of these tools present risk situations to be answered according to abstinence self-efficacy or temptation to use drugs in general, with no distinction among substances.

The second study provides validity evidences of the brazilian version of two scales: Drug Abstinence Self-efficacy Scale and Temptation to Use Drugs Scale. To the adapted version, there were included 4 items, compounding a total of 24 items in each instrument. The sample consisted of 300 male inpatients subjects, admitted for cocaine and crack dependence. The validity evidences investigated were the following: semantic adaptation, reliability, concurrent validity and exploratory factor analysis. It could be demonstrated good internal consistency,

with Cronbach's *alpha* coefficient ranging between 0.719 and 0.927. The inverse correlation between the scales was significant ($r = -0.736$, $p < 0.01$), and four-factor model corresponded to subscales: Negative Affect; Social/Positive; Concerns; e Withdrawal/Urges. The brazilian version of the scales showed adequate evidences of validity in the sample of cocaine and crack hospitalized dependents.

Key words: validation studies; self-efficacy; cocaine-related disorders; crack; and inpatients.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi desenvolvida no grupo de pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva, coordenado pela Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira, orientadora desta dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Sua realização contou com apoio da CAPES.

O tema da Motivação para Mudança de Comportamento tem importância central no entendimento dos processos que levam as pessoas a perceberem seus problemas, proporem a si mesmas mudanças e manterem os comportamentos adaptativos conquistados. Em geral, as pessoas com hábitos problemáticos não são desmotivadas. Elas encontram-se motivadas a se engajar em comportamentos que outros julgam prejudiciais e disfuncionais (DiClemente, In Miller & Rollnick, 1991). A motivação, como dimensão individual e circunscrita a condições específicas - ou seja, pertencente a cada pessoa e relacionada a determinadas condições - pode ser melhorada ou dificultada através da interação com outras pessoas e eventos no contexto de vida. A percepção, avaliação e regulação do comportamento são funções complexas que sofrem influências de uma variedade de fenômenos relacionados direta ou indiretamente à psicoterapia, como o condicionamento vicário e as experiências de domínio (Bandura, 1999).

O Modelo Transteórico (MTT) de Mudança Intencional de Comportamento, criado por Prochaska e DiClemente (1983), articula diferentes abordagens e propõe um modelo integrativo biopsicossocial que conceitualiza o processo de mudança. Foco de diversas pesquisas, o MTT, atualmente, tem apresentado resultados interessantes, abrangendo nuances do processo de mudança de forma compreensiva e dinâmica (Carbonari & DiClemente, 2000). Conta com ferramentas de avaliação já bastante estudadas em diversos

comportamentos. Dentre elas: URICA¹, que identifica estágios de motivação para mudança; EPM², os processos de mudança; EAAD³ avalia auto-eficácia para abstinência; ESTUD⁴, tentação para uso de substâncias; entre outras. Essas medidas têm mostrado resultados positivos no acesso e acompanhamento de construtos centrais do modelo (Meyer, Rumpf, Hannover, Hapke & John, 2005; Naar-King, Wright, Parsons, Frey, Templin & Ondersma, 2006; Nidecker, DiClemente, Bennett & Bellack, 2008).

Um dos fundadores deste referencial, o renomado pesquisador Prof. Dr. Carlo DiClemente, é colaborador do nosso grupo de pesquisa. Honrou-nos com sua presença em 2006, quando ministrou um *workshop*, participou de uma banca examinadora de dissertação, além de supervisionar projetos do grupo. Nesta ocasião, o Prof. DiClemente nos contextualizou em sua produção científica e sugeriu que outros instrumentos fossem traduzidos e adaptados para amostras brasileiras. O presente trabalho responde a este convite e dá início ao processo de adaptação e validação de duas escalas correlatas: “*Drug Abstinence Self-efficacy Scale*” e “*Temptation to Use Drugs Scale*” (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).⁵ Neste estudo, foram traduzidas e adaptadas para língua portuguesa e serão assim intituladas: “Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas” (EAAD) e “Escala de Tentação para Uso de Drogas” (ESTUD) respectivamente.

Desde sua constituição, no ano de 2001, o grupo de pesquisa da Prof^a Margareth conta com produções na adaptação e validação de instrumentos. A escala URICA foi validada para o uso do álcool, tabaco, drogas ilícitas, jogo patológico e comer compulsivo, em dissertações e teses. Devido à especificidade de cada comportamento, tanto os instrumentos precisam ser ajustados como os

¹ *University of Rhode Island Change Assessment* (DiClemente & Hughes, 1990).

² Escala de Processos de Mudança, *Processes of Change Scale* (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988).

³ Escala de Auto-Eficácia para Abstinência de Drogas, *Self-Efficacy Scale* (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

⁴ Escala de Tentação para Uso de Drogas, *Situational Temptation Scale* (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

⁵ Disponibilizadas para domínio público *online* no *web site* do laboratório dirigido pelo Prof. DiClemente (*Health and Addictive Behaviors: Investigating Transtheoretical Solutions* [HABITS], 2009).

estudos de validação devem ser conduzidos separadamente, para garantir validade de construto e adequação das medidas (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995). Esta produção foi enriquecida com o Pós-Doutoramento da Prof^a Margareth, em 2008, nos EUA, na UMBC (*University of Baltimore Maryland County*) a convite do Prof. DiClemente. Na ocasião foram incentivados estudos sobre os mecanismos de mudança de comportamento e os instrumentos a estes relacionados, como os acima citados.

Em geral, as entrevistas clínicas são capazes de detectar aspectos do processo de mudança, mas de forma não sistemática. O uso de instrumentos favorece o acesso estruturado e padronizado, o que facilita a comunicação entre diferentes profissionais (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2009). Além disso, garante uniformidade de medidas repetidas para o acompanhamento da direção e evolução do tratamento e/ou pesquisa. Na prática clínica, inúmeros estudos identificam as vantagens de se individualizar intervenções de acordo com as condições e características pessoais (Kazdin & Nock, 2003; Hunter-Reel, McCrady & Hildebrandt, 2009; Sun, Seong-Ho & Gulick, 2009). Ao se atentar para as questões relacionadas à motivação para mudança, pode-se planejar e direcionar o tratamento para intervenções focadas no momento atual do paciente, otimizando tempo, trabalhando aliança terapêutica e adesão ao tratamento (Project MATCH Research Group, 1997; 1998).

Na pesquisa científica, a necessidade de instrumentos de mensuração se torna ainda mais evidente. Para tanto, ou se constroem novas medidas, ou se buscam ferramentas com evidências de validade já reconhecidas em algumas amostras e culturas para adaptar a outras populações. Psicometria é a área da psicologia que trata do desenvolvimento e aplicação de técnicas de mensuração de fenômenos psíquicos (Pasquali, 1997). Estuda o processo de padronização dos procedimentos e resultados dos instrumentos de medida de construtos inseridos em diferentes arcabouços teóricos. O arsenal de medidas adaptadas para a realidade brasileira ainda é restrito, o que, no entanto, não justifica o uso

indiscriminado de instrumentos de avaliação psicológica (Urbina, 2007). Muitos são os cuidados necessários no manejo destas ferramentas. Resultados descontextualizados, mal-interpretados ou mal-utilizados podem trazer prejuízos ao rotular pessoas, negar-lhes oportunidades ou desencorajá-las injustificadamente. A utilização destes métodos de aferição deve atentar para o referencial teórico e técnico ao qual pertence o construto a ser avaliado, bem como os limites de validade externa (Urbina, 2007).

Ao considerar os obstáculos metodológicos e buscar rigor científico essencial aos estudos psicométricos, a parte empírica deste trabalho sofreu alterações necessárias desde sua idealização até sua execução. No delineamento e escolha da amostra, foram impostas restrições que merecem ser brevemente citadas. Inicialmente, a idéia foi investigar evidências de validade da adaptação brasileira das escalas (EAAD e ESTUD) entre dependentes de drogas ilícitas em tratamentos de internação e ambulatório. Dado o limite de tempo e o reduzido número de serviços ambulatoriais específicos para o tratamento da dependência química, optou-se por estudar apenas indivíduos internados, circunstância que facilita a execução da coleta em instituições psiquiátricas especializadas. Também por conveniência, a amostra foi restrita ao sexo masculino, uma vez que o padrão do consumo de substâncias psicoativas (SPA) difere entre os gêneros: entre homens, predomina o consumo de drogas ilícitas (cocaína, crack e maconha), e entre as mulheres, o consumo maior é de medicamentos (ansiolíticos e anfetaminas) (Galduróz, 2001). Dentre a população em geral, 5,1% dos homens já receberam algum tratamento pelo uso de SPA, índice que contrasta com o feminino, 2,0% das mulheres (Carlini & Galduróz, 2007). Esta desproporção, dentre outros aspectos relacionados a gênero, não permite comparações e pode interferir como fator de confusão nos resultados.

Outra escolha se fez necessária, em face da diferença na percepção de prejuízo e aceitabilidade entre as drogas. As escalas "*Drug Abstinence Self-efficacy Scale*" e "*Temptation to Use Drugs Scale*" originalmente se referem a

substâncias específicas, contando com versões distintas para uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Devido à diversidade de circunstâncias relativas ao consumo de cada SPA, as escalas devem se ater a uma droga, possibilitando o entendimento das dificuldades percebidas para aquela substância. As situações que são percebidas como tentadoras para o uso de uma delas pode não ser para outra. O mesmo ocorre com a percepção da auto-eficácia para abstinência (Bandura, Azzi, Polydoro & cols., 2008). Um estudo adaptou estas escalas alterando a substância a que se referiam a partir da escolha do sujeito, que era questionado quanto à droga que havia motivado a busca pelo tratamento (Hiller, Broome, Knight & Simpson, 2000). Com base nesta experiência, foi conduzido um estudo piloto no qual o paciente identificou a SPA que o levou a buscar internação. As escalas de auto-eficácia e tentação mantiveram a descrição dos itens referindo drogas de forma geral, sendo que o sujeito era instruído a responder de acordo com a substância por ele identificada previamente. Como o padrão das respostas estava condicionado à droga indicada, estatisticamente seria necessária a condução de análises com distinção por substância, o que implicaria no emparelhamento da amostra por substância de escolha. Este foi um dos determinantes para a opção de restringir a amostra a pacientes internados em função do uso de cocaína ou crack.

Impõem-se uma observação. Ainda que se tenha presente a origem comum da cocaína em pó e em pedra, neste estudo a referência à cocaína aspirada será nominada simplesmente “cocaína” e, cocaína fumada, de “crack”. A diferença na forma de administração de cada uma dessas drogas implica em padrões de consumo distintos e, conseqüentemente, mudanças na percepção das situações de risco. A escolha em estudar drogas ilícitas - mais especificamente cocaína e crack - se deu também devido à crescente prevalência do uso destas substâncias e da necessidade de conhecer ferramentas capazes de acessar as circunstâncias e dificuldades destas adições.

Auto-eficácia (AE) para abstinência refere-se à percepção da própria capacidade de enfrentamento de uma situação de risco sem consumo de drogas. Este construto, por ser o objeto do estudo de revisão, será explanado com maior ênfase na próxima sessão. Situações de risco aqui são tratadas como fatores precipitadores do consumo de drogas. Centrais no entendimento da recaída e do lapso, essas situações podem ser internas, como estados emocionais negativos; ou externas, como pressão social para o uso. Muitos desses conceitos foram inicialmente teorizados por Marlatt & Gordon (1985) no Modelo da Prevenção da Recaída, e hoje são amplamente adotados em diversas áreas.

No campo das adições, a recaída tem sido tratada de forma geral através de duas abordagens: (a) classificação de situações de risco; ou (b) medida da expectativa de auto-eficácia nas situações. Em 1990, Velicer, DiClemente, Rossi e Prochaska sugeriram um modelo integrativo, capaz de incluir a distinção das situações e a medida de auto-eficácia para abstinência. Dita proposta atende à complexidade do processo de recaída ao abranger o poder preditivo do construto da AE e o agrupamento das características das situações de risco.

As escalas em foco neste estudo contemplam esta integração ao proporem a avaliação de diferentes tipos de precipitantes de recaída (tentação) e a expectativa de eficácia (AE) nas mesmas situações. Desenvolvidas por DiClemente, Carbonari, Montgomery e Hughes (1994), no estudo original com 266 alcoolistas em tratamento de ambulatório, a *“Alcohol Abstinence Self-efficacy Scale”* e *“Temptation to Use Alcohol Scale”* apresentaram resultados satisfatórios na medida da auto-eficácia para abstinência do álcool e tentação para o uso do álcool. As duas escalas complementares, de 20 itens cada, contam com os mesmos 20 itens, a ser respondida de acordo com consignas distintas. Cada item descreve uma situação do contexto do uso de substâncias, e as alternativas de resposta, em escala Likert de 5 pontos, gradua a confiança na capacidade de manter abstinência naquela situação (AE) ou, na outra escala, gradua a tentação para usar substâncias naquela situação. Uma estrutura de quatro subescalas

agrupou as situações da mesma forma nos dois instrumentos: *negative affect*, *social positive*, *physical and other concerns* e *withdrawal and urges*. Estudos posteriores com estas medidas têm mostrado o valor preditivo da AE para abstinência após tratamentos, evidenciando o construto como mediador da mudança de comportamento e como moderador de esforços e de ações eficientes (Bogenschutz, Tonigan & Miller, 2006; Chong & Lopez, 2008; Demmel & Rist, 2005; Demmel, Nicolai & Jenko, 2006).

A partir dos anos de produção científica embasados no Modelo Transteórico, este grupo de pesquisa propõe o aprofundamento dos estudos dos mecanismos de mudança de comportamento, apresentando a presente dissertação que objetiva o estudo de propriedades psicométricas das escalas: *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale*.

Para tanto, a dissertação divide-se em 2 partes: a primeira, um estudo de revisão sistemática da literatura sobre auto-eficácia para abstinência de drogas e tentação para uso de drogas. Os descritores “*abstinence*”, “*self-efficacy*”, “*temptation*” e “*scale*” foram utilizados nas bases de dados computadorizadas: PubMed, PsychInfo e Lilacs. Foram considerados estudos publicados nos últimos 20 anos, com resumos disponíveis em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. O objetivo desta revisão foi identificar produções científicas que relacionassem os descritores ao uso de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco) visando caracterizar a temática e a forma como tem sido abordada na literatura atual.

A segunda parte consiste em estudo instrumental empírico quantitativo para investigação das propriedades psicométricas da EAAD e ESTUD em dependentes de cocaína e/ou crack internados. Foram entrevistados 300 homens, entre 18 e 56 anos, com escolaridade a partir da quinta série do ensino fundamental, internados para o tratamento da dependência da cocaína ou crack. A partir desta pesquisa, buscou-se descrever o processo de tradução, equivalência semântica e adaptação cultural da EAAD e ESTUD, bem como identificar as evidências de validade destas escalas entre dependentes de cocaína e/ou crack.

Por último, as considerações finais pontuam os principais resultados, discutem as limitações e as possíveis contribuições para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1999). A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: an agentic perspective. Psychological Science. Special Section. Vol 10 (3) 214-217.
- Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. & cols. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 176 p.
- Bogenschutz, M. P., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2006). Examining the Effects of Alcoholism Typology and AA Attendance on Self-Efficacy as a Mechanism of Change. Journal of Studies on Alcohol. Vol 67 (4).
- Carbonari, J.P. & DiClemente, C.C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 810-817.
- Carlini, E. A. & Galduróz, J. C. F. (2007). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Chong, J., & Lopez, D. (2008). Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment. American Indian and Alaska Native Mental Health Research. Vol 14(3), 24-48.
- Demmel, R. & Rist, F. (2005). Prediction of Treatment Outcome in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Self-efficacy and Coping Style. Addictive Disorders & Their Treatment. Vol 4(1), 5-10.
- Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol. (1) 637-641.
- DiClemente, C. C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. In Miller W. & Rollnick, S. (Org.). Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior (191-201). Nova York: Guilford.
- DiClemente, C. C. (2001) In Miller, W. R. & Rollnick, S. Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. Journal of Studies on Alcohol, 55, 141-148.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. & Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. In Maddux, J. (Ed.) Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application. New York: Plenum Press.
- Galduróz, J. C. F. (2001). Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. Revista IMESC. (3) 37-42.

- Hiller, M. L., Broome, K. M., Knight, K. & Simpson, D. D. (2000). Measuring self-efficacy among drug-involved probationers. Psychological Reports. Vol 86(2), 529-538.
- Hunter-Reel, D., McCrady, B. & Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. Addiction, 104, 1281-1290.
- Huxley, Aldous (2002). As Portas da Percepção. Tradução Oswaldo de Araújo Souza. São Paulo: Globo. p. 5.
- Kazdin, A. E. & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. Journal of Child Psychology and Psychiatry 44:8, 1116–1129.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- Meyer, A. S. C., Rumpf, H. Hannover, W., Hapke, U. & John, U. (2005). Stage of Change Transitions and Processes of Change, Decisional Balance, and Self-Efficacy in Smokers: A Transtheoretical Model Validation Using Longitudinal Data. Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 19, (1) 3-9.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M.; Templin, T., Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. AIDS Care. Vol 18(7), 839-845.
- Nidecker, M., DiClemente, C. C., Bennett, M. E. & Bellack, A. S. (2008). Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. Addictive Behaviors. Vol 33(8), 1021-1030.
- Pasquali L. (1997). Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Editora UnB.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 20, 161-173.
- Project MATCH Research Group (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. Addiction, 92(12), 1671-1698.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1300-1311.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2009). Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. - SAMHSA/CSAT - National Library of Medicine (NLM) - Treatment Improvement Protocols (TIP) - Series 35, Disponível em web site online (último acesso em 3 de novembro de 2009) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A61302>.

Sun, S., Kim, R. N., Seong-Ho Kim, M. A., & Gulick, E. (2009). Cross-Cultural Validation of a Smoking Abstinence Self-Efficacy Scale in Korean American Men. Issues in Mental Health Nursing. Vol. 30, (2) 122-130.

Urbina, S. (2007). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed.

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S. & Prochaska, J. O. (1990). Relapse Situations and Self-Efficacy: an integrative model. Addictive Behaviour 15: 271-283.

ESTUDO DE REVISÃO:

**Avaliação da auto-eficácia para abstinência e
tentação para o uso de drogas ilícitas: revisão sistemática.**

RESUMO

Estudos sobre o processo de mudança nos comportamentos aditivos abordam a auto-eficácia para abstinência e a tentação para o uso de substâncias como aspectos centrais ao entendimento da recaída e da recuperação das adições. Medidas que acessam estes elementos apresentam diferentes formatos e têm sido aplicadas a diversos comportamentos com distintos graus de especificidade quanto ao contexto que investigam. Este estudo buscou a revisão sistemática da literatura de artigos que avaliaram a auto-eficácia (AE) para abstinência e a tentação para uso de substâncias psicoativas ilícitas. Nas bases de dados PubMed, PsychInfo e LILACS, foram utilizando os termos: *abstinence*, *self-efficacy*, *temptation* e *scale* na busca de publicações que relacionassem especificamente os descritores a drogas ilícitas. Foram selecionados os 13 artigos que atendiam os critérios desta revisão. Destes, cinco utilizaram o mesmo instrumento, três adaptaram medidas usadas para outros comportamentos e os demais apresentaram diferentes escalas. Grande parte dessas ferramentas apresenta situações de risco para serem avaliadas quanto à tentação para o uso ou auto-eficácia para abstinência de drogas em geral, sem distinção entre as substâncias.

Descritores: literatura de revisão; auto-eficácia; e drogas ilícitas.

Abstinence self-efficacy and temptation to use illicit drugs assessments: systematic review.

ABSTRACT

Studies on the process of change in addictive behaviors address self-efficacy for abstinence and temptation to use drugs as central aspects to understand relapse and recovery. Measures that access these elements have several formats and have been applied to different behaviors with varying degrees of specificity concerning the context of investigation. This study conducted a systematic review of scientific literature about abstinence self-efficacy (AE) and temptation to use illegal drugs. At the databases of PubMed, PsychInfo and LILACS, there were used the terms: abstinence, self-efficacy, temptation and scale in the search for publications that related the descriptors specifically to illicit drugs. We selected the 13 articles that met the review criteria. Of these, five used the same instrument, three adapted measures used to assess other behaviors, and the others showed different scales. Most of these tools presented risk situations to be answered according to the abstinence self-efficacy or temptation to use drugs in general, with no distinction among substances.

Keywords: review literature; self-efficacy; and street drugs.

INTRODUÇÃO

É crescente o desenvolvimento e a aplicação de instrumentos que avaliam os diversos aspectos da motivação para mudança de comportamento. Por ser multidimensional, a motivação não é um domínio único que possa ser medido por um só instrumento (Donovan & Marlatt, 2005). O Modelo Transteórico (MTT) propõe a combinação de diferentes mecanismos em um referencial integrativo para o entendimento do processo dinâmico e complexo que envolve a intenção, a conquista e a manutenção das mudanças (Carbonari & DiClemente, 2000; Prochaska & DiClemente, 1982). Nos comportamentos aditivos, o modelo sistematiza a mudança intencional de comportamento pela combinação de fatores como: prontidão; estágios motivacionais; processos experienciais e comportamentais; tomada de decisão; auto-eficácia; aliança terapêutica; entre outros (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; Oliveira, Calheiros & Andretta, 2006; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Sutton, 2001).

A recaída, como parte do processo de mudança, recebe especial atenção através de duas abordagens principais. Uma classifica diferentes situações de risco para recaída e a outra avalia expectativas de eficácia nas situações de recaída (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990). A relevância da avaliação da auto-eficácia (AE) no entendimento das adições se destaca em diversas publicações (DiClemente, 1986; DiClemente, Carbonari, Daniels, Donovan, Bellino & Neavins, 2001; DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995; Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Em 1977, com a publicação de *Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change*, Bandura complementa as teorias da época com um elemento que vem ganhando importância até a atualidade. A auto-eficácia foi conceituada ao incluir a idéia de que os indivíduos criam e desenvolvem percepções sobre si mesmo. Ditas percepções são utilizadas como instrumentos para os objetivos que se persegue e como meio de controle sobre o próprio ambiente. Desde então, ampliou-se a centralidade do papel que a

cognição desempenha na capacidade das pessoas de construir a realidade, auto-regularem-se, codificar informações e executar comportamentos. A AE foi integrada à Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986; In Bandura, 1999), que é fundamentada na agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança (Bandura, 2001; In Bandura, Azzi, Polydoro & cols., 2008). Isso significa agenciar intencionalmente o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida. Esta auto-regulação é composta de processos que atuam como determinantes recíprocos do comportamento e desempenham significativo papel na percepção e formação das próprias influências ambientais. O desenvolvimento e o exercício da agência pessoal fazem uso das experiências de domínio como principal veículo de mudança (Bandura, 1989).

As pessoas são motivadas e orientadas pela previsão de metas. Parte do seu funcionamento sofre influências da antecipação, ou seja, da expectativa de resultado. Esse fator pessoal ativamente interfere no meio de forma direta e indireta. A maneira como a pessoa interpreta os resultados de seu próprio comportamento altera seus ambientes e suas interpretações, que, por sua vez, modifica seus comportamentos futuros. Determinismo recíproco estabelece as inter-relações entre fatores pessoais (cognições, afetos e eventos biológicos), ambientais e comportamentais (Bandura et al., 2008). AE, entendida como parte dos fatores pessoais, é a expectativa no próprio desempenho para alcançar um resultado esperado (Bandura, 1989; Bandura, 1999). Em geral, são usados diferentes termos para referir o mesmo construto: AE, confiança, autoconfiança, crenças de eficácia, expectativa de eficácia, percepção de eficácia ou simplesmente eficácia.

O papel da AE no abuso e dependência de substâncias psicoativas (SPA) é multifacetado. DiClemente et al. (1995) definem diferentes tipos de AE que merecem ser citados:

- AE para o enfrentamento (***coping self-efficacy***) refere-se à capacidade de lidar com situações específicas, como ser assertivo com amigos ou buscar ajuda quando estiver ansioso, ao invés de usar drogas.
- AE para o tratamento (***treatment behavior self-efficacy***) envolve a capacidade de desempenhar comportamentos relacionados ao tratamento, como controle de estímulos, registro de pensamentos, etc.
- AE para recuperação (***recovery self-efficacy***) é a habilidade da pessoa de recuperar-se de um lapso ou de uma recaída.
- AE para controle (***control self-efficacy***) refere-se à confiança em ser capaz de manter o comportamento aditivo sob controle, como beber moderadamente e resistir a um episódio de uso nocivo.
- AE para abstinência (***abstinence self-efficacy***) é a expectativa de ser capaz de abster-se do comportamento aditivo.

Em qualquer aplicação, é necessária a especificação de qual tipo de AE se está avaliando (Bogenschutz, Tonigan & Miller, 2006). No presente estudo, apenas a AE para abstinência foi investigada.

Auto-eficácia é reconhecida, desde sua conceituação, como um mediador do desempenho em futuras tarefas. Ou seja, maior auto-eficácia resulta em melhor desempenho, e vice versa. Mudanças no nível de auto-eficácia podem predizer mudanças duradouras no comportamento, se houver habilidades e incentivos adequados (Velicer et al., 1990). Assim, a avaliação deste elemento como mecanismo de mudança tem sido explorada nos mais diversos comportamentos (Bogenschutz et al., 2006; Dolan, Martin & Rohsenow, 2008; Demmel & Rist, 2005; Murphy, Bentall, Ryley & Ralley, 2003; Goldbeck, Myatt, & Aitchison, 1997; Demmel, Nicolai & Jenko, 2006; Hodgins, Peden, & Makarchuk, 2004).

Medidas de auto-eficácia variam para diferentes áreas de problemas, mas são tipicamente pontuadas como uma única soma dos escores indicados em cada situação (Velicer et al., 1990). Annis e Graham (1988) destacam que a expectativa

de eficácia está condicionada a contextos específicos, e por isso deve ser investigada em diferentes circunstâncias.

O presente estudo verificou a bibliografia científica dos últimos 20 anos para identificar publicações que acessaram a AE para abstinência e a tentação para o uso de drogas ilícitas.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é a revisão sistemática da literatura sobre estudos que avaliaram a auto-eficácia para abstinência e a tentação para uso de substâncias psicoativas ilícitas.

MÉTODO

Foi conduzida uma busca de referências bibliográficas em três bases de dados computadorizadas: PubMed (MEDLINE), PsycInfo e LILACS, acessadas em maio de 2009, utilizando os termos: *abstinence*, *self-efficacy*, *temptation* e *scale*. Foram incluídos artigos originais publicados nos últimos 20 anos (entre janeiro de 1989 e maio de 2009), com resumos disponíveis em língua inglesa, portuguesa e espanhola, que relacionassem os descritores ao uso de substâncias psicoativas diferentes de álcool e tabaco.

Os estudos selecionados avaliavam a auto-eficácia referente à abstinência de drogas, o que levou à exclusão de auto-eficácia para: uso controlado, tratamento, prática de atividade física, controle de peso ou controle

alimentar. Também não foram selecionados artigos envolvendo outras adições, como jogo patológico, comportamentos alimentares e sexuais. Igualmente foram excluídas questões outras que avaliavam auto-eficácia e tentação, como comportamentos dependentes, disruptivos, crenças religiosas, entre outros.

Os critérios de seleção incluíram artigos empíricos, publicados em periódicos científicos, nos quais os construtos de AE para abstinência e tentação foram aferidos em relação ao uso de drogas ilícitas. Estudos com álcool, tabaco e medicamentos, que não abordassem pelo menos uma substância ilícita não foram incluídos, bem como estudos teóricos, teses, e produções não disponibilizadas na língua inglesa, portuguesa ou espanhola.

Para esta revisão foram identificados os 13 artigos científicos que avaliaram empiricamente a AE para abstinência de drogas e a tentação para o uso de pelo menos uma droga ilícita. Revisando os textos de cada um dos artigos, os dados pertinentes foram extraídos e estão apresentados no Quadro 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta o resultado da busca nas bases de dados.

Tabela 1. Número de estudos encontrados em cada base de dados

	PubMed ¹	PsychInfo ²	Lilacs ³
<i>Abstinence + Self-Efficacy + Scale</i>	21	94	2
<i>Temptation + Scale</i>	34	99	2
Total	55	193	4

¹ PubMed: base de dados científicos da *U.S. National Library of Medicine* que inclui citações da MEDLINE

² PsychInfo: base de consultas organizada pela *American Psychological Association*

³ LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

Dentre os 252 estudos, não foram selecionados os que se referiam a: auto-eficácia para tratamento, uso controlado, etc.; tentação para outros consumos, diferentes de drogas ilícitas; e comportamentos que não relacionavam estes construtos ao uso de drogas. Assim, 107 estudos foram pré-selecionados, aos quais foi aplicado o critério relativo à especificidade das substâncias ilícitas. Foram descartados os que se referiam especificamente à: tabaco (43 estudos); álcool (40 estudos); tabaco e álcool (3 estudos); e outras drogas como anfetaminas, opióides e derivados (6 estudos). Dois artigos não puderam ser localizados na língua inglesa, espanhola ou portuguesa.

Restaram 13 artigos que atendiam à especificidade desta revisão: 10 referentes a álcool e drogas; 2, a maconha; e 1 sobre dependentes de cocaína.

Grande parte dos estudos é norte-americana, exceto um do Canadá e um do México, único disponibilizado em espanhol. Dos 13 encontrados, 10 artigos investigavam homens e mulheres, dois apenas homens, e a amostra de um deles era formada somente por mulheres, sendo o único que caracteriza uma etnia - índias americanas. Apenas uma pesquisa não utiliza amostra clínica e entrevistou adolescentes estudantes do ensino médio quanto à frequência de uso de álcool e maconha.

Não foram encontradas publicações entre os anos de 1989 a 1997; e entre 2000 a 2005, que atendessem aos critérios desta revisão. Entre 1997 e 2000, foram selecionados três artigos, sendo que a produção se concentrou a partir de 2005, conforme os dados apresentados no Quadro 1. Ainda que o construto da AE date de 1977 (Bandura, 1977), e sua aplicação na área das adições desde 1979 (Marlatt & Gordon 1979; In Marlatt & Gordon, 1993), grande parte dos estudos da época abordavam álcool e tabaco. A partir dos resultados positivos encontrados com estas substâncias, e do aumento da expressividade de outras drogas, fez-se necessária a ampliação do foco para as múltiplas adições.

As 13 produções selecionadas foram agrupadas por semelhanças de método e dos objetivos propostos, formando três categorias:

4 estudos de seguimento: buscaram o poder preditivo do construto de AE para abstinência;

5 estudos de correlação: investigaram associações entre AE para abstinência e/ou tentação para o uso com outras variáveis;

4 estudos instrumentais: apresentaram propriedades psicométricas de medidas que acessaram estes dois construtos.

Quadro 1. Artigos sobre AE para abstinência e tentação para o uso de drogas ilícitas

	Ano / Autores	Título	Amostra	Instrumentos	Principais resultados
Estudos de Seguimento	2006 / Lozano, B. E., Stephens, R. S. & Roffman, R. A.	Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence.	-291 adultos usuários de maconha em tratamento de ambulatório 77% homens	-TLFB (Time-Line Follow Back) -MDS (Marijuana Dependence Scale) -MPS (Marijuana Problem Scale) -Algoritmo para definição de meta: abstinência X uso moderado -Régua para avaliar AE para o resultado escolhido	-AE foi preditivo de resultado em ambos os grupo: tanto no grupo dos que escolheram abstinência para meta do tratamento como para o grupo dos que escolheram a meta do uso moderado.
	2007 / Jason, L. A., Davis, M. I. & Ferrari, J. R.	The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House.	-170 casas OH nas 5 regiões dos EUA 897 residentes em recuperação de álcool e drogas 67% homens	-TLFB (Time-Line Follow Back) adaptado para avaliar residência, acesso a serviços de saúde, além do uso de álcool e drogas. -ASI (Addiction Severity Index) -IPA (Important People and Activities Inventory) -AASE -DASE	Abstinência teve como fatores preditivos: -AE para abstinência -rede de apoio adequada para abstinência de álcool e drogas -duração do período de residência na OH (permanecer na OH por pelo menos 6 meses esteve relacionado a maior AE e manutenção da abstinência).
	2008 / Chong, J. & Lopez, D.	Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment.	-346 mulheres índias americanas em tratamento de internação para DQ de álcool e drogas.	-ASI-NAV (Addiction Severity Index Native American Version) -AASE / TUA -DASE / TUD -Itens selecionados do "Intake Questionnaire of the Texas Christian University's Criminal Justice Program"	Nos seguimentos de 6 e 12 meses, altos escores de AE para abstinência estavam associados a menor probabilidade de uso de álcool e drogas.
	2008 / Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E. & Petry, N. M.	Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change.	-240 adultos com diagnóstico de dependência de maconha 71% homens	-TLFB (Time-Line Follow Back) -RTCQ (Readiness to Change Questionnaire) -Adaptação de um questionário de AE para cessar uso de tabaco (20 itens, Likert 7 pontos) -CSS (Coping Strategies Scale)	Comparado com prontidão para mudança e estratégias de enfrentamento, o preditor de abstinência mais significativo ao longo dos períodos de seguimento foi a AE medida pré e pós-intervenção.

Estudos de Correlação	2006 / Alvarez, J., Adebajo, A. M., Davidson, M. K., Jason, L. A. & Davis, M. I.	Oxford House: Deaf-Affirmative Support for Substance Abuse Recovery.	-20 homens residentes de OH: 10 surdos e 10 não surdos pareados por idade, educação, etnia e tempo de moradia na OH. -Em recuperação de álcool e drogas	-ASI (Addiction Severity Index) -PSC (Perceived Sense of Community Scale) -DASE	A comparação dos grupos não mostrou diferenças em nenhuma das variáveis, exceto emprego. Sem diferença significativa quanto a: -anos de uso de álcool, cocaína e heroína -percepção de apoio social -AE para abstinência
	2006 / Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T. & Ondersma, S.	Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth.	-64 pacientes de clínica para tratamento do HIV -Entre 16 e 25 anos 88% afro-americanos 50% homens 48% mulheres 2% transgêneros	-TLFB (Time-Line Follow Back) -Estágios de motivação: algoritmo e régua (Rollnick's Readiness Ruler) -AE para abstinência do álcool (3 itens) e drogas (3 itens) -Tentação pra usar álcool (20 itens) e drogas (20 itens) -Social Provision Scale -Brief Symptom Inventory	-Tanto para álcool como para maconha, AE mediou a relação entre estágios de mudança e uso de SPA. - AE, estágios de mudança e apoio social para evitar o álcool e maconha mostraram correlação significativa com uso de álcool e maconha e entre si no sentido esperado.
	2007 / Ouimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J. S., Wade, M. & Brown, P. J.	Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD.	-65 pacientes internados para tratamento da DQ. Com TEPT (n=32) Sem TEPT (n=33) 57% mulheres 43% (n=66) álcool 37% (n=24) opióides 34% (n=22) cocaína 15% (n=10) sedativos 9% (n=6) outras	-CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) -RI (Relapse Interview) adaptada da entrevista do Miller e Marlatt (1996) para avaliar precipitantes do uso.	Sujeitos com TEPT referiram circunstâncias diferentes associadas ao primeiro uso do que os pacientes sem TEPT: - enfrentamento de emoções negativas de natureza interpessoal - uso para intoxicação - expectativa de recaída - expectativas de AE menores: Sentiam menos confiança de resistir à vontade/impulso no futuro Sentiam menos confiança em suas habilidades de lidar com situações particulares no futuro
	2005 / Smyth, N. J. & Wiechelt, S. A.	Drug Use, Self-Efficacy, and Coping Skills Among People with Concurrent Substance Abuse and Personality Disorders: Implications for Relapse Prevention.	-36 homens e 14 mulheres internados para tratamento da DQ de múltiplas drogas -62% (n=31) com Transtorno de Personalidade -38% (n=19) sem Transtorno de Personalidade	-DIS (Diagnostic Interview Schedule) -DAST (Drug Abuse Screening Test) -ADS (Alcohol Dependence Scale) -PDQ-R (Personality Disorder Questionnaire - Revised) -IDTS (Inventory of Drug-Taking Situations) -DTCQ (Drug-Taking Confidence Questionnaire) -CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) -ICQ (Interpersonal Competence Questionnaire)	Quando comparados com o grupo sem Transtorno de Personalidade, os sujeitos com Transtorno de Personalidade tinham significativamente menos AE para manterem abstinência em situações envolvendo desconforto físico e conflitos interpessoais.
	2005 / Aguilar, L. R. & Pillon, S. C.	Perception of temptations to use drugs among persons under treatment.	-61 pacientes de ambulatório para tratamento da DQ. 58 homens 3 mulheres -50,8% (n=31) Em abstinência -49,2% (n=30) Estava usando SPA: -álcool (n=11) -cocaína (n=6) -maconha (n=3) -tabaco (n=5) -outras (n=5)	-Entrevista para ver história de uso de SPA -Escala de Tentaciones de Uso de Drogas	Situações citadas como mais tentadoras: -ir a festas com os amigos -estar em lugares onde todos usam drogas -estar com alguém que está usando drogas -sentir-se extremamente ansioso e estressado Sentiram mais tentação: -pacientes a menos tempo em tratamento -pacientes que usaram SPA durante o tratamento

Estudos Instrumentais	1997 / Turner, N. E., Annis, H. M. & Sklar, S. M.	Measurement of antecedents to drug and alcohol use: psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS).	-699 pacientes internados para tratamento da DQ. 48,4% (n=338) álcool 32,3% (n=226) cocaína 19,3% (n=135) outras drogas 75,5% homens	-IDTS (Inventory of Drug-Taking Situations) -TLFB (Time-Line Follow Back) -Psychoactive Drug Use History -ADS (Alcohol Dependence Scale) -DAST (Drug Abuse Screening Test) -SCL-90 (Hopkins Symptom Checklist) -SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) -IDS-42 (Inventory of Drinking Situations) -Questões sobre história de uso e "contexto social de uso" de álcool e drogas.	O <i>alpha</i> de Cronbach da escala IDTS total foi 0,95 e das 8 sub-escalas variou entre 0,70 e 0,92 Divide-se em 8 sub-escalas: -emoções desprazerosas (10 itens) -desconforto físico (5 itens) -emoções prazerosas (5 itens) -teste de controle pessoal (5 itens) -desejo e tentação para usar (5 itens) -conflito com outros (10 itens) -pressão social para usar (5 itens) -momentos prazerosos com outros (5 itens)
	1999 / Myers, M. G., Stice, E. & Wagner, E. F.	Cross-validation of the temptation coping questionnaire: Adolescent coping temptations to use alcohol and illicit drugs.	-1273 estudantes do ensino médio de 15 a 18 anos 52% mulheres	-TCQ (Temptation Coping Questionnaire): para álcool e maconha -PIS (Personal Involvement Screen) -Questionário adaptado para ver uso de álcool e drogas nos últimos 30 dias.	-Prevalência na amostra (últimos 30 dias) de álcool (62%), maconha (31%) e outras drogas (15%). Análise confirmatória dos 11 itens de enfrentamento encontrou um modelo unidimensional. Álcool n=640 ($\alpha=0,92$) Maconha n=633 ($\alpha=0,93$) AE para abstinência do álcool não foi diferente da AE para abstinência da maconha.
	2000 / Hiller, M. L., Broome, K. M., Knight, K. & Simpson, D. D.	Measuring self-efficacy among drug-involved probationers.	-250 homens condenados por crimes graves, em liberdade condicional em tratamento para uso de substâncias pela justiça -entrevistados na fase de ambulatório ou de residência.	-Dados sócio-demográficos -Medidas de funcionamento psicológico: segurança para tomada de decisão, depressão, ansiedade, auto-estima -Pearlin Mastery Scale (escala de domínio/control): mede a confiança de que as "mudanças da vida" foram auto-determinadas. -DASE (Drug Abstinence Self-Efficacy Scale): adaptada para droga escolhida	Druga de escolha: -25% crack -13% cocaína -25% álcool -19% maconha -18% outras drogas ilícitas Nas subescalas de AE o α variou entre 0,87 e 0,92; e nas subescala de tentação entre 0,72 e 0,90. Foi encontrada estrutura de 4 fatores e evidências de validade adequadas.
	2008 / Nidecker, M., DiClemente, C. C., Bennett, M. E. & Bellack, A. S.	Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness.	-240 pacientes psiquiátricos de ambulatório com doença mental grave (esquizofrenia, esquizoafetivo, transtorno de humor sem sintomas psicóticos) e dependência de cocaína 62,9% homens	-TLFB (Time-Line Follow Back) -Entrevista clínica estruturada DSM IV -PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) -ASI (Seções: drogas, álcool, família/social, legal) -Controle c/ screening de urina e com relato de familiares -AASE -DASE	Todas as medidas mostraram boa confiabilidade nesta amostra em todos os seguimentos durante 1 ano. Os instrumentos apresentaram evidências de validade adequadas entre os diagnósticos e entre si.

Estudos de Seguimento

A capacidade preditiva da medida de AE no resultado de tratamentos é investigada em estudos prospectivos, de coorte e ensaios clínicos com diversas

populações. Foram triados, nesta revisão, os que buscaram a AE para abstinência de SPA ilícitas.

Chong e Lopez (2008) observaram os preditores de uso de drogas e álcool em 346 mulheres índias americanas após internação para tratamento da dependência. Utilizaram a AASE (*Alcohol Abstinence Self-efficacy Scale* - DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994) e DASE (*Drug Abstinence Self-efficacy Scale* - DiClemente & cols., 1994) para acessar, respectivamente, AE para abstinência de álcool e drogas em geral, sem especificar a SPA. Ainda que na descrição dos instrumentos haja referência ao uso das escalas de tentação correspondentes, apenas os resultados de AE foram apresentados, sendo omitidos os referentes à tentação. No seguimento de seis meses, altos escores de AE para abstinência estavam associados à menor probabilidade de uso de drogas (OR=0,53; $p<0,05$). Da mesma forma, no *follow up* de 12 meses, altos escores de AE para abstinência estavam associados à menor probabilidade de uso de drogas (OR=0,49; $p<0,00$). Aspecto interessante do estudo de Chong e Lopez (2008), com índias americanas, é a especificidade da amostra, que reconhece a necessidade de caracterizar o segmento cultural respeitando-se diferenças e particularidades. Quanto à forma de acessar a AE para abstinência, o uso da AASE e DASE possibilitou a distinção entre álcool e drogas. A aplicação da DASE para drogas em geral dificulta que se identifique se a substância para a qual foi respondido o instrumento está relacionada ou não à posterior abstinência. Assim, altos escores de AE para abstinência de crack podem não ser relacionados à posterior abstinência de maconha, por exemplo.

Outro estudo de seguimento de 12 meses foi conduzido em 170 casas Oxford House⁶, nas cinco regiões dos EUA, e entrevistou 897 residentes com dependência ou abuso de álcool e drogas. Os instrumentos usados também foram AASE e DASE. As escalas de tentação correspondentes não estão citadas e

⁶ Oxford House pode ser considerado um programa de recuperação de drogas em residências dirigidas e administradas por usuários de SPA em recuperação. Uso de nenhuma substância é tolerado, exceto tabaco. Então, os residentes de OH se mantêm em abstinência e moram lá durante o tempo que desejarem, desde que não usem álcool ou drogas.

possivelmente não foram utilizadas. Também neste estudo, a DASE foi aplicada sem especificar a qual droga referia-se, o que implica na mesma limitação verificada no estudo de Chong e Lopez (2008). Com o uso de regressão logística, a AE para abstinência foi identificada como fator preditivo de abstinência tanto de álcool quanto de drogas. Constataram que a permanência de moradia na OH, por seis meses pelo menos, esteve relacionada à maior AE e manutenção da abstinência (Jason, Davis & Ferrari, 2007).

Um ensaio clínico randomizado, com seguimento de 16 meses, avaliou 291 usuários de maconha em atendimento ambulatorial. Foram examinadas influências de duas variáveis nos resultados do tratamento: (a) metas pessoais para o tratamento (abstinência *versus* uso moderado); e (b) AE para atingir essa meta. A aferição da AE contou com régua de um único item, na qual foi graduada a confiança na capacidade de manter abstinência ou na capacidade de usar maconha moderadamente, dependendo do que havia sido previamente escolhido como meta. Ainda que pouco sensível, essa medida de AE para abstinência de maconha foi preditiva de resultado tanto no grupo dos que selecionaram como meta a abstinência, como para os que optaram pela meta do uso moderado (Lozano, Stephens & Roffman, 2006).

Outro ensaio clínico randomizado com *follow up* de 14 meses acompanhou 240 adultos em tratamento para dependência de maconha. Duas abordagens foram testadas separadamente e em conjunto: TCC e Manejo de Contingências. Nessa pesquisa, a AE foi avaliada com a adaptação de um questionário para tabagismo de Curry, Marlatt e Gordon (1998; In Litt, Kadden, Kabela-Cormier & Petry, 2008) composto por 20 itens respondidos em escala Likert de sete pontos. Resultados positivos em ambas as modalidades de intervenção resultaram em mudanças na AE para a abstinência durante o tratamento. O preditor de abstinência mais significativo ($p < 0,001$), ao longo dos períodos de seguimento, foi a AE medida pré e pós intervenção, quando comparado com outros fatores como prontidão para mudança e estratégias de

enfrentamento. Com o objetivo de explorar o efeito desses fatores no sucesso dos tratamentos, a amostra foi restrita à dependência de maconha, aspecto que incrementa sua validade interna e reforça a necessidade de pesquisar cada SPA separadamente na investigação de mecanismos de mudança como a AE para abstinência (Litt et al., 2008).

Jason et al. (2007) aplicaram a AASE para álcool e a DASE para drogas em geral, e não fizeram uso das escalas de tentação correspondentes. Chong e Lopez (2008) utilizaram a DASE e a TUD também para drogas em geral, e não apresentaram os resultados de tentação, priorizando a investigação apenas da AE. Ambos os estudos buscaram o valor preditivo da AE para abstinência de drogas, sem evidenciar a SPA a que se referiam. É evidente que essas escalas se comportam de maneira distinta de acordo com a droga para a qual são respondidas (DiClemente et al., 1995). Outros dois artigos (Lozano et al., 2006; Litt et al., 2008) mostraram formas diferentes de acessar o mesmo construto de AE para abstinência de maconha. Usaram instrumentos diferentes e apresentaram importantes características dos mecanismos de mudança no consumo de *cannabis*, que certamente difere do crack, do álcool, etc. A definição clara deste foco garante que a expectativa de eficácia observada referia-se à capacidade de abster-se de maconha, o que viabiliza especificamente o entendimento desta adição.

Apesar dos distintos delineamentos, é possível observar que, nas quatro produções agrupadas nesta categoria, em todas as amostras a AE foi preditiva de abstinência. Litt et al. (2008) concluem que tanto a AE quanto a abstinência devem ser focadas no tratamento, pois mudanças em uma leva a mudanças na outra.

Estudos de Correlação

Pesquisa com residentes de Oxford House, em recuperação de álcool e drogas, comparou 10 surdos e 10 não-surdos pareados por idade, educação, etnia

e tempo de moradia na OH. A comparação dos grupos não mostrou diferenças em nenhuma das variáveis, exceto quanto ao emprego ($p < 0,01$): nenhum dos participantes com surdez estava trabalhando, e oito dos não-surdos trabalhavam. Também não foi observada diferença entre surdos e não-surdos quanto aos anos de uso de substâncias e percepção de apoio social. Foi usada a escala DASE e os residentes com e sem problemas auditivos não apresentaram diferenças quanto a AE para abstinência de drogas. Na descrição dos métodos, houve referência a uma modificação na AASE: foi trocada a palavra álcool por drogas, visando acessar ambas as substâncias. O instrumento foi aplicado uma única vez, para acessar indistintamente álcool e drogas. Visto o objetivo ser restrito à comparação entre surdos e não-surdos, a generalidade do instrumento não impacta em prejuízos significativos nos resultados. Diferente da categoria dos estudos anteriores, que buscavam o poder preditivo para a abstinência de determinada SPA, e por isso, se beneficiariam da especificidade dos instrumentos quanto à droga que investigavam. Ainda que a amostra tenha sido pequena e restrita ao sexo masculino, o estudo sugere que a OH oferece possibilidade de recuperação semelhante para pessoas com e sem problemas auditivos, quanto aos aspectos abordados nesta pesquisa (Alvarez, Adebajo, Davidson, Jason & Davis, 2006).

Um estudo com 36 homens e 14 mulheres, internados para o tratamento da dependência de drogas, comparou os sujeitos com diagnóstico de pelo menos um Transtorno de Personalidade (62%, $n=31$) com outros, sem esta comorbidade (38%, $n=19$). Pelo DTCQ (*Drug-Taking Confidence Questionnaire*, Annis & Martin, 1985; In Smyth & Wiechelt, 2005), encontraram que os pacientes com Transtorno de Personalidade tinham menos AE para manterem abstinência em situações envolvendo desconforto físico ($p < 0,05$) e conflitos interpessoais ($p < 0,05$), quando comparados com sujeitos sem Transtorno de Personalidade. Como também apresentaram maior severidade de dependência de drogas ($p < 0,01$), não é possível inferir se o risco aumentado para recaída nestas situações deve-se à presença da comorbidade ou à maior severidade da dependência de drogas. Os participantes foram instruídos a responder sobre a eficácia para abstinência da

droga de preferência nas 50 situações descritas no instrumento. Ainda que as análises tenham sido conduzidas para drogas em geral, a instrução do instrumento restringia as respostas à droga de escolha, atentando para a importância de focar em uma SPA em avaliações de AE (Smyth & Wiechelt, 2005).

No México foi investigada a tentação para uso de drogas, em 16 situações ou circunstâncias específicas, com 61 pacientes ambulatoriais em tratamento para dependência de drogas. Destes, 49,2% (n=30) tinha consumido alguma SPA, dentre elas álcool (n=11), cocaína (n=6) ou outras drogas. Em escala Likert de 5 pontos, avaliaram a tentação percebida em cada situação (nada tentado - muito tentado). As situações que se destacaram como “muito tentadoras” foram: ir a festas com os amigos (21,3%); estar em lugares onde todos usam drogas (19,7%); estar com alguém que está usando drogas (18%); e sentir-se extremamente ansioso e estressado (18%). Foi observado que escores maiores de tentação estavam associados a estar a menos tempo em tratamento ($r = -0,32$; $p = 0,001$). Pacientes que relataram ter usado SPA durante o tratamento apresentaram escores mais significativos ($t = 3,26$; $p = 0,002$) quando comparados aos sujeitos que não usaram drogas no mesmo período. As medidas de tentação foram diferentes ($p = 0,004$) de acordo com o tipo de droga que motivou a busca por tratamento. As diferenças de tentação de acordo com cada tipo de droga foram significativas ($p < 0,05$) entre os que indicaram cocaína ($M = 20,19$; $DP = 19,34$), maconha ($M = 42,04$; $DP = 29,21$) e outras drogas ($M = 55,46$; $DP = 20,11$). De acordo com a descrição do método, o instrumento sobre tentação para uso de drogas foi respondido de forma genérica, sem especificar a qual droga se referia. A SPA que motivou o tratamento foi identificada, porém sem estar condicionada ao questionário. Deste modo, os resultados referentes à tentação e à substância que motivou o tratamento merecem ser interpretados com restrições (Aguilar & Pillon, 2005).

Outra pesquisa investigou pacientes comórbidos com diagnósticos de dependência química e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e

comparou com dependentes sem este duplo diagnóstico. Depois de terem alta de um tratamento de internação para uso de drogas, foram examinadas as razões, identificadas pelos próprios pacientes, para seu primeiro uso de SPA. Para tal foi conduzida uma análise qualitativa das razões para recaída, com a aplicação da taxonomia de Marlatt e Gordon (1993). Além disso, uma entrevista baseada na *Relapse Interview* (Miller & Marlatt, 1996) investigou os precipitantes do uso de SPA nos 65 sujeitos que haviam recaído seis meses depois da alta. Destes, 32 haviam sido diagnosticados com TEPT e 33 não apresentavam esta comorbidade. Pacientes com TEPT relataram maior probabilidade de uso de SPA em resposta ao enfrentamento de emoções negativas de natureza interpessoal (OR=3,76; p=0,05;) e menor probabilidade de uso (p=0,07) em situações que suscitam o desejo para o uso (*cued urge*). Tais pacientes relataram maior probabilidade de uso de SPA para intoxicação (OR=3,17; p=0,06) e consideravam o primeiro uso como uma 'recaída' (OR=4,67; p=0,04) comparados aos pacientes sem TEPT. Pacientes com TEPT acreditavam que corriam mais risco de recair (p<0,05); sentiam menos confiança de resistir à vontade/impulso no futuro (p<0,05); e sentiam menos confiança em suas habilidades de lidar com situações particulares no futuro (p<0,01) quando comparados com o outro grupo (Ouimette, Coolhart, Funderburk, Wade & Brown, 2007).

Em ambulatório para tratamento do HIV, 64 jovens entre 16 e 25 anos foram entrevistados com o objetivo de investigar se construtos do MTT eram preditivos de uso de álcool e maconha nesta amostra. Nos 30 dias anteriores à avaliação, 38% dos sujeitos haviam usado álcool e 30% maconha. As frequências de uso de álcool e maconha estavam significativamente correlacionadas entre si (p<0,01). Os estágios de motivação para mudança foram avaliados com uso de algoritmo e régua (*Rollnick's Readiness Ruler*). A AE para abstinência tanto de drogas quanto de álcool foram aferidas, cada uma, em 3 itens. Uma escala de tentação foi adaptada a partir de um questionário desenvolvido para investigar comportamentos de risco em adultos HIV positivos. Os mesmos 20 itens foram utilizados para avaliar a tentação para álcool e drogas. Descreviam situações de

risco para uso e as respostas eram dadas em escala Likert de 5 pontos (nada tentado - extremamente tentado). A escala de tentação apresentou boa fidedignidade nessa amostra ($\alpha=0,92-0,96$). Sobre o uso de maconha, as correlações significativas ($p<0,01$) encontradas foram entre: AE e régua de prontidão ($r=0,70$); AE e estágios de mudança ($r=0,58$); e AE e apoio para evitar drogas ($r=0,48$). Foram observadas correlações significativas ($p<0,01$) negativas entre: AE e tentação para usar maconha ($r= -0,55$); e frequência do uso nos últimos 30 dias ($r= -0,60$). A tentação para uso de maconha mostrou correlação significativa ($p<0,01$) entre frequência do uso ($r=0,78$), régua de prontidão ($r= -0,68$) e estágios de mudança ($r= -0,62$). Conforme esperado a AE, os estágios de mudança e o apoio social para evitar álcool e maconha mostraram correlação significativa com a abstinência (Naar-King et al., 2006).

Dentre os cinco estudos de correlação, apenas o de Alvarez, et al. (2006) fez uso da DASE para álcool e drogas em geral. Naar-King, et al. (2006) referem outra forma de acessar AE: em três itens para uso do álcool e três para drogas, todos respondidos em escala Likert de 5 pontos que graduava a confiança para não usar SPA. No artigo de Smyth e Wiechelt (2005) este mesmo formato foi usado na medida da AE para abstinência em 50 situações. Ouimette et. al., (2007) avaliaram AE em um único item, no qual a confiança para manter abstinência era graduada de zero a 100. Já a tentação foi avaliada, em dois estudos, de forma semelhante: os itens descrevem situações de risco e, em escala Likert de 5 pontos. Tanto no estudo de Aguilar e Pillon (2005) quanto no de Naar-King et al., (2006) as respostas graduavam a tentação para usar drogas. Independente da quantidade de itens, os estudos descrevem diferentes situações para serem respondidas quanto à tentação para usar ou quanto à confiança para não usar.

Estudos Instrumentais

O artigo de Nidecker, DiClemente, Bennett e Bellack (2008) demonstra a aplicabilidade de cinco instrumentos do MTT em dependentes de cocaína com

comorbidades psiquiátricas graves. A AE para abstinência foi acessada com a escala reduzida de 12 itens DASE com excelente fidedignidade ($\alpha=0,91$). A *Temptation to Use Drug Scale* (TUDS) avaliou tentação para uso de cocaína, com a mesma fidedignidade ($\alpha=0,91$) também na versão de 12 itens. Não foram apresentados valores para as subescalas, apenas para a escala total. Alguns fatores que contribuíram para os sólidos resultados deste estudo foram: a especificidade quanto ao uso de cocaína; a comparação entre dependentes e sujeitos em remissão da dependência de cocaína; e a confirmação de dados com familiares e com *screening* toxicológico. Sem igual rigor no controle de variáveis, Hiller, Broome, Knight e Simpson (2000) utilizaram as mesmas escalas na aferição de AE e tentação, em versão de 20 itens, para uso de drogas. O ponto forte deste estudo foi ter incluído questionamento para identificar a droga de escolha, sendo instruídos os sujeitos a responder as escalas de acordo com a substância por eles eleita. Os resultados apresentados não fizeram distinção por SPA, ainda que 38% da amostra tenha feito referência à cocaína (25% fumada e 13% aspirada) como droga de escolha. Os *alphas* das subescalas variaram entre 0,87 e 0,92 (AE para abstinência) e entre 0,72 e 0,90 (tentação para uso) sugerindo boa fidedignidade sem explicitar à qual SPA se referem. Bzuneck (In Bandura et al., 2008) destaca a importância de aderir às condições específicas da realidade em estudo, ao construir/adaptar escalas que avaliam AE, indicando que os itens devem detalhar de forma concreta o contexto a ser investigado. DiClemente et al., (1995) pontuam que a AE para abstinência sofre influência da substância e da situação a que se refere. O estudo canadense de Myers, Stice e Wagner (1999), atentou a essa particularidade: AE para abstinência foi respondida em item para apenas uma situação de risco, com uma versão para álcool e outra para maconha. Mesmo que a medida de AE fosse parte de outra escala mais complexa, foram conduzidas análises específicas para correlacioná-la às demais variáveis. Ainda assim, na avaliação de uma única situação de risco, foi mantida a especificidade para o uso, separadamente, de álcool e maconha. Outro aspecto interessante desse estudo foi a distribuição, de forma randomizada, das versões de álcool e maconha entre

os 1.273 estudantes. Com 640 adolescentes respondendo para álcool, e 633 para maconha, as médias de AE para abstinência destas duas substâncias não mostraram diferença significativa.

Do mesmo modo, a tentação para o uso de SPA está intimamente relacionada à droga a que se refere. Turner, Annis e Sklar (1997) apresentaram um inventário de situações de consumo (IDTS), com 50 circunstâncias a serem respondidas quanto à frequência de uso em cada ocasião. O diferencial é que todas as 50 situações foram respondidas para uma única SPA. Na versão computadorizada, é aplicado o mesmo instrumento para cada uma das três principais drogas escolhidas pelo entrevistado. A tentação para o uso forma uma das oito subescalas (*Urges and Tentrations to Use*), avaliada em cinco itens respondidos em escala Likert de 4 pontos que gradua a frequência de uso.

Dos quatro estudos instrumentais, dois usaram as mesmas escalas (DASE e TUDS) e apresentaram resultados de forma distinta, o que dificultou a comparação entre eles (Nidecker et al., 2008; Hiller et al., 2000). De forma geral, ambos encontraram evidências de validade e fidedignidade para as escalas DASE e TUDS em amostras clínicas. Nos outros dois estudos instrumentais, os elementos de AE e tentação foram avaliados indiretamente, como parte integrante de ferramentas que avaliaram: (a) frequência do uso – a tentação formou uma subescala de 5 itens (Turner et al., 1997); e (b) enfrentamento da tentação - AE para abstinência foi avaliada em único item referente a apenas uma situação de risco (Myers et al., 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente revisão foram identificados os 13 artigos que apresentavam avaliações de AE para abstinência e tentação para o uso de SPA ilícitas nas três bases escolhidas. Apenas dois estudos não são americanos, sendo que grande parte das publicações ocorreu a partir de 2005. Três categorias agruparam as produções por semelhanças quanto a objetivos e métodos: estudos de seguimento, de correlação e instrumentais. Cinco estudos, com pequenas variações, fizeram uso do mesmo instrumento. A escala AASE foi adaptada para o uso de drogas (DASE) e foi aplicada na versão de 12 e 20 itens. Outras medidas apresentaram formato semelhante ao descreverem situações de risco a serem respondidas quanto ao grau de eficácia para abstinência ou quanto ao grau de tentação para usar drogas em escala Likert de 5 pontos. Apenas quatro artigos especificaram a droga para a qual o instrumento deveria ser respondido, o que evidencia pouca preocupação quanto ao detalhamento do contexto investigado.

As análises conduzidas para drogas em geral devem ter seus resultados cuidadosamente interpretados. Dependendo dos objetivos do estudo, abordar SPA sem especificar qual delas, pode representar um fator de confusão importante. Tanto a AE quanto a tentação estão condicionadas à SPA a que se referem e a situações específicas, que devem ser bem descritas para o entendimento das particularidades de cada adição. Visto a relevância da aferição destes construtos, foram encontrados poucos artigos relacionando-os ao uso de substâncias ilegais.

REFERÊNCIAS

- Aguilar, L. R. & Pillon, S. C. (2005). Perception of temptations to use drugs among persons under treatment. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol 13(Suppl), 790-797.
- Alvarez, J., Adebajo, A. M., Davidson, M. K., Jason, L. A. & Davis, M. I. (2006). Oxford House: Deaf-Affirmative Support for Substance Abuse Recovery. American Annals of the Deaf. Vol 151(4), 418-422.
- Annis, H. M., & Graham, J. M. (1988). The Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39) User's Guide. Ontario, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M. & Martin, (1985) In Smyth, N. J. & Wiechelt, S. A. (2005) Drug Use, Self-Efficacy, and Coping Skills Among People with Concurrent Substance Abuse and Personality Disorders: Implications for Relapse Prevention. Journal of Social Work Practice in the Addictions. Vol 5(4), 63-79.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change. Psychological Review. Vol 84(2), 191-215.
- 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. Vol 10 (3) 214-217.
- Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. & cols. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 176 p.
- Bogenschutz, M. P., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2006). Examining the Effects of Alcoholism Typology and AA Attendance on Self-Efficacy as a Mechanism of Change. Journal of Studies on Alcohol. Vol 67 (4) 562-567.
- Bzuneck (2008) In Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 176 p.
- Carbonari, J.P. & DiClemente, C.C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 810-817.
- Chong, J. & Lopes, D. (2008). Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment. American Indian and Alaska Native Mental Health Research. Vol 14(3), 24-48
- Curry, Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1998) In Litt, Mark D.; Kadden, Ronald M.; Kabela-Cormier, Elise; Petry, Nancy M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. Addiction. Vol 103(4), 638-648

- Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol. (1) 637-641.
- Demmel, R. & Rist, F. (2005). Prediction of Treatment Outcome in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Self-efficacy and Coping Style. Addictive Disorders & Their Treatment. Vol 4(1), 5-10
- DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. Journal of Social & Clinical Psychology. Vol 4(3), 302-315.
- DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Daniels, J.W., Donovan, D.M., Bellino, L.E. & Neavins, T.M. (2001). Self-efficacy as a matching hypothesis: Causal chain analysis. In Longabaugh R. & Wirtz, P.W. (Eds.), Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses. Project MATCH Monograph Series, Vol. 8. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. Journal of Studies on Alcohol, 55, 141-148.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. & Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. In Maddux, J. (Ed.) Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application. New York: Plenum Press.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. American Journal on Addictions. 13, 130-119.
- Dolan, S. L., Martin, R. A. & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. Addictive Behaviors 33: 675–688.
- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (2005). Assessment of addictive behaviors. 2^a edição. New York (NY): The Guilford Press.
- Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor abstinence. Addiction 92(3), 313-324
- Hiller, M. L., Broome, K. M., Knight, K. & Simpson, D. D. (2000). Measuring self-efficacy among drug-involved probationers. Psychological Reports. Vol 86(2), Abril, 529-538.
- Hodgins, D. C., Peden, N., & Makarchuk, K. (2004). Self-efficacy in pathological gambling treatment outcome: Development of a gambling abstinence self-efficacy scale (GASS). International Gambling Studies. (4) 99–108.
- Jason, L. A., Davis, M. I., & Ferrari, J. R. (2007). The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House. Addictive Behaviors. Vol 32(4), 803-818

- 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. Vol 103(4), 638-648
- Lozano, B. E., Stephens, R. S. & Roffman, R. A. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. Addiction. Vol 101(11), 1589-1597.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1979) In Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marlatt, G. A., Baer, J.S. & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In: Bandura, A., ed. Self-Efficacy in Changing Societies. New York: University Press, pp. 289–315.
- Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1996). Relapse interview – Intake and follow up. Addiction 91 – Supplement, S73-S88.
- Murphy, P. N., Bentall, R. P., Ryley, L. D. & Ralley, R. (2003). Predicting postdischarge opiate abstinence from admission measures of motivation and confidence. Psychological Addictive Behaviors. 17(2):167-70.
- Myers, M. G., Stice, E. & Wagner, E. F. (1999). Cross-validation of the temptation coping questionnaire: Adolescent coping temptations to use alcohol and illicit drugs. Journal of Studies on Alcohol. Vol 60(5), 712-718.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. AIDS Care. Vol 18(7), 839-845.
- Nidecker, M., DiClemente, C. C., Bennett, M. E. & Bellack, A. S. (2008). Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. Addictive Behaviors. Vol 33(8), 1021-1030
- Oliveira, M. S., Calheiros, P. R. V. & Andretta, I. (2006). Motivação para Mudança nos Comportamentos Aditivos In: Werlang, B. & Oliveira, M. S. Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ouimette, P., Coolhart, D.; Funderburk, J. S., Wade, M. & Brown, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. Addictive Behaviors. Vol 32(8), 1719-1727
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative modelo f change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 20, 161-173.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist. 47, 1102-1114.

Smyth, N. J. & Wiechelt, S. A. (2005). Drug Use, Self-Efficacy, and Coping Skills Among People with Concurrent Substance Abuse and Personality Disorders: Implications for Relapse Prevention. Journal of Social Work Practice in the Addictions. Vol 5(4), 63-79.

Sutton, S.(2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. Addiction, 96, 175-186.

Turner, N. E., Annis, H. M. & Sklar, S. M. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). Behavior Research Therapy. 35(5):465-83.

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S. & Prochaska, J. O. (1990). Relapse Situations and Self-Efficacy: an integrative model. Addictive Behaviour 15: 271-283.

ESTUDO EMPÍRICO:

**Evidências de validade das escalas
Drug Abstinence Self-efficacy Scale e
Temptation to Use Drugs Scale
adaptadas para dependentes de cocaína e crack internados.**

RESUMO

É crescente a prevalência de dependentes de cocaína e crack à procura de tratamento. As pesquisas devem acompanhar esta tendência e aproximar os instrumentos e intervenções à realidade. A auto-eficácia para abstinência tem se mostrado um importante elemento no processo de mudança dos comportamentos aditivos, e não são encontradas formas estruturadas de investigação deste construto na língua portuguesa. Este estudo apresenta as propriedades psicométricas da adaptação brasileira de duas escalas: *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale*. À versão adaptada, foram incluídos 4 itens, perfazendo um total de 24 itens em cada instrumento. A amostra contou com 300 homens internados devido à dependência de cocaína e crack. Foram investigadas: adaptação semântica, fidedignidade, validade concorrente e análise fatorial exploratória. Foi evidenciada boa consistência interna, com coeficiente *alpha* de Cronbach variando entre 0,719 e 0,927. A correlação inversa entre as escalas foi significativa ($r = -0,736$; $p < 0,01$), e o modelo de quatro fatores correspondeu às subescalas: Emoções negativas; Social/positivo; Preocupações; e Abstinência/impulsos. A adaptação brasileira das escalas mostrou evidências de validade adequadas na amostra de dependentes de cocaína e crack internados.

Descritores: estudos de validação; auto-eficácia; transtornos relacionados ao uso de cocaína; crack; e pacientes internados.

Validity evidences of the Drug Abstinence Self-efficacy Scale e Temptation to Use Drugs Scale adapted to crack and cocaine inpatients.

ABSTRACT

There is an increased prevalence of cocaine and crack addicts seeking treatment. Research should follow this trend and fit the tools and interventions to this reality. Self-efficacy for abstinence has been recognized as an important element in the process of changing addictive behaviors. There are no structured assessments to investigate this construct in brazilian portuguese idiom. This study presents the psychometric properties of the brazilian version of two american scales: Drug Abstinence Self-efficacy Scale and Temptation to Use Drugs Scale. To the adapted version, there were included 4 items, compounding a total of 24 items in each instrument. The sample consisted of 300 male inpatients subjects, admitted for cocaine and crack dependence. The validity evidences investigated were the following: semantic adaptation, reliability, concurrent validity and exploratory factor analysis. It could be demonstrated good internal consistency, with Cronbach's *alpha* coefficient ranging between 0.719 and 0.927. The inverse correlation between the scales was significant ($r = -0.736$, $p < 0.01$), and four-factor model corresponded to subscales: Negative Affect; Social/Positive; Concerns; e Withdrawal/Urges. The brazilian version of the scales showed adequate evidences of validity in the sample of cocaine and crack hospitalized dependents.

Key words: validation studies; self-efficacy; cocaine-related disorders; crack; and inpatients.

INTRODUÇÃO

O abuso e a dependência de drogas no Brasil têm sido alvo de crescente atenção devido ao aumento da expressividade de suas consequências. Além dos inúmeros fatos reportados pela mídia, o contexto de vida diária testemunha os prejuízos que o consumo reverbera em todo país. Uma série de fatores relacionados ao uso de substâncias psicoativas caracteriza as dificuldades no acesso, prevenção, intervenção e recuperação do usuário e das demais pessoas que acabam sendo acometidas pelos efeitos do uso de drogas. Ainda que as informações venham alcançando maior número de pessoas, o estigma da dependência química ainda está cercado de preconceito, o que dificulta a quantificação dos casos e a busca por tratamento especializado. Levantamento domiciliar nas 108 maiores cidades brasileiras revelou que, em 2005, a prevalência de uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) era de 22,8% (Carlini & Galduróz, 2007), maior que em 2001 quando 19,4% das pessoas já haviam usado algum tipo de droga (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002).

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, que pode ser consumida sob a forma de cloridrato de cocaína, de uso aspirado ou injetado. Sob a forma alcalina - como o crack, a merla e a pasta básica da cocaína - pode ser fumada em “cachimbos”. Quanto mais rápido a substância atinge a corrente sanguínea e o sistema nervoso central, maior o efeito psicoativo. Absorção mais rápida resulta em efeito mais intenso, porém mais breve. Por isso, as modalidades de uso fumado e injetado se diferenciam quanto ao padrão de uso da cocaína aspirada. Usuários de crack fazem sucessivos episódios de consumo em um menor período de tempo comparados a pessoas que usam cocaína em pó.

No presente estudo, a modalidade de uso aspirado será identificada por cocaína, e o uso fumado, referido de crack. Assim como a diferença na forma de administração da cocaína implica em diferentes padrões de uso, as demais

substâncias apresentam diversas particularidades tanto no consumo quanto no processo de recuperação.

O uso de cocaína e crack no Brasil representa, atualmente, um problema de saúde pública de dimensões imensuráveis, com crescimento mais expressivo dentre as substâncias psicoativas. Pelo levantamento de Carlini e Galduróz (2007), 9,4% dos homens entrevistados, entre 25 e 34 anos, já haviam usado cocaína em 2005, e 3,2% feito uso de crack. Quando incluídas as mulheres da mesma faixa etária, os índices apresentaram discreto decréscimo: 5,2% dos homens e mulheres referiram já ter usado cocaína e 1,6% crack. A prevalência entre jovens de 18 a 24 anos também é preocupante: 4,2% já usaram cocaína. Só na Região Sul, 5,1% dos homens e 2,0% das mulheres que foram entrevistados já haviam recebido algum tratamento para uso de álcool e drogas (Carlini & Galduróz, 2007). Em uma unidade de desintoxicação de Porto Alegre, no ano de 2007, 40% dos pacientes em tratamento para o uso do crack relataram história de antecedentes criminais, e 33,3% já tinham sido presos (Guimarães, Santos, Freitas & Araujo, 2008).

Estes números evidenciam a premência em aprofundar estudos e atualizar conhecimentos, principalmente quanto ao crack, cujo padrão de uso se destaca entre as demais drogas pelo maior poder de degradação pessoal, familiar e social. A identificação de formas eficientes de prevenção, intervenção e planejamento do processo de recuperação estão diretamente condicionadas às especificidades de cada droga. Por isso é necessário considerar as particularidades de consumo das diversas substâncias psicoativas (SPA).

Um dos desafios na investigação da motivação para mudança foi recentemente identificado (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2009) como sendo a diferença na prontidão para mudança quanto ao uso de uma substância com relação a outras SPA. Por exemplo, uma pessoa pode estar bastante motivada a manter a abstinência da

cocaína, ao mesmo tempo em que está ambivalente quanto ao uso de maconha, sem pretender abandonar o uso do tabaco.

O mesmo ocorre com a percepção de eficácia para manter a abstinência e a tentação para usar determinada SPA. Estes construtos dinâmicos também estão intimamente relacionados às diferentes substâncias e as distinções entre elas (Bandura, 1999; DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995; Sylvest, 2009).

Abordagens integrativas têm conseguido contemplar a complexidade dos comportamentos aditivos. O Modelo Transteórico (MTT; Prochaska & DiClemente, 1983) é um referencial integrativo e biopsicossocial que conceitualiza o processo de mudança intencional de comportamento. Diferente de outros modelos que restringem o foco a determinadas dimensões da mudança, como influências biológicas ou sociais, o MTT inclui e integra construtos específicos de outras teorias numa abordagem abrangente de mudança que pode ser aplicada a uma variedade de comportamentos, populações e finalidades (*Health and Addictive Behaviors: Investigating Transtheoretical Solutions* [HABITS], 2009).

A Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986 In Bandura, 1999) introduziu e fundamentou a auto-eficácia (Bandura, 1977) que, desde então, é considerada peça essencial para o entendimento do processo de mudança. Auto-eficácia (AE) pode ser definida, de forma geral, como a expectativa da pessoa de que um dado comportamento seu irá levar a determinado resultado. É a crença pessoal de que será capaz de desempenhar com sucesso o comportamento que resultará na consequência desejada. Crenças de AE podem ser definidas como o conjunto de julgamentos que as pessoas têm sobre suas próprias capacidades. Estas crenças de competência pessoal compõem a base para a motivação humana. Ao enfrentar dificuldades, as pessoas terão pouco incentivo para agir se não acreditarem que suas ações possam produzir os resultados que desejam (Bandura, Azzi, Polydoro & cols., 2008). A aplicação da AE vem sendo apresentada e concretizada em diversos estudos (DiClemente, Carbonari, Daniels, Donovan, Bellino & Neavins,

2001; Meyer, Rumpf, Hannover, Hapke & John, 2005; Weigand & Stockham, 2000).

Este construto tem se consagrado como importante mecanismo de mudança com ampla aplicação nas adições (Bandura, 1999; Bogenschutz, Tonigan, & Miller, 2006; DiClemente, Fairhurst, & Piotrowski, 1995; DiClemente, 1986; Demmel, Nicolai & Jenko, 2006; Hodgins, Peden, & Makarchuk, 2004; Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Tanto o MTT (Prochaska & DiClemente, 1983) quanto a prevenção da recaída (Marlatt & Donovan, 2005) articulam o construto da AE no entendimento das adições.

Os episódios de recaída são conceituados como parte integrante do processo de mudança e vem sendo avaliados mediante duas abordagens principais: a classificação das diferentes situações de risco e a identificação de elementos como a AE diante das circunstâncias propícias à recaída (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990).

Nas adições, DiClemente, et al. (1995) salientam a importância de se diferenciar entre os tipos de AE, classificadas de acordo com o comportamento-alvo: AE para lidar com situações específicas (*cooping self-efficacy*); AE para tratamento, como ser capaz de desempenhar as tarefas específicas do plano terapêutico (*treatment self-efficacy*); AE para recuperar-se de um lapso ou recaída (*recovery self-efficacy*); AE para usar controladamente uma substância (*control self-efficacy*); e AE para manter abstinência nas situações de risco (*abstinence self-efficacy*). O foco do presente estudo prioriza a AE para abstinência.

Outra distinção importante é estabelecer os conceitos de expectativa de eficácia e expectativa de resultado. A primeira, refere-se à percepção da própria capacidade de desempenhar uma ação para atingir o resultado desejado. Mais especificamente, a auto-eficácia para abstinência é um tipo de expectativa de eficácia: é a crença na habilidade de resistir ao uso, em situações de risco tentadoras. Já a expectativa de resultado trata-se da antecipação de como será a vida sem drogas, quais experiências positivas e negativas resultarão da

sobriedade ou como será o contexto de vida distante do uso de drogas (DiClemente, et al., 1995; Marlatt e Donovan, 2008).

Diante destas especificidades, as formas de acessar este construto devem atentar para o contexto a ser investigado, esclarecendo as circunstâncias que o sujeito deve imaginar para identificar sua expectativa de eficácia para manter a abstinência de determinada substância. Como ressalta Bzuneck “...em relação a pesquisas sob este enfoque social cognitivista, (...) nos instrumentos de coleta de dados e, no caso de pesquisa quantitativa, na construção de escalas, é necessário buscar uma adesão íntima às condições específicas da realidade em foco, isto é, os itens não podem contemplar generalidades, mas devem fazer referência aos aspectos detalhados e concretos do contexto.” (In Bandura, et al. 2008, p.14).

A adaptação e validação de instrumentos para diferentes amostras, etnias, culturas e comportamentos tem despertado crescente interesse por essas escalas de avaliação. Ditas medidas formais vêm sendo valorizadas pela objetividade, foco e estrutura que proporcionam, por suas características diretivas e realistas, bem como pela facilidade de serem usadas como *feedback* no processo de motivação para mudança (SAMHSA, 2009).

A taxonomia criada por Marlatt (1978; In Marlatt & Gordon, 1993) embasa o acesso e avaliação das situações de recaídas (Lowman, Allen & Miller, 1996; Marlatt, 1996; Ouimette, Coolhart, Funderburk, Wade & Brown, 2007). A partir de relatos clínicos de 70 alcoolistas, as categorias de determinantes de recaída classificam situações de alto risco baseadas em dois domínios e oito subcategorias.

Determinantes intrapessoais-ambientais

1. Enfrentamento de estados emocionais negativos (frustração, raiva, ansiedade, medo, tensão, depressão, solidão, tédio, perda, etc.)
2. Enfrentamento de estados físicos / fisiológicos negativos (associados ou não ao

uso de SPA, como abstinência, fissura, entre outras)

3. Intensificação de estados emocionais positivos

4. Teste do controle pessoal (uso da substância para testar a habilidade de fazer uso moderado)

5. Rendição às tentações ou compulsões (na presença ou ausência de sinalizadores da substância)

Determinantes interpessoais

6. Enfrentamento de conflito interpessoal

7. Pressão social (direta ou indireta)

8. Intensificação de estados emocionais positivos (momentos agradáveis com outras pessoas).

Essa classificação dos episódios de recaída original de Marlatt, foi replicada, em 1996, pelo Departamento de Pesquisa e Tratamento do NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*). Com abrangência multicêntrica, ficou conhecida como *Relapse Replication Extension Project* (RREP; Lowman, et al., 1996) e contou com 563 alcoolistas de três diferentes localidades nos EUA. Os índices de recaída refletiram achados prévios: 82% dos pacientes de ambulatório e 73% de internação haviam bebido pelo menos um gole de álcool 12 meses após o tratamento de prevenção da recaída. As situações de alto risco mais comumente identificadas foram os estados emocionais negativos e a pressão social para beber. A validade da taxonomia das situações foi questionada como instrumento de avaliação, porém ainda hoje é um referencial no entendimento dos precipitantes de recaída (Lowman, Allen, Stout & The relapse research group, 1996).

DiClemente, Carbonari, Montgomery, & Hughes (1994) apresentaram as propriedades da *Alcohol Abstinence self-efficacy Scale* (AASE), com 266 alcoolistas em tratamento de ambulatório. Os instrumentos apresentaram resultados satisfatórios na medida da auto-eficácia para abstinência do álcool e

tentação para o seu uso. Esta versão original na língua inglesa é composta por duas escalas complementares de 20 itens cada. Ambas contam com os mesmos itens, sendo que cada uma deve ser respondida de acordo com consignas distintas. Cada item descreve uma situação do contexto do uso de substâncias, e as alternativas de resposta, em escala Likert de 5 pontos, gradua a confiança na capacidade de manter a abstinência naquela situação. Na outra escala, gradua a tentação para usar substâncias naquela situação. Foi encontrada uma estrutura de quatro subescalas, com cinco itens cada. A consistência interna para aquela amostra de alcoolistas foi satisfatória. As subescalas de AE apresentaram os seguintes coeficientes *alpha* de Cronbach: *Negative Affect* (0,88); *Social / Positive* (0,82); *Physical and Other Concerns* (0,83); e *Withdrawal / Urges* (0,81). As subescalas de tentação obtiveram os coeficientes *alpha* de Cronbach como segue: *Negative Affect* (0,99); *Social / Positive* (0,86); *Physical and Other Concerns* (0,60); e *Withdrawal / Urges* (0,70).

Nesse estudo, DiClemente, et al. (1994) apresentam as escalas como dois domínios de um mesmo instrumento (AASE), ainda que as análises tivessem sido conduzidas individualmente, tendo sido citada a independência entre elas. Apesar de conterem os mesmos itens, a diferença na consigna evidencia que se referem a construtos distintos. Estudos posteriores (Jason, Davis & Ferrari, 2007; Nidecker, DiClemente, Bennett & Bellack, 2008), tratam essas duas medidas como escalas correlatas, que podem ser usadas separadamente ou em conjunto.

Variações destes instrumentos são apresentadas em estudos com diferentes métodos e populações. Hiller, Broome, Knight & Simpson (2000) adaptaram os instrumentos trocando a palavra álcool por droga. Incluíram uma questão sobre a droga de escolha e instruíram os participantes a responder de acordo com a SPA identificada. Esta adaptação encontrou quatro domínios conforme o original de DiClemente, et. al. (1994). Os *alphas* das subescalas de AE variaram entre 0,87 e 0,92, e das subescalas de tentação, entre 0,72 e 0,90, apresentando boa consistência interna. Chong e Lopes (2008) acessaram AE e

tentação em índias americanas com essas mesmas escalas. Em aplicação única, incluíram a palavra droga, abrangendo nas possibilidades de resposta qualquer SPA. Da mesma forma, o estudo de Alvarez, Adebajo, Davidson, Jason e Davis (2006) conduziu a aplicação da AASE para drogas em geral. Tanto Chong e Lopez (2008) quanto Alvarez, et al. (2006) não aplicaram as escalas de tentação, exemplificando o uso independente dessas medidas.

Estudos sobre a validade destes instrumentos são escassos. Sua adaptação para diferentes amostras pode ampliar a aplicabilidade e reconhecimento como medidas sólidas e úteis em pesquisas intervenções clínicas, planejamento e acompanhamento terapêutico.

O presente estudo se propõe a dar início ao processo de validação e adaptação cultural das escalas *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* na língua portuguesa. Com amostra de dependentes de cocaína e crack hospitalizados, foram investigadas evidências de validade das versões adaptadas destes instrumentos.

OBJETIVOS

Geral

Estudar as propriedades psicométricas da versão brasileira dos instrumentos *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* para dependentes de cocaína e crack internados.

Específico

- Adaptar à realidade brasileira as escalas *Drug Abstinence Self-efficacy Scale (DASE)* e *Temptation to Use Drugs Scale (TUD)* para dependentes de cocaína e crack internados.
- Investigar a fidedignidade e a validade concorrente das adaptações das escalas DASE e TUD para dependentes de cocaína e crack internados.
- Conduzir análise fatorial exploratória das adaptações das escalas DASE e TUD para dependentes de cocaína e crack internados.

MÉTODO

Delineamento

Estudo instrumental (Carretero-Dios & Perez, 2005) descritivo, quantitativo e com delineamento transversal.

Participantes

Amostra

A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por 300 homens dependentes de cocaína e/ou crack em tratamento de internação em unidades específicas para o atendimento da dependência química. Os três locais pesquisados recebem pacientes da rede pública e privada da cidade de Porto Alegre, região metropolitana e de outras cidades do Estado do Rio Grande do Sul.

Os participantes, na faixa etária entre 18 e 56 anos de idade ($M=27,96$; $DP=7,28$), buscavam atendimento por problemas decorrentes do uso da cocaína e/ou crack. Foi exigido um período mínimo de sete dias de abstinência de SPA,

variando entre sete e 120 dias (Mediana=14). O tempo de internação variou entre um e 65 dias (Mediana=10).

Cálculo Amostral

Para o cálculo da amostra, foi utilizado o software WinPepi versão 4.5, considerando uma correlação inversa de 0,65 entre as escalas, obtida no estudo de DiClemente, Carbonari, Montgomery e Hughes (1994). Com poder de 80%, nível de significância de 5% e uma margem de erro de 0,1, resultou em uma amostra de pelo menos 265 sujeitos.

Crítérios de Seleção

Homens com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de dependência de cocaína e/ou crack segundo os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) em tratamento de internação para dependência desta(s) substância(s). A escolaridade mínima exigida foi a partir da quinta série do ensino fundamental, na tentativa de aumentar a compreensão do protocolo.

Não foram selecionados sujeitos em quadros psicóticos agudos ou com comprometimentos cognitivos que pudessem impedir a compreensão e o preenchimento do protocolo.

Instrumentos

O protocolo de pesquisa foi administrado por equipe preparada para a realização de *rapport* explicativo dos objetivos do estudo e para a aplicação dos instrumentos em entrevista única com duração de aproximadamente 35 minutos:

- Protocolo de entrevista: questionário semi-estruturado para coleta de dados sócio-demográficos pertinentes à pesquisa com o objetivo de investigar a história de consumo de substâncias psicoativas e a história clínica atual e pregressa.

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (MEEM; Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994): instrumento de rastreio de prejuízo cognitivo que avalia diferentes parâmetros, com itens agrupados em sete categorias: orientação temporal (5 pontos); orientação espacial (5 pontos); registro de três palavras (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); recordação das três palavras (3 pontos); linguagem (8 pontos); e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de zero a 30 pontos, e a classificação está condicionada a escolaridade (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003).

- URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*; McConaughy, DiClemente & Hughes, 1990): escala que avalia estágio motivacional e prontidão para mudança do comportamento aditivo de uso de drogas. Foi utilizada a versão reduzida de 24 itens, validada para a língua portuguesa para uso de drogas ilícitas por Szupszynski e Oliveira (2008). As alternativas de respostas em escala Likert, variam entre 1 – “discorda totalmente” e 5 – “concorda totalmente”. A escala é dividida em 4 subescalas: Pré-contemplação (6 itens); Contemplação (6 itens); Ação (6 itens); e Manutenção (6 itens).

- Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) e Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD): questionários auto-aplicáveis com 24 itens cada, descrevendo situações comuns ao contexto do uso de drogas. As duas escalas consistem na apresentação das mesmas 24 situações, sendo que as alternativas de respostas são em escala Likert de 5 pontos. Para a escala de tentação, as respostas variam de 1 – “Nada tentado” a 5 – “Extremamente tentado a usar drogas”. No caso da auto-eficácia em manter a abstinência, as respostas variam de 1 – “Nada seguro” a 5 – “Extremamente seguro de não usar drogas”. Estes questionários foram adaptados dos originais *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* conforme descrição do processo de adaptação neste estudo. As escalas originais foram desenvolvidos por DiClemente, et al. (1994) a partir da *Alcohol Abstinence Self-efficacy Scale (AASE)* e estão disponibilizadas para uso na língua inglesa (HABITS, 2009).

Procedimentos

Adaptação das Escalas

O processo compreendeu as seguintes fases:

- **Tradução dos instrumentos:** as escalas *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* foram traduzidas do inglês para língua portuguesa brasileira por profissional graduado em Letras, habilitado na língua inglesa e conhecedor dos objetivos da tradução. Um dos autores da escala, o Prof. DiClemente, foi consultado e recomendou a adaptação das escalas, sugerindo que os itens deveriam retratar a realidade das situações de risco brasileiras.
- **Aplicação dos instrumentos:** esta primeira adaptação foi aplicada a 10 sujeitos que preencheram critérios de inclusão, com o objetivo de verificar dúvidas, expressões confusas ou ambíguas. Os itens e as instruções foram facilmente compreendidos.
- **Brainstorming:** Foram reunidos 5 sujeitos (3 psicólogos e 2 estudantes de Psicologia) para a apresentação dos instrumentos originais e da primeira versão em português. Cada item foi reproduzido verbalmente e discutido um a um quanto a possíveis dificuldades de compreensão. Incluídas as observações, foram necessárias pequenas alterações para adaptar a descrição das situações à amostra em estudo, usando termos simples e próximos da realidade dos pacientes de diferentes condições sócio-econômicas.
- **Back-translation:** a partir da primeira tradução e adaptações do *brainstorming*, os instrumentos foram traduzidos para o idioma de origem. O trabalho foi realizado por profissional habilitado em língua inglesa, com fluência e domínio da língua portuguesa e desconhecedor do objetivo da tradução.
- **Nova tradução dos instrumentos:** a partir da versão produzida no processo de *back-translation*, as escalas foram novamente vertidas para o português por um

psicólogo brasileiro, com fluência na língua inglesa e conhecedor do objetivo da tradução.

- **Comitê de juízes especialistas:** todo o processo acima foi cuidadosamente descrito e submetido a um comitê formado por três profissionais experientes: dois psiquiatras e um psicólogo, todos especialistas em dependência química, familiarizados com o MTT e conhecedores da finalidade deste estudo. Os juízes compararam as traduções a fim de identificar adequação semântica, possíveis divergências e verificar se os itens referiam-se aos construtos em questão. Cada juiz elaborou um parecer e, a partir da análise desse material, foi produzida a versão final das escalas correspondente aos 20 itens originais. Esse processo deu origem a EAAD 20 itens e ESTUD 20 itens.

Por tratar-se de adaptação à realidade brasileira, as principais circunstâncias que representam risco à população de usuários de SPA foram discutidas por uma equipe de cinco psicólogos especialistas. Foi constatado que os 20 itens não contemplavam algumas situações importantes e recorrentes na recuperação do uso de SPA. Dentre essas, quatro foram avaliadas pela equipe como relevantes para a caracterização da AE e tentação, tendo sido assim agrupadas:

1) Quando uma oportunidade de consumo faz com que o paciente acredite que conseguirá manter o uso em segredo, aumenta o risco de recaída. A simples ideia de que conseguirá esconder o lapso das pessoas com quem convive torna a possibilidade de uso mais tentadora. Esta crença está relacionada ao teste de controle pessoal (Marlatt & Gordon, 1993), uma vez que o paciente acredita ser capaz de usar de forma controlada, e assim, manter o segredo.

2) Fácil acesso a dinheiro foi citado como risco significativo e frequente. As possibilidades de uso com dinheiro disponível são maiores, mais tentadoras e desafiam a AE para abstinência. Reduzir a disponibilidade e a exposição ao dinheiro tem sido adotado como controle de estímulos (Velásquez, Maurer, Crouch

& DiClemente, 2001) e estratégia de prevenção da recaída (Carroll & Rawson, In: Marlatt & Donovan, 2008).

3) Ocasões de desentendimento familiar, discussões com pessoas de referência ou no ambiente de trabalho também são identificadas como desencadeantes de tentação. Emoções negativas tendem a ser precipitadoras de recaídas (Connors, Longabaugh & Miller, 1996), eis que o estresse gerado por brigas com pessoas próximas torna concreta a experiência de sentimentos negativos.

4) A sensação de descrédito entre as pessoas que são importantes para o paciente, como a desconfiança quanto a abstinência, podem suscitar sentimentos de não-pertencimento, desamparo e menos-valia, propícios à tentação para o uso de drogas. Conflitos interpessoais, com frequência, são reconhecidos e classificados como determinantes de recaída (Lowman, Rubin, Stout, Zywiak & Lowman, 1996).

À primeira tradução dos 20 itens, foram acrescentados mais 4 itens, referentes às situações acima descritas, formulados pela equipe de especialistas como seguem:

21) Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.
22) Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.
23) Quando brigo em casa ou no trabalho.
24) Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.

- **Estudo piloto:** a versão final em português com 24 itens foi aplicada a 10 sujeitos com as características da amostra pesquisada. Essa fase buscou a última verificação quanto à adequação gramatical e funcional.

Posteriormente a última versão foi submetida a um dos autores da escala, o Prof. DiClemente, que revisou e aprovou o instrumento para aplicação.

Coleta de Dados

A equipe de auxiliares de pesquisa, devidamente treinada, teve acesso às instituições e manteve contato com os técnicos do local para a organização dos procedimentos de coleta, como indicação dos possíveis sujeitos e acesso aos prontuários médicos. Cada paciente que preenchesse os critérios de inclusão era convidado a participar da pesquisa. Após esclarecimento quanto aos objetivos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o preenchimento do protocolo era feito de forma individual, com duração de aproximadamente 35 minutos e nos consultórios dos próprios locais de internação. Ainda que os instrumentos fossem de auto-relato, o registro era feito pelo auxiliar de pesquisa. Dos prontuários médicos, obtinha-se a confirmação do diagnóstico de dependência de cocaína e/ou crack, bem como informações quanto às medicações administradas ao paciente nos últimos dois dias.

Análise dos Dados

A organização e análise das informações foram feitas pelo *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0. A análise exploratória deu-se por medidas descritivas e distribuição de frequências para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio padrão; ou mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas. Para a fidedignidade das escalas utilizou-se o *Alpha* de Cronbach. A correlação entre as escalas foi realizada através do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

Na análise fatorial exploratória, foi utilizado o método de rotação Varimax.

Foi aplicada a Análise de Variância (ANOVA) para comparar a média dos índices das escalas em relação à classificação de prontidão para mudança (URICA).

O nível de significância utilizado foi de 5%.

Aspectos Éticos

O projeto do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS registro CEP 08/04387 (Anexo A). Após terem sido informados quanto aos objetivos do estudo, sigilo e anonimato, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

RESULTADOS

Dos 300 entrevistados, (n=300) 74,7% eram solteiros, separados ou divorciados; 25,3% estavam casados ou viviam em união estável; 27,3% moravam com os pais; 49,0% não tinham filhos; 74,3% haviam concluído o ensino médio; e 50% referiam renda mensal familiar acima de 5 salários mínimos (R\$ 2.326,00) calculada a partir da média do salário mínimo nacional, conforme o segmento econômico brasileiro no mês de novembro de 2009, ou seja, R\$ 465,00. A distribuição da renda familiar apresentou mediana de R\$ 2.350,00 com intervalo interquartil de R\$ 1.200,00 a R\$ 5.000,00. Conforme os Critérios de Classificação Econômica Brasil (2008) 67,6% da amostra se concentrou entre as classes B1 e C1. A Tabela 1 descreve estes resultados detalhadamente.

Ainda que os pacientes apresentassem abuso ou dependência de outras SPA, foi investigada a droga que havia motivado a busca pelo tratamento: 75% estavam internados pelo uso do crack e 25% pela cocaína.

Nenhum sujeito da amostra apresentou confusão mental ou demência, segundo a avaliação feita com a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM, (Bertolucci, et al., 1994).

Para 112 sujeitos (37,3%), aquela estava sendo a primeira internação por uso de SPA. Outros 108 pacientes (36,0%) já haviam sido internados de 2 a 3 vezes. Quanto aos tratamentos anteriores, 41,3% da amostra (n=124) já haviam estado em comunidades terapêuticas pelo menos uma vez.

Apenas 13% referiram já ter comparecido a, no mínimo, uma reunião de grupo de auto-ajuda, como AA ou NA (Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, respectivamente).

Tabela 1: Distribuição da amostra quanto aos dados sócio-demográficos

		n=300	%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	64	21,3
	Ensino fundamental completo	32	10,7
	Ensino médio incompleto	46	15,3
	Ensino médio completo	81	27,0
	Ensino superior incompleto	62	20,7
	Ensino superior completo	15	5,0
Total		300	100,0
Situação trabalho	Trabalha atualmente	188	62,7
	Não trabalha atualmente	112	37,3
	Total	300	100,0
Estado civil	Solteiro	146	48,7
	Separado	71	23,7
	Com companheiro(a)	58	19,3
	Casado	18	6,0
	Divorciado	7	2,3
	Total	300	100,0
Classes econômicas ^a	Classe A1	8	2,7
	Classe A2	33	11,0
	Classe B1	55	18,3
	Classe B2	81	27,0
	Classe C1	67	22,3
	Classe C2	35	11,7
	Classe D	15	5,0
	Classe E	6	2,0
	Total	300	100,0

^a Conforme os Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2008).

Adaptação das Escalas

Os 20 itens das escalas originais *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* foram traduzidos e adaptados para dependentes de cocaína e crack internados. A escala *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* (DASE) passou a ser chamada Escala de Auto-Eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD); e a *Temptation to Use Drugs Scale* (TUD) de Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD).

Foi conduzida uma análise inter-juízes para definição dos itens a partir das duas versões resultantes da tradução e do *backtranslation*. O comitê de especialistas foi composto por três juízes para as divergências serem decididas pelo critério de desempate. Dos 20 itens, sete produziram traduções iguais, visto que as sentenças curtas e objetivas não deixavam dúvidas quanto à correspondência na língua portuguesa. Os 13 itens restantes foram definidos pelo desempate entre a análise dos três juízes, que concordaram em 82% das possibilidades dos itens.

Como parte do processo de adaptação, foram incluídos quatro itens referentes a situações de risco não contempladas na versão americana. O acréscimo destas questões foi discutido por equipe de cinco especialistas e decidido por consenso entre eles.

Desta forma, as análises foram realizadas com estes dois formatos: EAAD 20 itens, ESTUD 20 itens; EAAD 24 itens e ESTUD 24 itens. Optou-se por conduzir análises distintas para melhor observar as propriedades dos 20 itens adaptados dos originais, bem como as propriedades da adaptação com 24 itens.

Fidedignidade

A consistência interna foi avaliada com o cálculo do Coeficiente *alpha* de Cronbach. Os valores demonstraram boa consistência interna, com *alpha* variando de 0,718 a 0,927. A Tabela 2 apresenta esses resultados.

Tabela 2. Coeficientes *alpha* de Cronbach das escalas e subescalas (n=300)

	Fonte	α de Cronbach	Número de itens
EAAD 20 subescalas	Emoção Negativa	0,829	5
	Social/Positivo	0,746	5
	Preocupações	0,718	5
	Abstinência/Impulso	0,736	5
	EAAD 20 - Total	0,900	20
EAAD 24 subescalas	Emoção Negativa	0,859	7
	Social/Positivo	0,821	7
	Preocupações	0,718	5
	Abstinência/Impulso	0,736	5
	EAAD 24 - Total	0,920	24
ESTUD 20 subescalas	Emoção Negativa	0,841	5
	Social/Positivo	0,787	5
	Preocupações	0,721	5
	Abstinência/Impulso	0,760	5
	ESTUD 20 - Total	0,908	20
ESTUD 24 Subescalas	Emoção Negativa	0,872	7
	Social/Positivo	0,834	7
	Preocupações	0,721	5
	Abstinência/Impulso	0,760	5
	ESTUD 24 - Total	0,927	24

EAAD: Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas

ESTUD: Escala de Tentação para o Uso de Drogas

Validade Concorrente

A evidência de validade de critério foi testada, visto que os construtos são independentes e por isso, concorrentes. A obtenção dos escores de um identifica a validade concorrente por relacionar-se ao outro como critério distinto, evidenciando a diferença entre eles (Fachel & Camey; In: Cunha, 2000).

As escalas são inversamente relacionadas. Para confirmação desta propriedade, foi utilizado o teste de Correlação de Pearson. Na presente amostra, a correlação inversa pode ser observada em ambas as versões (20 e 24 itens).

Quando considerados os 20 itens adaptados das escalas originais, a correlação entre elas foi inversa moderada ($r = -0,721$; $p < 0,01$) conforme pode ser visualizado no Gráfico 1. Com a inclusão dos 4 itens adicionais, ou seja, a versão adaptada contendo 24 itens, a correlação entre a EAAD 24 e a ESTUD 24 foi semelhante ($r = -0,736$; $p < 0,01$) como representada no Gráfico 2.

As demais correlações também foram significativas ($p < 0,01$) e estão detalhadas na Tabela 3.

Tabela 3. Correlação de Pearson entre as escalas EAAD e ESTUD, e entre as subescalas (5 itens cada).

	ESTUD 20 Total	ESTUD 24 Total	ESTUD 20 - Emoções Negativas	ESTUD 20 - Social / Positivo	ESTUD 20 - Preocupações	ESTUD 20 - Abstinência/ Impulsos
EAAD 20 - Total	-.721**	-.716**	-.623**	-.595**	-.513**	-.644**
EAAD 24 - Total	-.730**	-.736**	-.635**	-.640**	-.515**	-.647**
EAAD 20 - Emoções Negativas	-.637**	-.635**	-.643**	-.466**	-.431**	-.548**
EAAD 20 - Social/Positivo	-.635**	-.630**	-.480**	-.706**	-.323**	-.555**
EAAD 20 - Preocupações	-.504**	-.494**	-.453**	-.291**	-.589**	-.363**
EAAD 20 - Abstinência/Impulsos	-.588**	-.586**	-.460**	-.475**	-.353**	-.643**

** Correlação significativa ao nível de 0,01

EAAD: Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas

ESTUD: Escala de Tentação para o Uso de Drogas

Gráfico 1. Correlação de Pearson entre EAAD 20 e ESTUD 20.

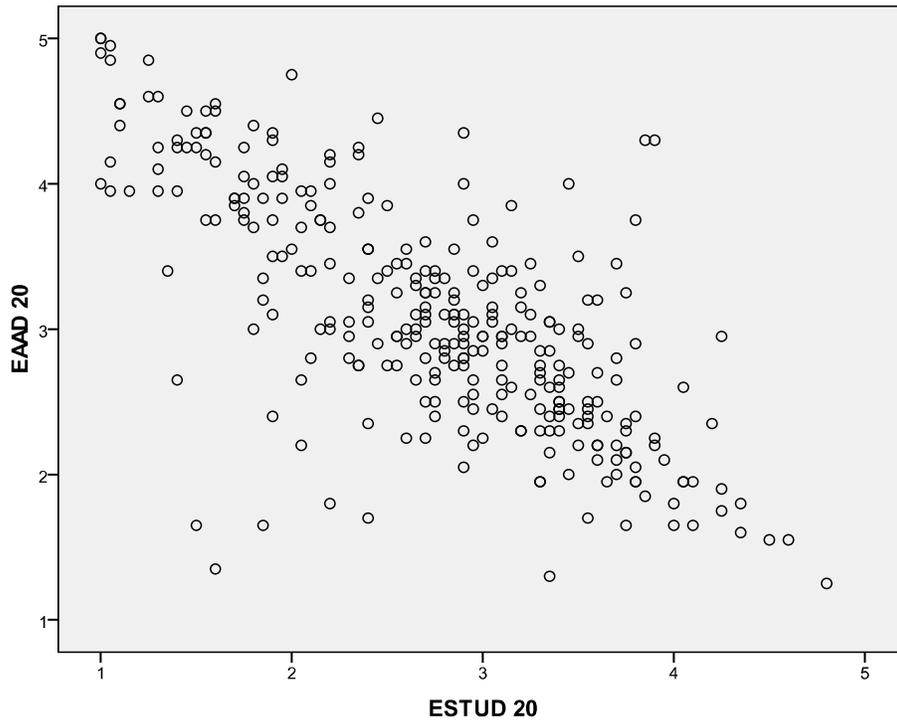
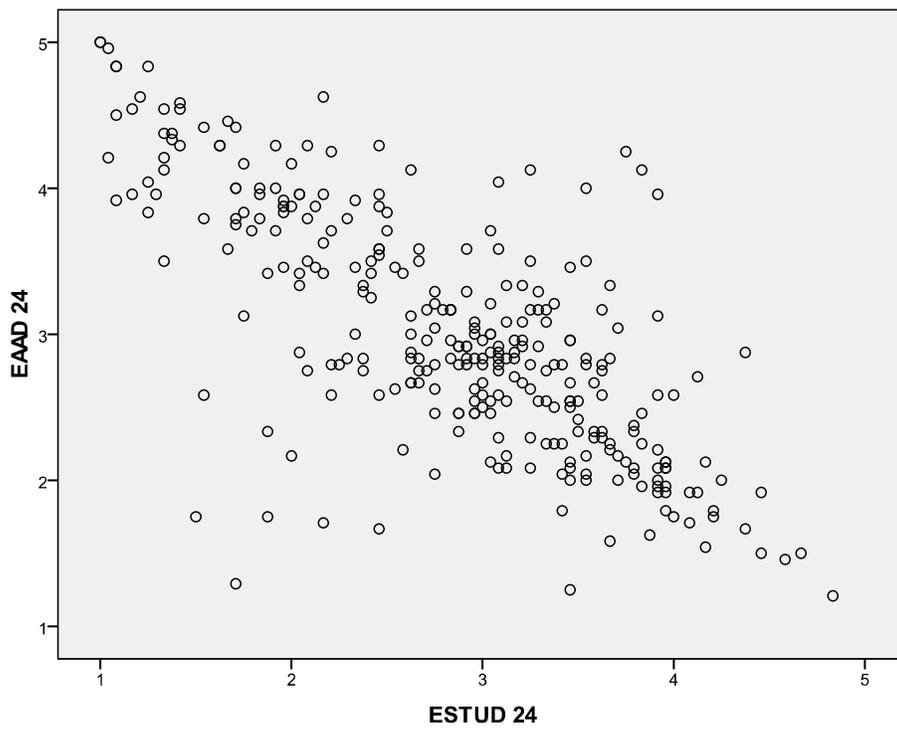


Gráfico 2. Correlação de Pearson entre EAAD 24 e ESTUD 24.



Os Gráficos 1 e 2 representam a correlação inversa entre as escalas. A variação entre os itens foi adequada, o que confirma a evidência de validade concorrente de critério.

Análise Fatorial Exploratória

Na análise fatorial exploratória, foi utilizado o método de rotação Varimax.

Foram considerados os autovalores maiores do que 1,0 para a identificação dos fatores.

EAAD 24

O modelo fatorial final apresentou 4 fatores, explicando 54% da variação total dos 24 itens, sendo o fator principal responsável por 17,6%. A Tabela 4 apresenta os fatores e as cargas fatoriais de cada item da EAAD 24.

Tabela 4. Carga fatorial dos itens e sua alocação nos fatores (EAAD 24).

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
3. Quando estou deprimido ou triste.	0,574			
6. Quando estou tenso ou apreensivo.	0,758			
14. Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	0,615			
16. Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	0,671			
18. Quando estou sentindo muita raiva.	0,662			
23. Quando brigo em casa ou no trabalho.	0,628			
24. Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	0,457			
4. Quando quero relaxar ou quando estou de férias.		0,440		
8. Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).		0,442		
15. Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.		0,374		
17. Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.		0,283		
20. Quando estou eufórico ou comemorando com outros.		0,622		
21. Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.		0,720		
22. Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.		0,583		
2. Quando estou com dor de cabeça.			0,752	
5. Quando estou preocupado com alguém.			0,352	
9. Quando sonho com uso de drogas.			0,306	
12. Quando estou fisicamente cansado.			0,737	
13. Quando estou sentindo alguma dor física.			0,774	
1. Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.				0,462
7. Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.				0,490
10. Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.				0,745
11. Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.				0,428
19. Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.				0,525
Total de itens para cada fator	7	7	5	5

Fator 1 agrupou os itens 3, 6, 14, 16, 18, 23 e 24; pois apresentaram cargas fatoriais predominantemente relacionadas a este fator. Esses itens referiam-se a afetos negativos e situações de desprazer. O fator 1 representou 17,6% da

variação total, e 5 de seus itens correspondem à subescala de Emoções Negativas do instrumento original, acrescidos de dois outros adicionados na adaptação. Assim, este fator ficou composto por 7 itens que formaram a subescala de Emoções Negativas.

O fator 2 explicou 13,5% da variação dos 24 itens, incluindo os 7 que obtiveram carga fatorial predominantemente relacionada a este fator: 4, 8, 15, 17, 20, 21 e 22. Estes itens incluíram os 5 da subescala Social/Positivo, acrescidos de dois novos itens da adaptação.

Responsável por 12,3% da variação, o fator 3 contou com os 5 itens correspondentes à subescala Preocupações: 2, 5, 9, 12 e 13. O fator 4, que explicou 10,4% da variação total, foi composto por 5 itens com cargas predominantes para este domínio: 1, 7, 10, 11 e 19. Estes itens foram originalmente agrupados na subescala de Abstinência/Impulso.

O agrupamento dos fatores correspondeu aos construtos das subescalas da versão original, na qual os 4 domínios foram denominados: *Negative Affect* (Emoções Negativas); *Social/Positive* (Social/Positivo); *Physical and Other Concerns* (Preocupações); e *Withdrawal/Urges* (Abstinência/Fissura).

ESTUD 24

O modelo fatorial final apresentou 4 fatores, explicando 56% da variação total dos 24 itens, sendo o fator principal responsável por 20%. A Tabela 5 apresenta os fatores e as cargas fatoriais de cada item da ESTUD 24.

Tabela 5. Carga fatorial dos itens e sua alocação nos fatores (ESTUD 24).

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
3. Quando estou deprimido ou triste.	0,685			
6. Quando estou tenso ou apreensivo.	0,684			
14. Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	0,607			
16. Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	0,699			
18. Quando estou sentindo muita raiva.	0,713			
23. Quando brigo em casa ou no trabalho.	0,748			
24. Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	0,558			
4. Quando quero relaxar ou quando estou de férias.		0,053		
8. Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).		0,746		
15. Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.		0,800		
17. Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.		0,763		
20. Quando estou eufórico ou comemorando com outros.		0,480		
21. Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.		0,334		
22. Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.		0,370		
2. Quando estou com dor de cabeça.			0,725	
5. Quando estou preocupado com alguém.			0,453	
9. Quando sonho com uso de drogas.			0,295	
12. Quando estou fisicamente cansado.			0,758	
13. Quando estou sentindo alguma dor física.			0,788	
1. Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.				0,484
7. Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.				0,754
10. Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.				0,652
11. Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.				0,311
19. Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.				0,607
Total de itens para cada fator	7	7	5	5

Os itens que apresentaram cargas fatoriais predominantemente relacionadas ao fator 1 foram: 3, 6, 14, 16, 18, 23 e 24. Esse fator explicou 20,3%

da variação total, sendo que 5 deles correspondem à subescala de Emoções Negativas do instrumento original, com o acréscimo de dois itens inseridos no processo de adaptação. Deste modo, o fator 1 contou com 7 itens que formaram a subescala de Emoções Negativas.

O fator 2 representou 13,3% da variação, no qual estavam incluídos os 7 itens que obtiveram carga fatorial predominantemente relacionada a este fator: 4, 8, 15, 17, 20, 21 e 22. Os itens continham 5 da subescala Social/Positivo, acrescidos de dois novos itens da adaptação.

Correspondentes à subescala Preocupações, os itens agrupados no fator 3 contou com 5 itens: 2, 5, 9, 12 e 13, explicando 12,3% da variação. Responsável por 9,3% da variação total, o fator 4 continha 5 itens com cargas predominantes para tal domínio: 1, 7, 10, 11 e 19. Os itens originalmente foram agrupados na subescala de Abstinência/Impulso.

O agrupamento dos fatores correspondeu aos construtos das subescalas da versão original, cujos 4 domínios foram assim denominados: *Negative Affect* (Emoções Negativas); *Social/Positive* (Social/Positivo); *Physical and Other Concerns* (Preocupações); e *Withdrawal/Urges* (Abstinência/Fissura).

Na adaptação semântica, a inclusão dos 4 itens visou a aproximação dos instrumentos à realidade brasileira. Dois itens incluídos no processo de adaptação apresentaram carga fatorial predominantemente relacionada ao fator 1 em ambas as escalas (EAAD 24 e ESTUD 24). Estes itens foram agrupados com outros que corresponderam a subescala Emoções Negativas. Os outros dois itens obtiveram cargas associadas ao fator 2, tanto na EAAD quanto na ESTUD. Este fator agrupou itens sobre emoções positivas e situações sociais que compuseram uma subescala de sete itens. A inclusão de quatro itens deu origem à adaptação brasileira das escalas *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* na língua portuguesa, respectivamente, Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD 24) e Escala de Tentação para o Uso de Drogas (ESTUD 24).

Normatização dos Resultados

A elaboração das normas brasileiras dos escores das escalas foi realizada a partir da construção de quadros padronizados calculados de acordo com a média e o desvio padrão das escalas totais (Quadro 1) e de cada subescala (Quadro 2) encontrados na amostra estudada.

Cada escore individual deve ser comparado à média global da amostra, dividida por índices percentílicos. Segundo Pett, Lackey e Sullivan (2003), a padronização das condições de aplicação de testes ou escalas tem como preocupação garantir que a coleta dos dados seja de boa qualidade, e a normatização diz respeito a padrões de como se deve interpretar um escore que o sujeito obteve em um teste ou escala.

O Quadros 1 ilustra a normatização brasileira dos resultados das escalas EAAD 20 itens; ESTUD 20 itens; EAAD 24 itens; e ESTUD 24 itens. Os escores das subescalas dessas mesmas versões estão normatizados no Quadro 2.

Quadro 1. Distribuição percentílica das médias das escalas totais EAAD e ESTUD.

	EAAD 20	EAAD 24	ESTUD 20	ESTUD 24
Média	3.0825	3.0057	2.7385	2.8317
Desvio Padrão	.81013	.82293	.83020	.85007
Percentil				
5	1.8000	1.7500	1.3000	1.2938
10	2.0500	2.0000	1.5500	1.6250
15	2.2500	2.0896	1.7500	1.8333
20	2.3600	2.2500	1.9000	2.0083
25	2.4625	2.4271	2.1000	2.1667
30	2.6500	2.5417	2.3000	2.3875
35	2.7500	2.6396	2.4500	2.5563
40	2.8500	2.7500	2.6200	2.7083
45	2.9500	2.8333	2.7000	2.8521
50	3.0000	2.8750	2.8500	2.9583
55	3.1000	2.9583	2.9000	3.0417

60	3.2000	3.1250	3.0000	3.1250
65	3.3500	3.2917	3.1000	3.2500
70	3.4500	3.4583	3.3000	3.3625
75	3.7375	3.5833	3.3500	3.4583
80	3.9000	3.8333	3.4900	3.5833
85	4.0000	3.9583	3.6000	3.7083
90	4.2500	4.1667	3.7500	3.9167
95	4.4975	4.4167	4.0000	4.0833

EAAD: Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas
ESTUD: Escala de Tentação para o Uso de Drogas

Quadro 2. Distribuição percentilica das médias das subescalas da EAAD e ESTUD.

	EAAD 24 - Emoções Negativas	EAAD 24 - Social / Positivo	EAAD 24 - Preocupações	EAAD 24 - Abstinência / Impulsos	ESTUD 24 - Emoções Negativas	ESTUD 24 - Social / Positivo	ESTUD 24 - Preocupações	ESTUD 24 - Abstinência / Impulsos
Média	2.7671	2.7757	3.7307	2.9367	3.0700	3.1338	2.0113	2.8953
Desvio Padrão	1.01420	1.00165	.92356	.95132	1.06100	1.03978	.86276	.99355
Percentil	5	1.2857	1.2857	2.0000	1.4000	1.2857	1.1429	1.0000
	10	1.4286	1.5714	2.4000	1.8000	1.5714	1.5714	1.4000
	15	1.5714	1.7143	2.8000	2.0000	1.7143	1.8571	1.6000
	20	1.8571	1.8571	3.0000	2.0000	2.0000	2.0000	2.0000
	25	2.0000	2.0000	3.2000	2.2000	2.2857	2.4286	2.2000
	30	2.1429	2.1429	3.2600	2.4000	2.4286	2.7143	2.4000
	35	2.2857	2.1929	3.4000	2.6000	2.7143	2.8571	2.6000
	40	2.4286	2.2857	3.6000	2.6000	2.8571	3.0000	2.8000
	45	2.5714	2.4929	3.6000	2.8000	3.0000	3.1429	2.8000
	50	2.7143	2.7143	3.8000	2.8000	3.2143	3.2857	3.0000
	55	2.8571	2.8571	4.0000	3.0000	3.2857	3.4286	3.2000
	60	3.0000	3.0000	4.2000	3.1200	3.4286	3.5714	3.2000
	65	3.1429	3.1429	4.2000	3.2000	3.5714	3.7143	3.4000
	70	3.2857	3.2857	4.4000	3.4000	3.7143	3.8571	3.4000
	75	3.5714	3.4286	4.5500	3.6000	3.8571	4.0000	3.6000
	80	3.7143	3.7143	4.6000	3.8000	4.1143	4.0000	3.8000
	85	4.0000	4.0000	4.8000	4.0000	4.1429	4.1429	4.0000
90	4.2857	4.2857	4.8000	4.3800	4.4286	4.4286	4.2000	
95	4.5643	4.5714	5.0000	4.6000	4.7143	4.7071	4.5900	

EAAD: Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas
ESTUD: Escala de Tentação para o Uso de Drogas

A normatização dos resultados em índices percentilicos de média e desvio padrão possibilita a correta interpretação do resultado de acordo com os escores obtidos por seus pares na amostra normativa.

DISCUSSÃO

As evidências de validade das escalas EAAD e ESTUD puderam ser identificadas nas duas versões (20 e 24 itens) adaptadas para a amostra de dependentes de cocaína e crack. O processo de adaptação semântica atentou as particularidades da realidade brasileira. Na tradução dos itens, os ajustes foram insignificantes, e visaram simplificar a linguagem para melhor compreensão entre pessoas de diferentes condições sócio-econômicas. Uma característica dos itens contribuiu para tradução sem maiores ajustes: sentenças pequenas e objetivas facilitaram o processo e foram responsáveis por sete itens apresentarem a mesma tradução em ambas as versões em português do processo de adaptação. Os 13 itens com traduções diferentes obtiveram boa concordância (82%) na análise intra-juízes. À adaptação dos 20 itens originais, foram adicionados 4 outros que correspondem a situações positivas ou interpessoais (itens 21 e 22) e emoções negativas (itens 23 e 24). Na EAAD 24, estes itens apresentaram carga fatorial adequada variando entre 0,457 e 0,720. Estes mesmos itens, na ESTUD 24, obtiveram cargas menores, variando entre 0,370 e 0,748. Emoções positivas desencadeadas pelo fácil acesso a dinheiro, e circunstâncias interpessoais favoráveis ao uso sem o reconhecimento de outros são identificadas, de forma geral, entre as situações sociais de alto risco (Lowman, Allen & Miller, 1996). Os itens de emoção negativa representam desdobramentos de situações desagradáveis (brigas ou sentimentos de descrédito) estas situações são as mais frequentemente citadas como precipitantes de recaída (Miller & Marlatt, 1996). As circunstâncias abordadas pelos itens descrevem contextos bastante comuns à precipitação da tentação e diminuição da eficácia. Características da amostra de dependentes de drogas ilícitas dizem respeito à dificuldade de ter dinheiro em espécie ou ter fácil acesso a dinheiro. Situações envolvendo dinheiro facilitam a

compra de drogas, e se difere da realidade de alcoolistas, que com frequência têm contas nos locais onde consomem. A relevância das questões abordadas nos quatro itens adicionais justifica que os itens sejam avaliados quanto à AE e tentação para o uso de drogas ilícitas. As versões que incluíram estes itens mostraram boa aplicabilidade dos instrumentos adaptados para esta amostra.

A adaptação semântica foi levada a efeito no presente estudo visando a aproximação dos instrumentos à realidade brasileira. Dois dos itens incluídos no processo de adaptação apresentaram carga fatorial predominantemente relacionada ao fator 1 em ambas as escalas (EAAD 24 e ESTUD 24). Estes itens foram agrupados com outros que corresponderam a subescala Emoções Negativas. Os outros dois itens obtiveram cargas associadas ao fator 2, tanto na EAAD quanto na ESTUD. Este fator agrupou itens sobre emoções positivas e situações sociais que compuseram uma subescala de sete itens. A inclusão de quatro itens deu origem à adaptação brasileira das escalas *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* e *Temptation to Use Drugs Scale* na língua portuguesa, respectivamente, Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD 24) e Escala de Tentação para o Uso de Drogas (ESTUD 24).

A consistência interna foi boa, conforme os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach entre 0,718 e 0,927. As escalas totais obtiveram excelente fidedignidade: EAAD 24 ($\alpha=0,920$) e ESTUD 24 ($\alpha=0,927$). DiClemente, et al. (1994) encontraram valores semelhantes na amostra de alcoolistas ambulatoriais para a AASE total ($\alpha=0,92$), e as subescalas com *alphas* entre 0,81 e 0,88. O estudo de Jason, et al. (2007) obteve boa consistência interna dessas medidas numa amostra de residentes de OH em abstinência de álcool e drogas: AASE ($\alpha=0,98$) e DASE ($\alpha=0,99$). Também com residentes de OH, o artigo de Alvarez, Adebanjo, Davidson, Jason e Davis (2006) comprovou a fidedignidade da DASE em pessoas com problemas auditivos ($\alpha=0,98$) e sem problemas auditivos ($\alpha=0,96$). Nidecker, DiClemente, Bennett e Bellack (2008) priorizaram dependentes de cocaína numa amostra de 240 pacientes e utilizaram a DASE em

uma versão reduzida de 12 itens. Obtiveram excelente consistência interna em todos os períodos de seguimento (*alpha* variando entre 0,91 e 0,93). Da mesma forma, a *Temptation to Use Drug Scale* (TUDS) de 12 itens avaliou tentação para uso de cocaína, com ótima fidedignidade nos *follow ups* (*alpha* variando entre 0,91 e 0,93) nessa amostra.

Nesse mesmo estudo de Nidecker, et al. (2008), a correlação entre a DASE e a TUDS foi inversa e significativa ($r = -0,51$; $p < 0,01$). Também com dependentes de cocaína, o presente estudo encontrou correlações mais expressivas na versão de 20 itens ($r = -0,72$; $p < 0,01$) e 24 itens ($r = -0,73$; $p < 0,01$), comparadas ao estudo de Nidecker, et al. (2008). O estudo original encontrou uma correlação entre as duas escalas significativa ($p < 0,01$) no valor de $-0,65$ (DiClemente, et al., 1994). Resultado discretamente superior pode ser observado na presente amostra. Visto tratarem-se de elementos distintos, os construtos avaliados na EAAD e ESTUD podem ser considerados critérios com propriedades de correlação concorrente (Urbina, 2007). Nas duas versões adaptadas, de 20 e 24 itens, a correlação negativa foi significativa e superior à encontrada no estudo original. Isso significa que a adaptação das escalas respondeu satisfatoriamente a amostra de dependentes de drogas ilegais.

A análise de variância ANOVA, entre os estágios de prontidão para mudança e as subescalas, não mostrou resultados significativos ($p < 0,07$). Isso pode estar associado às respostas da URICA terem apresentado consistência interna moderada, com coeficientes *alpha* de Cronbach variando entre 0,348 e 0,809. Dos domínios de prontidão, o único que apresentou boa consistência interna foi a subescala Ação ($\alpha = 0,809$), que pode estar relacionado ao fato de ter sido avaliado em amostra clínica de internação, onde geralmente os sujeitos referem estar em ação por estarem em tratamento.

As evidências de validade aqui obtidas podem ser observadas mesmo sem a inclusão dos quatro novos itens. As análises foram conduzidas para as versões de 20 e 24 itens, separadamente, para efeitos de comparação com as

propriedades já apresentadas da original versão de 20 itens. Também a boa consistência interna e a correlação inversa significativa, confirmam a aplicabilidade e validade destas escalas na amostra de homens internados pelo uso da cocaína e crack.

CONCLUSÕES

Na amostra de homens internados pelo uso de cocaína e crack, com no mínimo quinta série do ensino fundamental, as adaptações brasileiras das escalas mostraram estar condizentes com os construtos a que se propõe avaliar.

O processo de adaptação das escalas identificou quatro situações de risco que não constavam na versão original, tendo sido incluídos itens referentes a estas situações. Estes fatores correspondem a emoções negativas e situações sociais ou situações positivas. A partir disso, os cálculos foram conduzidos em duas versões que apresentaram evidências de validade satisfatórias.

Os coeficientes demonstraram excelente consistência interna das subescalas e escalas totais, nas duas versões (20 e 24 itens).

Quanto à validade de critério, a correlação entre as escalas e subescalas foram todas significativas moderadas. Por se tratarem de construtos distintos, uma escala serve de critério para a outra. A evidência de validade concorrente também pode ser observada em ambas as versões (20 e 24 itens).

A estrutura de quatro fatores foram encontrada na análise exploratória das duas versões. O modelo foi responsável por uma considerável variação dos itens, agrupando-os nos fatores correspondentes às subescalas originais.

REFERÊNCIAS

Alvarez, J., Adebajo, A. M., Davidson, M. K., Jason, L. A. & Davis, M. I. (2006). Oxford House: Deaf-Affirmative Support for Substance Abuse Recovery. American Annals of the Deaf. Vol 151(4), 418-422.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change. Psychological Review. Vol 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1986). In Bandura, A. (1999) A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: an agentic perspective. Psychological Science. Special Section. Vol 10 (3) 214-217.

Bandura, A. (1999). A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: an agentic perspective. Psychological Science. Special Section. Vol 10 (3) 214-217.

Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed. 176 p.

Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R. & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 52(1):1-7.

Bogenschutz, M. P., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2006). Examining the Effects of Alcoholism Typology and AA Attendance on Self-Efficacy as a Mechanism of Change. Journal of Studies on Alcohol. Vol 67 (4).

Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. & Okamoto, I. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arquivos de Neuropsiquiatria. 61(3-B):777-781

Carlini, E. A. & Galduróz, J. C. F. (2007). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Nappo, S. A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID.

Carretero-Dios, H. & Perez, C. (2005). Norms to development and to review instrumental studies. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3, 521-551.

Carroll, K. M. & Rawson, R. A. (2008). Dependência de Psicoestimulantes. In: Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ª Edição, Porto Alegre: Artmed.

Chong, J. & Lopez, D. (2008). Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment. American Indian and Alaska Native Mental Health Research. Vol 14(3), 24-48

Connors, G. J., Longabaugh, R. & Miller, W. R. (1996). Looking forward and back to relapse: implications for research and practice. Addiction (91) Supplement, S199-196.

Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol. (1) 637-641.

DiClemente, C. C. & Hughes, S. O. (1990) Stages of change profiles in alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse 2, 217-235.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. Journal of Studies on Alcohol, 55, 141-148.

DiClemente, C. C., Fairhurst, S. & Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. In Maddux, J. (Ed.) Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application. New York: Plenum Press.

DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Daniels, J.W., Donovan, D.M., Bellino, L.E. & Neavins, T.M. (2001). Self-efficacy as a matching hypothesis: Causal chain analysis. In Longabaugh R. & Wirtz, P.W. (Eds.), Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses. Project MATCH Monograph Series, Vol. 8. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Fachel, J. & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha, J. e col. Psicodiagnóstico V. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C. & Araujo, R. B. (2008) Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Revista de Psiquiatria do RS. 30(2) – 101.

Health and Addictive Behaviors: Investigating Transtheoretical Solutions [HABITS] (2009) Disponível em web site online: http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/index.html (Último acesso em 15 de outubro de 2009).

Hiller, M. L., Broome, K. M., Knight, K. & Simpson, D. D. (2000). Measuring self-efficacy among drug-involved probationers. Psychological Reports. Vol 86(2), 529-538.

Hodgins, D. C., Peden, N., & Makarchuk, K. (2004). Self-efficacy in pathological gambling treatment outcome: Development of a gambling abstinence self-efficacy scale (GASS). International Gambling Studies. (4) 99-108.

Jason, Leonard A., Davis, Margaret I., Ferrari, Joseph R. (2007). The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House. Addictive Behaviors. Vol 32(4), 803-818.

- Lowman, C., Allen, J. & Miller, W. R. (1996) Perspectives on Precipitants os Relapse. Addiction 91 – Supplement.
- Lowman, C., Allen, J., Stout, R. & The relapse research group (1996) Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: overview of procedures and results. Addiction 91 – Supplement, S51-S71.
- Lowman, R., Rubin, A., Stout, R., Zywiak, W. & Lowman, C. (1996). The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapses. Addiction 91 – Supplement, S73-S88.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2005). Assessment of addictive behaviors. Nova York: The Guilford Press, 2^a ed.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2008). Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2^a Edição, Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. Addiction 91 – Supplement, S37-S49.
- Marlatt, G. A., Baer, J.S. & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In: Bandura, A., ed. Self-Efficacy in Changing Societies. New York: University Press, 289–315.
- Meyer, A. S. C., Rumpf, H. Hannöver, W., Hapke, U. & John, U. (2005) Stage of Change Transitions and Processes of Change, Decisional Balance, and Self-Efficacy in Smokers: A Transtheoretical Model Validation Using Longitudinal Data. Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 19, No. 1, 3–9.
- Nidecker, M., DiClemente, C. C.; Bennett, M. E., Bellack & Alan S. (2008). Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. Addictive Behaviors. Vol 33(8), 1021-1030.
- Quimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J., Schum, W., M., Brown, & Pamela J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. Addictive Behaviors. Vol 32(8), 1719-1727.
- Pett, M. A., Lackey, N. R. & Sullivan, J. J. (2003) Making sense of factor analysis. Thousand Oaks: Sage.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 20, 161-173.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2009) Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. - SAMHSA/CSAT - National Library of Medicine (NLM) - Treatment Improvement Protocols (TIP) - Series 35, Disponível em web site online (último acesso em 3 de novembro de 2009) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A61302>.

Sylvest, C. E. (2009). The Role of Self-efficacy in Cocaine Abstinence. Tese de doutorado do Departamento de Psicologia da George Mason University. Orientação de James E. Maddux, PhD. Fairfax, VA, EUA.

Szupszynski, K. D. & Oliveira, M. S. (2008) Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1) 31-39.

Velásquez, M., Maurer, G., Crouch, C. & DiClemente, C. 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 Behaviour* 15: 271-283.

Weigand, D. A. & Stockham, K. J. (2000) The importance of analyzing Position-specific self-efficacy. *Journal of Sport Behavior*. Vol 23, 1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos do consumo de drogas ilícitas - atualmente do crack - vêm despertando atenção e ocupando lugar de destaque junto aos meios de comunicação. Devastadores tanto para quem usa, quanto para as pessoas com quem convive, a dependência química surpreende pela gravidade de suas consequências.

As mudanças nos padrões dos comportamentos adictos exige providências, principalmente dos profissionais da área da saúde. Uma das dificuldades no entendimento do abuso de drogas e sua recuperação é o impacto de mudanças históricas nas adições (Vaillant; In Edwards & Dare, 1997). Por sofrerem influências da época, o uso de SPA acompanham as tendências do momento, o que impõe a necessidade de constantes atualizações e revisões das abordagens disponíveis.

A quantificação de fenômenos psicológicos vem sendo amplamente reconhecida em diversas culturas como instrumentos válidos na avaliação e tratamento da dependência de SPA. O acesso às questões relativas à motivação da mudança por meio de medidas estruturadas tem apresentado resultados relevantes. A uniformidade e estrutura das ferramentas psicométricas atende às vicissitudes do padrão de uso em determinado contexto de tempo e lugar. Questionários com evidências de validade já reconhecidas merecem ser adaptados às respectivas culturas. O acesso sistemático de elementos essenciais pode orientar o planejamento e acompanhamento em diversas modalidades psicoterápicas, refletindo-se na adesão a tratamentos e na manutenção das mudanças conquistadas.

O presente trabalho atentou a tais necessidades e visou adequar à realidade brasileira duas escalas americanas compostas de 20 itens. O processo contou com tradução e ajuste à língua portuguesa. Resultou desse procedimento, a inclusão de quatro novos itens: dois referentes a emoções negativas, e dois sobre situações interpessoais e positivas. As versões finais ficaram assim com 24 itens cada, divididas em 4 subescalas: Emoções Negativas (7 itens); Social/Positivo (7 itens); Preocupações (5 itens); e Abstinência/Fissura (5 itens). Com consistência interna adequada e correlação inversa significativa, foram confirmadas as evidências de validade dos instrumentos na amostra estudada. As cargas fatoriais de alguns itens se apresentaram baixas, e a exclusão ou ajuste desses, em estudos futuros deve ser considerada.

Algumas circunstâncias relevantes devem ser consideradas. A condição de internação dos pacientes os sujeita ao tratamento medicamentoso e às alterações próprias do processo de desintoxicação. Possivelmente, o efeito de psicofármacos e da síndrome de abstinência pode ter comprometido as exatas dimensões dos itens. O uso do MEEM tentou identificar esta variável, sinalizando possíveis prejuízos cognitivos que impactassem na compreensão do protocolo. No entanto, percebe-se a utilidade de uma avaliação mais sensível quanto às condições cognitivas da amostra.

O escore de prontidão para mudança não esteve significativamente correlacionado às escalas. É possível inferir que os sujeitos tenham tido dificuldades na compreensão dos itens da URICA. Mesmo em tratamento, é possível identificar sujeitos em diferentes estágios de prontidão para mudança, pois muitas vezes a busca de ajuda é mais motivada por fatores externos (Andretta, 2005). As limitações quanto à aferição da prontidão devem ser melhor investigadas.

Os achados confirmaram as evidências de validade da adaptação brasileira das escalas para dependentes de cocaína e crack internados. Futuros estudos

devem buscar a ampliação destes resultados, bem como a diversificação da amostra, incluindo mulheres e pacientes ambulatoriais, por exemplo.

A adaptação, validação e padronização de instrumentos compõem uma área da Psicologia pouco explorada no Brasil. O uso criterioso de questionários e escalas para avaliação de fenômenos psicológicos deve ser incentivado na pesquisa, prática clínica e políticas públicas de prevenção e tratamento.

REFERÊNCIAS

Andretta, I. (2005). A Entrevista Motivacional em adolescentes infratores. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto Alegre: PUCRS.

Vailant, G. E. (1997). Psicoterapia e tratamento das adições. In Edwards, G. & Dare, C. (Org.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

ANEXO A



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1133/08

Porto Alegre, 15 de outubro de 2008.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04387 intitulado: **"Propriedades Psicométricas da Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) e Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas (ESTUD) em dependentes de substâncias psicoativas."**

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Margareth da Silva Oliveira
Faculdade de Psicologia
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 5690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa, orientada pela Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, tem como título “Propriedades Psicométricas da Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) e Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD) em dependentes internados”. Seu objetivo é o estudo de propriedades psicométricas da tradução para a língua portuguesa das escalas americanas originais.

A participação nesta pesquisa tem uma importância social visto o alto índice de usuários e dependentes de drogas no âmbito mundial. Assim, de forma ampla, esta pesquisa visa auxiliar na prevenção e na melhoria do tratamento, a partir da avaliação das informações obtidas com seus participantes.

Para coletar os dados necessários para este estudo será feita uma entrevista individual em que serão aplicados os seguintes instrumentos: protocolo de dados sócio-demográficos; protocolo referente ao consumo de substâncias psicoativas; escalas para avaliar a Prontidão para Mudança e as Situações de Risco para o uso de drogas; *Screenings* Cognitivos.

Serão assegurados ao participante desta pesquisa:

- a) o anonimato, e a confidencialidade das informações;
- b) o direito de se retirar da pesquisa, sem que isto implique em qualquer prejuízo para a pessoa ou para seu tratamento;
- c) que não correrá nenhum tipo de risco ou prejuízo ao participar da pesquisa, e a concordância em participar deste estudo não implica qualquer modificação no seu tratamento;
- d) que será informado a respeito dos resultados desta pesquisa, caso seja de seu interesse;
- e) os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados especificamente para os propósitos apresentados, não sendo usados para outros fins.

Sinta-se à vontade para fazer alguma pergunta antes de decidir.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada “Propriedades Psicométricas da Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) e Escala de Tentação para Uso de

Drogas (ESTUD) em dependentes internados”. Estou ciente de seu conteúdo e objetivos e concordo com o que está descrito neste documento.

Para o contato com a Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, orientadora deste projeto, o telefone é (51) 3320.3500 ramal 7749. E para o contato com o Comitê de Ética o telefone é (51) 3320.3345.

Caso tiver dúvidas a respeito deste estudo, poderei contatar a pesquisadora Suzana Dias Freire no telefone (51) 8138.8381.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente

Pesquisadora responsável

ANEXO C

Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas – EAAD

() crack

() cocaína

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	CONFIANTE de RESISTIR				
	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

Situação	CONFIANTE de RESISTIR				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
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
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

Situação	CONFIANTE de RESISTIR				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
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

ANEXO D

Escala de Tentação para Uso de Drogas – ESTUD

() crack

() cocaína

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

QUAL A SUA TENTACÃO para **USAR DROGAS** ilegais em cada situação?

Circule o número que melhor descreve seus sentimentos de **TENTACÃO PARA USAR DROGAS** em cada situação **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA** de acordo com a seguinte escala:

1 = Nada tentado

2 = Não muito tentado

3 = Mais ou menos tentado

4 = Muito tentado

5 = Extremamente tentado

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	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

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
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
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

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
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

ANEXO E

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistador: _____ Data: ___/___/___

(0) internação (1) ambulatório Local: _____ Raça: _____ Idade: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Estado civil:

- (1) solteiro
(2) casado
(3) viúvo
(4) divorciado
(5) com companheiro(a)
(6) separado
(7) outro: _____

Religião:

- (1) Não tem
(2) Católica
(3) Espírita
(4) Afro-brasileira
(5) Judaica
(6) Evangélica/Protestante
(7) Oriental / Budismo
(8) Outra: _____

Filhos? (0) não (1) sim: _____

Mora com: _____

Renda familiar: R\$ _____

Trabalha atualmente? (antes de internar)

- (1) não
(2) sim

Ocupação / porque não trabalha?

Na sua casa tem: (casa de referência) IBGE

- Televisão? (0) não Quantos: _____
Rádio? (0) não Quantos: _____
Banheiro? (0) não Quantos: _____
Carro? (0) não Quantos: _____
Empregada(o) todos os dias? .. (0) não Quantos: _____
Máquina de lavar roupas? (0) não Quantos: _____
DVD ou Vídeo? (0) não Quantos: _____
Geladeira? (0) não Quantos: _____
Freezer? (duplex ou independente) .. (0) não Quantos: _____

Qual seu grau de instrução?

- (2) Ensino Fundamental incompleto
(3) Ensino Fundamental completo
(4) Ensino Médio incompleto
(5) Ensino Médio completo
(6) Ensino Superior incompleto
(7) Ensino Superior completo

Grau de instrução do(a) chefe da família?

- (1) Analfabeto / até 3ª série do Ens. Fund.
(2) Ensino Fundamental incompleto
(3) Ensino Fundamental completo
(4) Ensino Médio incompleto
(5) Ensino Médio completo
(6) Ensino Superior incompleto
(7) Ensino Superior completo

Relato de doenças: (0) não (1) sim. Quais? _____

Tempo que está neste tratamento: _____ (dias) Tempo de abstinência atual: _____ (dias)

Você tomou medicamentos nos últimos 5 dias? (0) não (1) sim. Quais? _____

Alguém da sua família tem ou teve problemas com drogas ou álcool?

Pai: (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Mãe: (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Avós: (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Tem irmãos? (0) não (1) sim

Irmãos: (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Quantos irmãos têm problemas? _____

Tios: (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Comp. (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Outros: (0) não (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) solvente (6) outros (ex. sedativos)

Quem? _____

TR 1 - Você já fez outro tipo de atendimento ou tratamento para o uso de DROGAS?

(1) Internação hospitalar Quantas vezes: _____ (contando essa internação também)

(2) Fazenda terapêutica Quantas vezes: _____

(3) Ambulatório (posto de saúde, CAPS...)

(4) Serviço de emergência (pronto socorro)

(5) Consultório particular

(6) AA ou NA

(7) Outros: _____

TR 2 – Qual a droga que o levou a buscar esse tratamento / ajuda?

(1) crack OU (2) cocaína

Das drogas abaixo, quais você fez uso no último ano? (nos últimos 12 meses)

(1) Cigarro (2) *na vida, há mais de 1 ano*

(1) Álcool (2) *na vida, há mais de 1 ano*

(1) Sedativos / tranquilizantes (sem orientação médica) (2) *na vida, há mais de 1 ano*

ex: Diazepam®, Rivotril®, Valium®, Rohypnol®, Lexotan®, Frontal®, Domonid®...

(1) Anfetaminas / estimulantes (sem orientação médica) (2) *na vida, há mais de 1 ano*

ex: Hipofagin®, Inibex®, Dualid®, Desobesi®, Anfepramona, Ritalina...

(1) Solventes / inalantes (2) *na vida, há mais de 1 ano*

ex: lança-perfume, loló, cola de sapateiro, benzina, thinner, removedor de tinta, éter, tinta...

(1) Alucinógenos (2) *na vida, há mais de 1 ano*

ex: êxtase, ácido, LSD, chá de cogumelo, ketamina, chá de santo daime, dama da noite...

(1) Maconha (2) *na vida, há mais de 1 ano*

(1) Cocaína (2) *na vida, há mais de 1 ano*

(1) Crack (2) *na vida, há mais de 1 ano*

TABACO

T 1 – Com que idade você fumou pela 1ª vez na vida? _____ anos

T 2 – Se você fuma atualmente, qual a frequência no último ano?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| (1) Atualmente não fumo | (4) Fumo de 3-4 dias/semana |
| (2) Fumo todos os dias | (5) Fumo de 1-2 dias/semana |
| (3) Fumo de 5-6 dias/semana | |

T 3 – Quantos cigarros você fuma atualmente? Ou fumava antes da internação?

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| (1) Atualmente não fumo | (4) 21-30 cigarros por dia |
| (2) 01-10 cigarros por dia | (5) 31-40 cigarros por dia |
| (3) 11-20 cigarros por dia | (6) mais que 2 maços por dia |

T 4 – Que idade você tinha quando passou a fumar diariamente? _____ anos

ALCOOL

A 1 – Com que idade experimentou qualquer bebida alcoólica pela 1ª vez na vida? _____ anos

A 2 – Com que frequência bebia no último ano?

- (1) Não bebi no último ano
- (2) Bebi todos os dias
- (3) Bebi de 5-6 dias/semana
- (4) Bebi de 3-4 dias/semana
- (5) Bebi de 1-2 dias/semana
- (6) Bebi de 3-4 dias/mês
- (7) Bebi de 1-2 dias/mês
- (8) Bebi menos que 1 vez/mês

A 3 – Num dia típico em que bebia: Quanto? _____ Qual bebida? _____

A 4 – Que idade você tinha quando passou a beber com regularidade? _____ anos
(pelo menos 1 vez/semana)

SEDATIVOS (tranquilizantes, benzodiazepínicos) SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA

Ex: Diazepam®, Rivotril®, Valium®, Rohypnol®, Lexotan®, outros.

B 1 – Idade em que usou sedativos (s/ orientação médica) pela 1ª vez na vida? _____ anos

B 2 – Com que frequência usava sedativos no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

B 3 - Num dia típico em que usava: Quantos comprimidos? _____ Qual sedativo? _____ mg

ANFETAMINAS (estimulantes) **SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA**

Ex: Hipofagin ®, Inibex ®, Dualid ®, Desobesi ®, Anfepramona, Ritalina...

AN 1 – Idade em que usou qualquer anfetamina (s/ orientação médica) pela 1ª vez? _____ anos

AN 2 – Com que frequência usava qualquer destas anfetaminas no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

AN 3 – Num dia típico em que usava: Quantos comprimidos? _____ Qual anfetamina? _____ mg

SOLVENTES (inalantes)

Ex: lança-perfume, loló, cola de sapateiro, benzina, thinner, removedor de tinta, éter, tinta...

S 1 – Idade em que cheirou qualquer destes solventes pela 1ª vez na vida? _____ anos

S 2 – Com que frequência cheirava qualquer destes solventes no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

S 3 – Num dia típico em que usava: Quanto? _____ (miligrama ou litro) Qual solvente? _____

ALUCINOGENOS

Ex: êxtase, ácido, LSD, chá de cogumelo, ketamina, chá de santo daime, dama da noite...

AL 1 – Idade em que usou qualquer destes alucinógenos pela 1ª vez na vida? _____ anos

AL 2 – Com que frequência usava qualquer destes alucinógenos no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

AL 3 – Num dia típico em que usava: Quantidade? _____ Qual alucinógeno? _____

MACONHA

M 1 – Com que idade experimentou maconha pela 1ª vez na vida? _____ anos

M 2 – Com que frequência fumou maconha no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

M 3 – Num dia típico em que fumava: Quanto baseados? _____ baseados

COCAÍNA

C 1 – Com que idade experimentou cocaína pela 1ª vez na vida? _____ anos

C 2 – Com que frequência cheirou cocaína no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

C 3 – No dia em que mais usou (último ano), quantos gramas cheirou? _____ gramas

C 4 – Num dia típico em que cheirava: Quantos gramas? _____ gramas

C 5 – Como você usava (último ano)?

- (1) pó (aspirada, cheirada)
- (2) injetada na veia
- (3) misturada na bebida alcoólica

CRACK

CK 1 – Com que idade experimentou crack pela 1ª vez na vida? _____ anos

CK 2 – Com que frequência fumou pedra no último ano?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Não usei no último ano | (5) 1-2 dias/semana |
| (2) Todos os dias | (6) 3-4 dias/mês |
| (3) 5-6 dias/semana | (7) 1-2 dias/mês |
| (4) 3-4 dias/semana | (8) Menos que 1 vez/mês |

CK 3 – No dia em que mais usou (último ano), quantas pedras fumou? _____ pedras

CK 4 – Num dia típico em que fumava: Quantas pedras? _____ pedras



FECHE OS OLHOS.

Mini-exame do Estado Mental

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Que dia é hoje?
- . Em que mês estamos?
- . Em que ano estamos?
- . Que dia da semana é hoje?
- . Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)
- . Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- . Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.
- . Em que cidade nós estamos?
- . Em que Estado nós estamos?

Memória imediata:

Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO

(dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendiz, se houver erros).

Cálculo: subtração de setes seriadamente

Vou pedir que você faça alguns cálculos: 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65

Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

Evocação das palavras – pergunte: 1 ponto para cada

Quais as palavras que você acabou de repetir?

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados: 1 ponto para cada

Mostre um relógio e uma caneta.

Repetição: Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim:

Nem aqui, nem ali, nem lá.

Comando: Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), passe pra mão esquerda (1 ponto) e o coloque sobre a mesa (1 ponto).

Leitura: mostre a frase escrita. **FECHE OS OLHOS** - e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para copiar ao lado o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)