



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

VANESSA MARIA DA SILVA MARTINS

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS
ESPECÍFICAS PARA A FISSURA (USSQ)**

São Luís

2018

VANESSA MARIA DA SILVA MARTINS

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS
ESPECÍFICAS PARA A FISSURA (USSQ)**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da
Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de
Bacharel em Psicologia com Formação de Psicólogo.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá

São Luís

2018

Martins, Vanessa Maria da Silva.

Propriedades Psicométricas do Questionário de Estratégias Específicas para a Fissura USSQ / Vanessa Maria da Silva Martins. - 2018.

55 f.

Orientador(a): Lucas Guimarães Cardoso de Sá.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

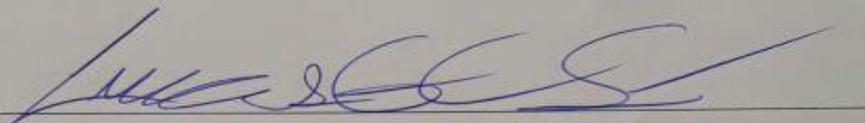
1. Adaptação de instrumentos. 2. Avaliação psicológica. 3. Habilidades de enfrentamento. 4. Psicologia dos comportamentos dependentes. I. de Sá, Lucas Guimarães Cardoso. II. Título.

VANESSA MARIA DA SILVA MARTINS

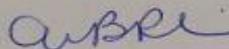
**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS
ESPECÍFICAS PARA A FISSURA (USSQ)**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da
Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de
Bacharel em Psicologia com Formação de Psicólogo.

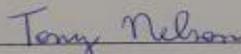
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá (Orientador)
Doutor em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão



Prof. Dr. Ana Beatriz Rocha Lima (Banca Examinadora)
Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Universidade Ceuma



Prof. Dr. Tony Nelson (Banca Examinadora)
Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Catarina Malcher Teixeira (Suplente)
Doutora em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

A Deus, minha família, mestres e aos amigos que sempre se fizeram presente durante toda a
minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Durante toda a vida tive a sorte de encontrar pessoas maravilhosas em meu caminho. De início, já tive a sorte de nascer no seio familiar em que nasci, cujo amor, dedicação e apoio sempre se fizeram presentes.

Aos meus pais, dedico minhas palavras de agradecimento por todo o suporte ofertado, por toda leveza com que transformaram esse período marcante na vida de um indivíduo, que é a formação acadêmica. Sem vocês eu não teria tido a motivação necessária, nem os subsídios indispensáveis para concluir esta primeira etapa de aprendizado. Vocês compõem a maior parcela de amor que cabe em meu coração, agradeço a Deus todos os dias pela vida de vocês, vocês são o meu futuro, o meu presente, a maior riqueza que há em mim.

Ao meu mestre, prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá, agradeço de todo o coração, pela paciência, cuidado e disponibilidade, características marcantes de sua atuação profissional. Enfatizo aqui que despertaste em mim a admiração e um maior ensejo pela Psicologia, tendo em vista o seu comprometimento e a forma como colabora e inova brilhante com o saber psicológico.

Aos meus irmãos, a quem já posso adiantar aqui como amigos, pela tolerância, carinho, puxões-de-orelha, flexibilidade e amor com que me tratam diariamente. As brigas, brincadeiras, brincadeiras-brigas e tudo mais que é isso que torna nossa relação fascinante, o meu muito-obrigada por vocês fazerem parte da minha vida. Por vocês serem a minha vida.

Aos meus amigos, amigos de longa data, amigos recentes, de faculdade, de estágios, da Igreja, das surpresas que a vida coloca, meus queridos primos e sobrinhos, vocês fazem do instante uma oportunidade maravilhosa de se enxergar o fenômeno da vida, das crises, o momento oportuno para crescer e aprender, das vitórias, o momento ideal para a gratidão a Deus e ao universo. Sem dúvidas, vocês são um alicerce, o presente mágico que Deus permitiu que atravessasse a minha vida e fizesse de mim uma pessoa melhor. Em especial meu agradecimento vai para a minha prima Alcilene e Dadá e às minhas amigas de escola: Ana Cláudia, Paula, Mariana, Danielle, Thássica e ao grupo mais charmoso de amigos, Thiago, Bruna, Ana Rosa, Rafisa e Augusto. Não posso esquecer também das maravilhosas psicólogas, sempre comprometidas, unidas, sérias e que tornaram esta graduação, um percurso recheado de bons momentos e de muitas conquistas. Elas, que jamais desanimaram e encararam tudo com muita leveza e sabedoria, minhas amigas Carla, Raissa, Lísile e Patrícia Fernanda, amigadas que levo para toda a vida.

Aos mestres, companheiros de estágios, preceptores dos hospitais Sarah, Materno e Dutra, amigos do GEPPAP, em especial Yuri e Járede. Vocês foram amigos leais, colegas comprometidos e os admiro por serem fiéis ao desenvolvimento da ciência psicológica, a vocês, meu muito obrigada.

E por último, e por ser mais especial, a Deus. Ele quem foi sempre a voz que me guiou em minhas decisões, Àquele a quem devo a razão de minha vida e as conquistas que alcanço, sejam elas pessoais, materiais, espirituais. Ele a quem devo tanto amor, que minha alma não possui recursos pra expressar, meu sentimento de gratidão jamais será capaz de corresponder ao seu amor e seu cuidado, à Ele essa e muitas conquistas.

*Por tanto amor, por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz, manso ou feroz
Eu, caçador de mim
Nada a temer
Senão o correr da luta
Nada a fazer
Senão esquecer o medo
Abrir o peito à força
Numa procura
Fugir às armadilhas da meta escura
Longe se vai sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir o que me faz sentir
Eu, caçador de mim
(Milton Nascimento)*

RESUMO

Este trabalho objetivou identificar as qualidades psicométricas do Questionário de Estratégias Específicas para a Fissura (USSQ), um instrumento que se destina a avaliar o repertório de habilidades de enfrentamento que um indivíduo possui diante de um estado de “fissura” por álcool ou outras drogas. A fissura é um desejo intenso de consumir a substância, o que pode resultar em um retorno momentâneo ao uso da substância, gerando a violação do estado de abstinência. Esse lapso, por sua vez, pode aumentar a probabilidade de uma recaída, definida como o retorno ao uso continuado de uma substância após período de abstinência. A avaliação psicológica, neste momento, cabe como um recurso importante, possibilitando uma intervenção mais focada teórica e tecnicamente, permitindo que o indivíduo desenvolva novas estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com o momento de fissura, diminuindo as probabilidades de lapsos e recaídas. Este estudo investigou as qualidades psicométricas do “Questionário de Estratégias específicas para a Fissura” instrumento desenvolvido originalmente nos Estados Unidos e adaptado para o Brasil. Ele possui 20 itens distribuídos em um único fator. Foram verificadas evidências de validade baseadas na estrutura interna, precisão do instrumento e o estabelecimento de normas de interpretação. A aplicação do USSQ se deu em uma amostra de 200 dependentes químicos assistidos no Centro de Assistência Psicossocial voltado para o Tratamento de Álcool e Drogas – CAPS – AD, de ambos os sexos, diferentes níveis de escolaridade e usuários de álcool, maconha e/ou derivados da cocaína, em estado de abstinência, residentes em São Luís - MA. Foram analisadas a qualidade dos dados coletados e os pressupostos para a realização de análises multivariadas, especificamente a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Com índice de KMO igual a 0,79 e teste de esfericidade de Bartlett com qui-quadrado de $X^2 = 315,898$ e $p = 0,001$, foi possível realizar a AFE por meio de extração pelo método de Fatoração por Eixos Principais. Os resultados mostraram, por meio do gráfico de sedimentação, que uma estrutura unifatorial era a mais adequada, corroborando a estrutura original. A estrutura interna brasileira do USSQ é composta por 15 itens que apresentaram cargas fatoriais acima de 0,32, com precisão, medida pelo Alfa de Cronbach de 0,82. As normas de interpretação foram definidas estabelecendo-se percentis. Verificou-se que o instrumento possui qualidades psicométricas satisfatórias e torna-se apto para uso no contexto da dependência química. Os resultados desta pesquisa apontam para a importância da avaliação contínua de estratégias específicas para lidar com a fissura e para o desenvolvimento de trabalhos posteriores que acrescentem este tema.

Palavras-chave: Avaliação psicológica. Psicologia dos comportamentos dependentes. Habilidades de enfrentamento. Adaptação de instrumentos.

ABSTRACT

This work aimed to understand the psychometric qualities of the Fracture - Specific Strategies Questionnaire (USSQ), an instrument that aims to evaluate the repertoire of coping skills that an individual faces in a state of "fissure" by alcohol or other drugs. Fissure is an intense desire to consume the substance, which can result in a momentary return to the use of the substance, generating the violation of the abstinence state. This lapse, in turn, may increase the likelihood of a relapse, defined as the return to continued use of a substance after a withdrawal period. Psychological evaluation at this time is an important resource, enabling a more focused intervention theoretically and technically, allowing the individual to develop new cognitive and behavioral strategies to deal with the moment of fissure, reducing the chances of lapses and relapses. This study investigated the psychometric qualities of the "Fissure Specific Strategies Questionnaire", an instrument originally developed in the United States and adapted for Brazil. It has 20 items distributed in a single factor. Evidence of validity was verified based on the internal structure, accuracy of the instrument and the establishment of norms of interpretation. The application of the USSQ was done in a sample of 200 addicts attending the Psychosocial Care Center for the Treatment of Alcohol and Drugs - CAPS - AD, of both genders, different levels of schooling and users of alcohol, marijuana and / or derived from cocaine, in a state of abstinence, living in São Luís - MA. We analyzed the quality of the data collected and the assumptions for performing multivariate analyzes, specifically the Exploratory Factor Analysis (AFE). With a KMO index of 0.79 and Bartlett sphericity test with chi-square of $X^2 = 315.898$ and $p = 0.001$, it was possible to perform the AFE by means of extraction by the Main Axis Factor method. The results showed, through the sedimentation graph, that a unifactorial structure was the most adequate, corroborating the original structure. The Brazilian internal structure of the USSQ is composed of 15 items that presented factorial loads above 0.32, with precision, measured by Cronbach's alpha was 0.82. Interpretation norms were defined by establishing percentiles. It was verified that the instrument has satisfactory psychometric qualities and is suitable for use in the context of chemical dependence. The results of this research point to the importance of the continuous evaluation of specific strategies to deal with the fissure and to the development of later works that add this theme

Keywords: Psychological evaluation. Psychology of dependent behaviors. Coping skills. Adaptation of instruments

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Efeitos das vias de administração da cocaína.....	05
Tabela 2 - Fatores pessoais distais.....	11
Tabela 3 - Fatores intermediários de Background.....	11
Tabela 4 - Fatores precipitantes proximais.....	13
Tabela 5 - Fatores Transicionais.....	15
Tabela 6 - Caracterização da amostra.....	18
Tabela 7 - Tempo médio de abstinência da amostra e desvio padrão (em dias)	19
Tabela 8 - Itens do instrumento.....	23
Tabela 9 - Interpretação dos escores.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA -	04
2.1 Os diferentes tipos de Drogas	04
2.2 Uso Nocivo e Dependência de Substâncias	07
2.3 A Teoria de prevenção da Recaída e a relação com as habilidades sociais e de enfrentamento	09
3 OBJETIVOS -	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos	17
4 MÉTODO	18
4.1 Aspectos Éticos	18
4.2 Participantes	18
4.2 Local	19
4.3 Instrumentos	19
4.4 Procedimentos	19
4.4.1 Procedimentos de Coleta de Dados.....	19
4.4.2 Procedimentos de análise de dados.....	20
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
4 ANEXOS	37
5 APÊNDICE	40

LISTA DE SIGLAS

AFE Análise Fatorial Exploratória

APA: Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS –AD: Centro de Atenção Psicossocial Especializado

CFP Conselho Federal de Psicologia

DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5

SNC: Sistema Nervoso Central

KMO: Índice de Kayser-Mayer- Olkin

N.N Narcóticos Anônimos

OMS: Organização Mundial da Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

POS: Prontos- Socorros Hospitalares

SAMU: Serviço Móvel de Urgência

SSPS Statistical Package for the Social Sciences

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UNODC: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas

THC: Tetraidrocanabinol

TCLE: Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

USSQ: Questionário de estratégias específicas a fissura

1 INTRODUÇÃO

Substâncias psicoativas são aquelas que, ao entrarem em contato com o organismo, sob diferentes vias de administração, atuam no sistema nervoso central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, muitas vezes passíveis de autoadministração. Ainda, segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), droga é qualquer substância que, introduzida no organismo, interfere no seu funcionamento. Algumas dessas substâncias são legalizadas e utilizadas por suas propriedades farmacológicas (ex: benzodiazepínicos), outras, porém, justificadas por todo um contexto histórico e social são consideradas ilegais. De um modo geral, essas substâncias têm potencial de causar dependência. As substâncias psicoativas mais comuns podem ser divididas em depressoras (álcool, sedativos, hipnóticos, solventes voláteis), estimulantes, (nicotina, cocaína, anfetaminas, ecstasy), opióides (morfina e heroína) e alucinógenos (PCP, LSD e *cannabis*) (OMS, 2007).

A dependência química, ainda caracterizada sob os moldes de uma abordagem predominantemente psicofarmacológica, apresenta-se como um tema multifacetado que mobiliza esforços dos mais diversos setores da sociedade. Duarte; Stempliuk; Barroso (2009) estimam que a população dependente de substâncias psicoativas é acolhida por somente 57% de cobertura da rede assistencial do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Deste modo, é concebível prever que a cobertura oferecida pela rede de assistência é considerada pequena, tendo em vista que o número de pessoas que precisa de tratamento tem aumentado ao longo dos anos.

Atualmente, o número de dependentes químicos declaradamente conhecidos no Brasil é de aproximadamente oito milhões de pessoas (LARANJEIRA et al., 2012). Paralelo a isto, 28 milhões de pessoas no Brasil possuem algum parente dependente químico (LARANJEIRA et al., 2013). Conforme as leis e a Política Nacional de Drogas, defendida pelo governo federal, o suporte ao tratamento da dependência química na realidade brasileira é mobilizado através de um programa que preconiza o tratamento voluntário, sendo caracterizado pela iniciativa própria e contínua do dependente. Deste modo, novos aspectos da Dependência Química, tendo em vista as características individuais do dependente têm sido constantemente abordados.

Questões como o histórico clínico e a rede de suporte familiar já vêm, ao longo dos anos, sendo trabalhadas, mas pouca atenção tem sido dada para os aspectos

cognitivos e para o repertório de habilidades de manejo do próprio indivíduo com a substância. E é neste sentido que se pode incorporar à prática o empenho e o desenvolvimento de estratégias para se lidar, prever e manejar comportamentos direcionados ao uso da substância, seja sob orientação dos profissionais que atendem esse indivíduo, seja sob autoadministração do dependente em situação de crise, promovendo autonomia e maior consciência de seus desafios e limites.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde oferece ao paciente em tratamento uma rede assistencial composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos-Socorros Hospitalares (PS), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais, e Unidades de Acolhimento. Para o tratamento, o Centro de Atenção Psicossocial especializado (CAPS – AD) é o local referenciado para atender indivíduos em situação crônica em relação ao uso de álcool e de outras drogas.

Conforme aponta Martins (2013), é no CAPS- AD que o dependente dá seguimento à fase inicial do tratamento da dependência. As demais etapas do programa podem ser feitas nas unidades básicas de saúde (UBS) e nos demais centros de atenção psicossocial (CAPS I). Dentre os cuidados mais comuns estão a orientação e o auxílio para promoção da abstinência, o estabelecimento de um programa continuado de tratamento, a supervisão da equipe aos sintomas agudos recorrentes do estado de abstinência e por fim, aplicação e conscientização sobre a Política de Redução de Danos.

Neste contexto, Donovan (2009) aponta alguns fatores de risco que ameaçam o estado de abstinência e que podem possibilitar o retorno ao consumo e a promoção do estado de recaída. É deste modo que a intervenção direcionada ao manejo de comportamentos dependentes conta com recursos e planejamento estratégico voltados para o uso e administração das habilidades de enfrentamento descritas no trabalho, como possibilidade viável de manutenção do estado de abstinência. Para tanto, faz-se necessário de antemão, a avaliação e categorização do repertório de habilidades de enfrentamento disponíveis do dependente, bem como a capacidade que este possui de reorganizá-las e melhor usá-las conforme a situação de estresse lhes impor. Em consonância com este propósito, o estudo das habilidades sociais também se faz importante, visto que de um modo geral, este indivíduo é impactado pelo meio em que vive e a forma como interage com esse meio, segundo o manejo de situações interpessoais, tornará mais bem-sucedido ou prejudicado o seu posicionamento frente a ele.

A avaliação psicológica neste momento cabe como um recurso importante, visto que a discriminação de comportamentos dependentes facilita a identificação de possíveis situações estressoras, beneficiando a intervenção. A lei 4.119, de 27/08/1962, regulamenta a profissão de psicólogo e define a avaliação psicológica como uma prática de exclusividade do profissional psicólogo, adotando como ferramenta de trabalho seus métodos e técnicas. O presente estudo se propõe a investigar as propriedades psicométricas do “Questionário de Estratégias Específicas à Fissura”, um instrumento voltado para reconhecer as habilidades de enfrentamento do indivíduo. A partir da avaliação deste construto é possível compreender a dependência química e o processo de recaída como eventos precedidos de contextos bem específicos, direcionando a intervenção para o planejamento de cognições associadas ao estado de abstinência em um momento prévio ao acontecimento do lapso, mais especificamente, da violação do estado de abstinência. Ao iniciar pela contemplação destes construtos é possível que próximas intervenções sejam direcionadas para mudanças mais globais no que diz respeito à interação com a droga, possibilitando também futuramente que pesquisas e publicações que tratem sobre o tema se desenvolvam. Deste modo, o presente estudo se prontifica a pormenorizar estas questões e tratá-las com o rigor de tecnicidade exigido para qualificar em termos psicométricos o instrumento citado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Os diferentes tipos de Drogas

Com um dos maiores alcances de prejuízo social, a cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta chamada *Erythroxylon Coca*. Pode ser consumida sob forma de sal ou de base, e é a partir de suas possibilidades de consumo, que se vai predicar um nome: como pó, será conhecida como cocaína, como base fumada em cachimbo, será denominada crack ou merla.

De acordo com Carlini et al. (2001), para apresentar um aspecto de “pedra” ou de “pasta”, tanto o crack quanto a merla não podem ser aspirados ou injetados. O crack e a cocaína são drogas estimulantes, pois atuam na ação de neurotransmissores excitatórios do SNC, provocando reações estimulantes. “Assim que o crack e a merla são fumados, alcançam o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea (CARLINI et al., 2001, p. 8). Através dessa via, o efeito torna-se poderoso, instantâneo, porém demasiadamente curto, fazendo com que o dependente busque quantidades maiores para manter o estado de prazer provocado pela droga. A compulsão para utilizar a droga repetidamente possui o nome de “fissura”, que é uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de prazer que a droga provoca.

A UNODC (Escritório Das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes) elege o Brasil como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja na forma intranasal “pó” ou fumada (“crack”, “merla”) está aumentando (LARANJEIRA et al., 2012). O estudo também aponta que a cocaína e o crack são consumidos por 0,3 % da população mundial (LARANJEIRA et al., 2012) e que o usuário que fuma o crack se expõe a maior risco de dependência em comparação às demais formas derivadas da coca, cerca de duas vezes mais risco que usuários de cocaína inalada (LARANJEIRA et al., 2012).

Como pode ser visto na Tabela 1, é possível associar o tempo de duração da droga no organismo à sua forma de administração. A tabela também sugere que a maior frequência de uso é justificada pela necessidade de maiores quantidades para se obter o efeito da droga, resultando em um maior engajamento à substância.

Tabela 1. Efeitos das vias de administração da cocaína

Administração	Início da Ação	Duração do efeito	Concentração sanguíneas
Oral (mascada)	1h	Muitas horas	Baixas
Intranasal (cheirada)	3 – 5 min	45-60 min	Moderadas
Intravenosa (injetada)	1 – 2 min	10-20 min	Altas
Inalada (crack)	30 s	5-10 min	Altas

Fonte: Cordeiro; Figlie; Laranjeira (2007, p. 87).

Para Focchi (2001), o fato de a pessoa sentir uma necessidade de doses frequentes da substância, em períodos curtos de tempo, é o sinal mais importante de dependência. Vale lembrar que é comum, na dependência dos derivados da coca, a associação com o álcool, necessitando para tanto, do controle do consumo de ambos (FOCCHI, 2001).

É importante ressaltar que o diagnóstico de dependência de cocaína envolve a pesquisa detalhada do histórico clínico do indivíduo, além das informações provenientes de prontuários, esposa, filhos, outros parentes, funcionários ou amigos próximos. Deve-se avaliar a via de administração da droga, assim como a probabilidade de dano associado aos seus efeitos. Considera-se como relevante, ainda, analisar a velocidade de início dos efeitos (vias de ação mais rápida, como o crack, que são mais propensas a produzir intoxicação imediata e a levar à Dependência ou ao Abuso). A duração dos efeitos (a meia vida da substância tem relação com a Abstinência) e o uso de múltiplas substâncias também devem ser avaliados (CORDEIRO, FIGLIE; LARANJEIRA, 2007, p. 85).

A maconha, por sua vez é o nome dado a uma planta cientificamente conhecida por *Cannabis Sativa*. Segundo Carlini et al. (2001), o THC (tetraidrocanabinol) é um componente natural extraído da planta, sendo responsável por seus efeitos perturbadores. Quando consumida, a maconha provoca reações de desestabilização do cérebro, como por exemplo, delírios, alucinações e alteração na sensopercepção. Duarte, Stempliuk e Barroso (2009) apontam a maconha como a substância ilícita mais

consumida no mundo e também como a substância ilícita com maior prevalência na população brasileira. A sua forma mais comum de uso é o fumo, comumente chamado de “baseado”.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM 5), a ocorrência de transtorno por uso da substância entre países é desconhecida, mas as taxas de prevalência tendem a ser semelhantes em países desenvolvidos. A maconha frequentemente está entre as primeiras drogas de experimentação (geralmente na adolescência) (APA, 2014).

Muitas consequências funcionais são apontadas no estabelecimento de um quadro de dependência de maconha. Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5 (DSM 5):

Muitas áreas relacionadas ao funcionamento psicossocial, cognitivo e à saúde podem ficar comprometidas como resultado do transtorno por uso da substância. A função cognitiva, especialmente a função executiva superior, parece ficar comprometida nos usuários de Cannabis, e, aparentemente, essa relação depende da dosagem (tanto na forma aguda como na crônica), o que pode contribuir para uma dificuldade cada vez maior na escola ou no trabalho. Tais problemas podem estar relacionados à intoxicação global ou a recuperação dos efeitos da intoxicação. De forma semelhante, o relato de problemas com relacionamentos sociais associados a Cannabis é bastante comum naqueles que apresentam o transtorno. Acidentes decorrentes do envolvimento com a substância também se configuram em comportamentos potencialmente de perigo. (APA, 2014, p. 514).

Uma das substâncias psicoativas mais consumidas do mundo, o álcool, inicialmente reconhecido por seus sintomas estimulantes, é classificado como uma droga depressora, pois diminui a atividade do SNC. Caracteriza-se como um sedativo ou hipnótico e repercute com danos diretos e indiretos à saúde (MARTINS, 2013). Segundo dados da OMS (2007), a substância é consumida por aproximadamente, dois bilhões de pessoas no mundo.

No Brasil, o Conselho Nacional Antidrogas, criou em 2007, a Política Nacional sobre o Álcool, com o objetivo de delinear e dirigir estratégias relacionadas ao enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, tais como a redução dos danos sociais à saúde e à vida, causados pelo consumo dessas substâncias, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas. O alcoolismo é multifacetado, ou seja, possui fatores diversos que podem levar a esta condição, envolvendo aspectos de origem biológica, psicológica e sociocultural. Alguns sinais de dependência do álcool são: desenvolvimento da tolerância, em outras palavras, necessidade de beber maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos, aumento da importância do álcool na vida da pessoa,

percepção do “grande desejo” de beber e da falta de controle em relação a quando parar, síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e aumento de ingestão de álcool para aliviar essa síndrome (BRASIL, 2007).

O Levantamento Nacional de Drogas (2012) apontou que no período de 2006 a 2012 o número de brasileiros que experimentou álcool precocemente aumentou (LARANJEIRA et al., 2012). O mesmo estudo aponta que em 2012 um número maior de jovens declarou ter experimentado álcool com menos de 15 anos. A prevalência indica que para além do tratamento e reinserção da população dependente de álcool, há também a necessidade de realizar campanhas de conscientização e prevenção em relação a uso cada vez mais antecipado de bebidas alcólicas.

No Brasil, estima-se que o consumo total de álcool equivale a 8,7 L por pessoa, com prevalência de 13,6 L por ano pelo sexo masculino e 4,2 L por ano, pelo sexo feminino, segundo dados do Relatório Global sobre Álcool e Saúde realizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em 2014. Heckmann; Silveira (2009, p. 68) apontam o dependente de álcool como “um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, de saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico”. É importante também compreender as especificidades próprias de cada caso ao abordar a dependência, pois para Cordeiro (2007) é necessário que, antes de qualquer abordagem, leve-se em conta:

Conhecer como era o indivíduo antes do consumo problemático de bebidas alcólicas: como era sua personalidade anterior, reunir informações, anteriores e posteriores à dependência, sobre seu autoconceito, autocontrole, agressividade/passividade/ assertividade, irritabilidade, aceitação de regras, introversão/extroversão, como lida com situações estressantes ou resolve conflitos, etc. (CORDEIRO, FIGLIE; LARANJEIRA, 2007, p. 16).

Assim como o álcool, as demais drogas também tiveram seu uso aumentado na população brasileira nos últimos tempos. A maconha, a cocaína e demais substâncias psicoativas têm apresentado crescimento exponencial nos dados que apontam não somente o uso, mas o abuso e dependência no Brasil. Ainda segundo dados do Relatório Nacional Brasileiro (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009), no período de 2001 a 2007, a mortalidade por drogas aumentou. Duarte, Stempliuk e Barroso (2009) também evidenciam o crescimento do consumo pela população masculina (cerca de 87% em relação ao levantamento anterior), fato que corrobora para um maior índice de abuso nesta população.

2.2 Uso Nocivo e Dependência de Substâncias

Martins (2013) aponta que a dependência é considerada uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica. Segundo Formigoni et al. (2009), ela pode ser entendida como uma alteração cerebral (neurobiológica) provocada pela ação direta e prolongada de abuso no cérebro. Essas alterações são influenciadas por aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), comportamentais e genéticos. No entanto, alguns critérios precisam ser estabelecidos para transformar um quadro clínico de uso de substâncias psicoativas em um diagnóstico de dependência.

A abstinência é caracterizada pelo aparecimento de sinais e sintomas desconfortáveis fisicamente e mentalmente logo que o consumo da substância é reduzido ou interrompido (APA, 2014). Neste contexto, é possível que se instale um quadro de Síndrome da Abstinência, que é considerado um dos critérios necessários para diagnosticar a dependência. É comum que, com o aparecimento da síndrome, o indivíduo busque alternativas para aliviar os sintomas pelo fato de estes lhe trazerem grande desconforto (APA, 2014). São exemplos de comportamentos de alívio ou evitação dos sintomas “fumar um cigarro de nicotina em vez de beber” ou “tomar uma medicação apropriada com fins de evitar o desejo de consumir a substância”.

O abuso (ou uso nocivo) pode ser definido como um consumo em quantidade e período mais longo que o planejado inicialmente (APA, 2014). É caracterizado clinicamente pelo desejo persistente de reduzir o consumo e pela inabilidade do usuário de conseguir fazê-lo (APA, 2014). Cordeiro; Figlie; Laranjeira (2007) apontam o uso nocivo como um padrão de consumo responsável por danos à saúde do dependente, seja de natureza física ou mental. Outras características do uso nocivo são a necessidade de tempos maiores para consumir a substância e se recuperar do consumo, além de reorganização das atividades diárias em torno do uso e manutenção do consumo, apesar dos prejuízos reconhecidos pelo usuário (APA, 2014). Segundo Martins (2013, p. 25) “no abuso de substâncias há um padrão mal adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por múltiplos aspectos dentro de um período de doze meses”.

A dependência química é oficialmente nomeada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM 5), como Transtorno por Uso de Substâncias, e tem como característica essencial a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam o uso contínuo pelo

indivíduo, apesar dos impactos significativos relacionados à substância. O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso (APA, 2014).

Segundo Cordeiro (2007), para um diagnóstico de dependência ser estabelecido, três ou mais dos seguintes critérios devem ser exibidos durante 12 meses:

Forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância; síndrome de abstinência característica; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância; evidência de tolerância; persistência do uso a despeito da evidência clara de consequências nocivas (APA, 2014).

A dependência caracteriza-se por sinais e sintomas relativos ao sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes no funcionamento do indivíduo (APA, 2014). Por esta razão, é comum que o dependente aos poucos abandone atividades e interesses que não estejam vinculados ao uso da droga.

2.3 A Teoria de prevenção da Recaída e a relação com as habilidades sociais e de enfrentamento

De acordo com Donovan (2009, p. 4) “o primeiro passo em se tratando de recaída é ter um conceito comum do que se constitui um “comportamento dependente”“. Os comportamentos dependentes, na visão de Smith e Seymour (2004), ocorrem em função de um padrão de satisfação de necessidades, aqui representados tanto para “a obtenção de prazer como para oferecer escape de um desconforto interno” (DONOVAN, 2009, p. 2).

Prevenção de recaída é um termo genérico que se refere a uma ampla gama de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas para prevenir a recaída na área de comportamentos dependentes e que se concentra nos tópicos cruciais para auxiliar as pessoas que estão modificando o comportamento a manter os ganhos que conseguiram durante o curso do tratamento ou automudança (DONOVAN, 2009, p. 6).

O modelo foi proposto por G. Alan Marlatt e Judith Gordon na década de 1980 e é considerado um modelo biopsicossocial integrativo e eficaz na abordagem à dependência química. Biopsicossocial porque considera a importância da contribuição e interação entre as mais diversas disciplinas, integrativo por que postula que “comportamentos dependentes são transtornos complexos que se multiplicam a partir de processos biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais” (DONOVAN, 2009, p. 6). Também é considerado eficaz no sentido de que é composto por intervenções

específicas e também globais para prevenir recaídas, com a finalidade de manter as mudanças alcançadas no curso do tratamento (SAKIYAMA, RIBEIRO; PADIN, 2012, p. 340).

O programa, em linhas gerais, pode ser compreendido como uma abordagem que visa a manutenção da mudança de hábitos, levando-se em conta de que comportamentos aditivos também são um hábito adquirido (CORDEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2007). No contexto da dependência química, “beber para esquecer os problemas” ou “fumar crack para aliviar o estresse” são exemplos de comportamentos aditivos, visto que seguem a premissa de que há a emissão de um comportamento para evitação de estresse (CORDEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2007). Em ambos os casos existe um padrão de enfrentamento desadaptativo e prejudicial ao indivíduo.

Conforme aponta Donovan (2009) nem todos os indivíduos que estão tentando mudar um comportamento dependente estão sujeitos a sofrer uma recaída e aqueles que recaem, não recaem pelo mesmo motivo. Em outras palavras, “nem todos os indivíduos têm os mesmos fatores precipitantes, assim também não vivenciarão as mesmas situações com o mesmo grau de risco” (DONOVAN, 2009, p. 7). Deste modo, o programa deve contemplar a identificação de fatores relacionados ao processo de recaída, dentro de um modelo que ofereça uma estrutura em que se pode descrever, compreender, prever e evitar o processo (DONOVAN, 2009).

Para melhor compreender os elementos que compõem o modelo multivariado e multinível de recaída, Marllat (1985) fez uma distinção conceitual entre “lapso” e o processo de recaída propriamente dito (DONOVAN, 2009). Lapso é considerado um retorno momentâneo ao hábito anterior (CORDEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2007) enquanto recaída pode ser definida como o uso continuado após esse deslize inicial (DONOVAN, 2009). Na recaída, estados emocionais recentes, o contexto social e interpessoal das situações nas quais a pessoa é exposta, o repertório de habilidades de enfrentamento, bem como as estratégias emocionais e cognitivas que a mesma dispõe para lidar com as situações consideradas de alto risco, devem ser considerados (DONOVAN, 2009).

Situações de alto risco podem ser definidas como “pensamentos, sentimentos, pessoas, lugares e atividades sociais, relacionadas repetitivamente ao uso de álcool e drogas” (DONOVAN, 2009, p 10). Uma vez identificadas situações de alto risco, é importante que se mantenha o foco do tratamento no engajamento do indivíduo no

repertório de habilidades a serem desenvolvidas na forma prática de lidar com tais situações (DONOVAN, 2009).

Donovan (2009) descreve uma estrutura de diversos fatores que contemplam potenciais preditores de recaída que juntos exercem níveis diferentes de influência no indivíduo e afetam diretamente na probabilidade de recaída. Conforme definido pelo autor os quatro domínios relacionados à recaída são as características pessoais distais, as variáveis intermediárias de background, os fatores precipitantes proximais e os fatores transicionais.

Segundo Donovan (2009, p. 20), “as características pessoais distais são permanentes, estáveis e imutáveis”. São compostas por fatores hereditários, características da história pessoal e competências de comportamento (DONOVAN, 2009). Os elementos que compõem o nível pessoal distal são informados na tabela 2:

Tabela 2. Fatores Pessoais Distais

Fatores Pessoais Distais
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico Familiar • “Tipo” de alcoolismo • Natureza/ gravidade dos distúrbios psiquiátricos concomitantes • Natureza / gravidade dos distúrbios concomitantes ao uso de substâncias Diminuição cognitiva ou redução na habilidade de resolver problemas • Gravidade da dependência alcoólica • Reatividade condicionada a pistas relacionadas ao álcool

Fonte: DONOVAN, 2009, p. 20.

Os fatores intermediários de background, segundo Donovan (2009, p. 19) “oscilam com o passar do tempo, mas variam gradualmente e podem de alguma forma contribuir para um aumento da probabilidade de recaída”. Neste domínio encontram-se, variáveis relativas à vida, aos problemas cotidianos, com repercussões no estado emocional e cognitivo dos indivíduos. Segundo Donovan (2009), variáveis nesta categoria incluem grandes eventos da vida, que não são necessariamente frequentes, mas que geralmente requerem alguma reação imediata. Por esta razão que Donovan (2009), afirma que “uma exposição repetitiva ou contínua a essas variáveis torna viável um retorno ao comportamento dependente” (Donovan, 2009, p. 26). Na tabela 3 os fatores intermediários de background, segundo Donovan (2009):

Tabela 3. Fatores Intermediários de Background

Fatores Intermediários de Background

- Tolerância às pressões da vida
- Problemas cotidianos da vida
- Apoios social e ambiental
- Habilidades de enfrentamento de estresse/ habilidades de enfrentamento antecipatório
- Senso geral de eficácia pessoal
- Expectativas gerais relativas aos efeitos da substância
- Expectativas gerais relativas aos efeitos da substância
- Motivação para autmelhoria

Fonte: DONOVAN, 2009, p. 20.

Somado a isto, os efeitos desses fatores podem ser considerados “cumulativos, com intensidade e influência na vida da pessoa fluindo e refluindo, contextualmente durante o período de manutenção da abstinência” (DONOVAN, 2009, p. 26). Considerados como fator de predisposição para o estabelecimento de uma recaída juntamente aos fatores pessoais distais, os fatores intermediários devem ser vistos como variáveis correlacionadas aos suportes ambientais e sociais do indivíduo (DONOVAN, 2009). Nessa categoria, configura-se como preditor de recaída a influência do senso geral de eficácia pessoal, das expectativas gerais relativas aos efeitos da substância, da motivação para uso e das habilidades de enfrentamento antecipatórias.

A autoeficácia “é compreendida como a confiança e a capacidade que o indivíduo sente de ter um determinado comportamento em uma situação específica”. O senso geral de eficácia pode ser descrito como um construto que reflete “o grau de confiança que o indivíduo possui sobre defrontar-se com situações de risco de recaída e evitar o lapso com sucesso” (DONOVAN, 2009, p. 30). Em outras palavras, diante de situações de alto risco, esse indivíduo provavelmente irá se deparar com estímulos ameaçadores à sua condição de abstinente, promovendo um maior risco de acontecimentos de lapsos, entretanto, se os níveis de autoeficácia forem considerados altos e estáveis a probabilidade do acontecimento de lapsos diminui (DONOVAN, 2009). Rangé e Marlatt (2008) também apontam que o indivíduo que se sente autoeficaz tende a repetir certos comportamentos, pois acredita na sua capacidade pessoal de desempenhar corretamente esses comportamentos. Segundo Donovan (2009), dada a relação entre autoeficácia e recaída, muitos têm sido os estudos que indicam autoeficácia como um alvo apropriado para intervenções.

A motivação para uso, por sua vez, de acordo com o modelo dos estágios de mudança, é considerada o fator principal para a mudança de hábitos (CORDEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2007). É definida como um estado de prontidão ou vontade de mudar. Se relaciona ao processo de recaída de duas formas: para a mudança positiva de comportamento ou para que o indivíduo se engaje ainda mais no comportamento-problema (CORDEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2007). Alguns motivos que estão por trás do engajamento em comportamentos dependentes estão relacionados a um desejo de mudar o humor ou aumentar a sociabilidade (SMITH; SEYMOR, 2004).

As habilidades de enfrentamento antecipatório são apontadas por Zanelatto (2013, p.175) como “ferramentas comportamentais ou cognitivas usadas pelo indivíduo com o objetivo de restaurar o equilíbrio frente situações de risco ou aquelas em que o indivíduo se sinta em desvantagem ou pouco eficaz”. Segundo Cordeiro; Figue e Laranjeira (2007) elas estão relacionadas a dificuldade do indivíduo de lidar com o alto risco de voltar a consumir a substância. As habilidades de enfrentamento antecipatório são apontadas por Donovan (2009, p. 30) como “ferramentas capazes de permitir que o indivíduo tente prever os estresses ou as situações de alto risco e, se for incapaz de antecipá-las, tente desenvolver planos para evitá-las e/ou lidar com o estresse resultante”. São exemplos de habilidades de enfrentamento antecipatório: participar de grupos de autoajuda voltados para o tratamento da dependência e não frequentar os mesmos lugares que frequentava para consumir a droga.

Os fatores precipitantes proximais no estabelecimento da recaída “envolve precipitantes muito próximos que ocorrem na hora ou imediatamente antes do lapso” (DONOVAN, 2009, p. 19). Na tabela a seguir, os fatores precipitantes proximais:

Tabela 4. Fatores Precipitantes Proximais

Fatores Precipitantes Proximais
<ul style="list-style-type: none"> • Situações de alto risco • Vigilância cognitiva e diálogo interno • Estado emocional • Habilidades de enfrentamento das tentações • Reatividade condicionada à pista • Ênfase aos efeitos esperados/desejados da substância • Fissura • Compromisso com a abstinência

Fonte: DONOVAN, 2009, p. 20.

As habilidades de enfrentamento das tentações ou de enfrentamento imediato são estratégias de enfrentamento necessárias durante crise da recaída (DONOVAN, 2009). No enfrentamento imediato, a fissura já está instalada, ou seja, o risco de um lapso aumenta, visto que é mais difícil fazer uso de estratégias cognitivas quando se já está estabelecida uma associação com a droga. Neste caso, comportamentos e pensamentos devem ser direcionados para o controle do desejo e a reinstalação de um padrão cognitivo adequado para a situação. São exemplos de habilidades de enfrentamento imediato: recusar a oferta da substância, pensar em outra coisa para desviar o pensamento da droga, tentar manejar situações de estresse em vez de consumir a substância. As habilidades de enfrentamento são exigidas mais ou menos frequentemente mediante o estado em que se encontra o indivíduo e conforme o repertório do qual dispõe. Nas abordagens de prevenção de recaída, as habilidades a serem trabalhadas correspondem às áreas em que os indivíduos são mais ou menos deficientes (DONOVAN, 2009).

Os fatores transicionais são considerados fatores que contribuem para a transição de um lapso para uma recaída (DONOVAN, 2009, p. 34). Marlatt e Gordon (1985) sugerem que os fatores que desencadeiam um lapso inicial são diferentes daqueles que contribuem para o uso continuado de álcool, drogas, ou de outros comportamentos dependentes ou uma recaída mais prolongada (DONOVAN, 2009, p. 34). Segundo Donovan (2009), as habilidades restauradoras de enfrentamento para lidar com “as consequências, emoções negativas, reação da família e dos amigos e o comprometimento individual para retornar a substância ou a moderação/redução de danos, também deve ser considerados” (DONOVAN, 2009, p. 34).

No enfrentamento restaurador, o objetivo é minimizar as consequências afetivas e cognitivas geradas após uma recaída, levando o indivíduo de volta ao estado anterior de abstinência. Nele lapsos e fissura já foram instalados. As estratégias desse grupo de enfrentamento visam diminuir os componentes afetivos e cognitivos relacionados ao efeito da violação da abstinência (DONOVAN, 2009). Funcionam também de modo a prevenir que um lapso evolua para uma recaída mais séria e prolongada (DONOVAN, 2009) Nesse tipo de enfrentamento, padrões cognitivos caracterizados por pensamentos e sentimentos negativos podem acompanhar os lapsos e as tentações. Na tabela 5 os fatores transicionais são apresentados.

Tabela 5. Fatores Transicionais

Fatores Transicionais
<ul style="list-style-type: none">• Efeito da violação da abstinência• Estado Emocional• Tendências atribucionais• Habilidades de enfrentamento restaurativas• Reação ao sistema de apoio• Compromisso em retornar ao estado de abstinência

Fonte: (DONOVAN, 2009, p. 20)

Segundo Rangé e Marlatt (2008), o desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas (RANGÉ; MARLATT, 2008, p. 92).

As habilidades sociais podem ser definidas como um conjunto de estratégias relacionadas ao comportamento do indivíduo em relação a outras pessoas. São exemplos de habilidades sociais: comunicar a outras pessoas que não faz mais o uso da droga ou fazer a recusa da substância prontamente logo que ela é oferecida. Segundo Caballo (2008) o comportamento habilidoso é definido como:

A emissão de um conjunto de atitudes, em uma determinada situação de interação social, com expressividade de sentimentos, desejos, opiniões ou direitos adequados à situação, respeitando os envolvidos, possibilitando a resolução de problemas imediatos e minimizando possíveis problemas futuros (ZANELATO, 2013, p.173).

As habilidades sociais podem ser vistas como classes de comportamento que devem ser desempenhadas pelo indivíduo para cumprir eficazmente uma tarefa social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009). Um comportamento só será considerado socialmente competente se estas habilidades forem utilizadas levando-se em consideração o contexto, o objetivo e as situações exigidas.

Na dependência de substâncias existe a possibilidade constante de que vulnerabilidades psicológicas, emocionais, estado cognitivo deficitário e situações estressoras do dia a dia, se tornem a causalidade de retorno à substância. Somado a isto, o baixo repertório de habilidades sociais e de enfrentamento tornam-se um agravo à recaída e a complexidade de como esse processo se dará para cada um, funcionará conforme esse repertório se apresentará.

Por esta razão, a evitação de lapsos e da recaída mais eficazmente se dará os elementos citados acima forem considerados. Segundo Donovan (2009, p. 34):

Um indivíduo que é geneticamente mais vulnerável devido a uma história familiar de dependência e o modelo de pais e amigos tem um viés de atenção que mais prontamente atrai a atenção aos estímulos relacionados à dependência em contextos situacionais que ameaçam sua percepção de controle, com uma grande variedade de sinais que foram, classicamente, condicionados através da experiência anterior como fatores que induziram a fissura, necessidades e forte desejo de usar a substância naquela situação (DONOVAN, 2009, p. 34).

Considerando os fatores elencados acima, uma abordagem focada na intervenção destas habilidades se faz necessária no desenvolvimento de competências necessárias para enfrentamento no âmbito da dependência.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Identificar as qualidades psicométricas do Questionário de Estratégias Específicas para a Fissura (USSQ)

3.2 Específicos

- Verificar evidências de validade baseadas na estrutura interna;
- Avaliar a precisão do instrumento;
- Estabelecer normas de interpretação;

4 MÉTODO

4.1 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido à Plataforma Brasil (CAAE: 47551315.0.0000.5087) e aprovado (parecer 1.304.309) em avaliação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. A pesquisa seguiu as determinações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde, responsável pelo registro de pesquisas envolvendo seres humanos na plataforma Brasil. Foram entregues a todos os indivíduos participantes da pesquisa, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) contendo explicações sobre justificativas, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo em questão. Os dados pessoais foram mantidos sob sigilo e a participação na pesquisa foi estritamente voluntária.

4.2 Participantes

Participaram do estudo 200 indivíduos assistidos pelo Centro de Assistência Psicossocial voltado para o Tratamento de Álcool e Drogas – CAPS – AD, de ambos os sexos, diferentes níveis de escolaridade e usuários de álcool, maconha e/ou derivados da cocaína, conforme mostra a tabela a seguir:

Tabela 6. Caracterização da amostra

Sexo	%
Feminino	10,5
Masculino	89,5
Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	31,0
Ensino Fundamental completo	14,0
Ensino Médio incompleto	14,0
Ensino Médio completo	32,0
Superior incompleto	6,0
Superior completo	3,0
Droga	
Crack, merla, cocaína	66,0
Álcool	29,0
Maconha	4,0
Outros	1,0

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

O tempo médio de abstinência da amostra da amostra foi de 70,91 dias, com desvio padrão de 195,82. A mesma informação, mas de acordo com os tipos de droga, são apresentadas em seguida.

Tabela 7. Tempo médio de abstinência e desvio padrão da amostra (em dias)

Droga	M	DP
Crack, merla, cocaína	60,59	133,54
Álcool	102,28	301,73
Maconha	27,5	42,90

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

4.2 Local

Rede Assistencial do CAPS – AD (Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento de Álcool e Drogas), do governo estadual, localizado em São Luís do Maranhão.

4.3 Instrumentos

- Um questionário de caracterização geral contendo informações sobre sexo, escolaridade, idade, substância de preferência e tempo de abstinência (Apêndice A).
- “Questionário de Estratégias Específicas à Fissura” (Anexo C) adaptado para o Brasil por Martins (2017). Para a adaptação do instrumento original “*Urge Specific Strategies Questionnaire*” (USSQ) para o Brasil, a autora realizou as etapas de tradução reversa, análise semântica e análise teórica para investigar validade de conteúdo. O instrumento original, desenvolvido nos Estados Unidos por Monti et al. (2005), é constituído por 20 itens que representam habilidade de enfrentamento imediato, ou seja, estratégias específicas para lidar com o momento de fissura.

4.4 Procedimentos

4.4.1 Procedimentos de Coleta de Dados

Foram realizadas aplicações individuais com os participantes, em um local reservado, mais especificamente uma das salas onde se realiza a triagem dos usuários atendidos pelo CAPS –AD, obedecendo aos critérios de padronização da aplicação de testes. O uso dos instrumentos se deu após o preenchimento e apresentação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceitação do participante, mediante esclarecimento prévio dos detalhes da pesquisa. Seguindo uma ordem pré-estabelecida, na aplicação foram utilizados o questionário de caracterização geral e o USSQ.

4.4.2 Procedimentos de análise de dados

Foram realizados procedimentos de tratamento e análise dos dados. Ambos são processos importantes para garantir um nível de qualidade considerado adequado para a pesquisa. A amostra coletada teve uma proporção de 10 participantes por item, acima do critério mínimo de cinco participantes para cada item do instrumento e dentro do mínimo de 200 participantes que Pasquali (2003) considera necessário para testar estrutura interna de instrumentos, por meio de análises fatoriais.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha do *Statistical Package for the Social Sciences* (SSPS), versão 18.0, iniciando pela preparação do banco de dados, com checagem de erros de digitação, porcentagem de dados perdidos, casos atípicos univariados e casos atípicos multivariados. Em seguida, foi analisado o cumprimento de pressupostos para realização de análises multivariadas (normalidade, linearidade, colinearidade), e de pressupostos específicos para realização de Análise Fatorial Exploratória, sendo analisados os índices de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. Em seguida foi observado o gráfico de sedimentação para verificar o número de fatores do instrumento. Após esta etapa, foi realizada a extração pelo método de Máxima Verossimilhança, suprimindo cargas fatoriais menores que 0,32 e, caso necessário, rotação pelo método Promax, conforme indicação do número de fatores identificados no instrumento, a partir do gráfico de sedimentação. Para análise da precisão, os valores do Coeficiente Alpha de Cronbach foram observados, sendo estabelecido que valores superiores a 0,7 seriam indicativos de qualidade.

No estabelecimento de normas, o procedimento utilizado foi o cálculo de uma porcentagem relativa a cada escore obtido, obtendo-se o percentil que orientou a interpretação. Para uma interpretação qualitativa, os percentis foram classificados em diferentes níveis de repertório de habilidades de enfrentamento imediato: deficitário, pouco elaborado, médio baixo, média, médio alto, elaborado e muito elaborado. Foi conferida ainda a necessidade de se estabelecer percentis por tipo de droga ou tempo de abstinência.

5 RESULTADOS

Os dados digitados na planilha SSPS passaram por análise de frequências para verificar possíveis erros de digitação, mas nenhum caso foi identificado. No entanto, fez-se necessária a substituição de alguns casos com valores perdidos. No item 16 foram encontrados três casos, enquanto no item 20 foram encontrados dois casos. Como não compõem uma porcentagem acima do tolerável, obedecendo ao critério apontado por Hair et al. (2009), os dados perdidos foram substituídos pela média para dar prosseguimento à análise.

O próximo passo para completar a fase de procedimentos que compreende a verificação da qualidade dos dados, é a análise dos casos atípicos univariados, que são considerados casos com respostas fora do padrão em um dos itens. Na amostra representada, foi estabelecido como critério para exclusão do grupo, números abaixo e acima do valor 3,29, na pontuação transformada Z, conforme critério de Hair et al. (2009). Neste caso, os itens 03 e 14, apresentaram respectivamente o número de quatro participantes e três participantes com valores destoantes do padrão. No entanto, por ser um número considerado pouco representativo, estes sete casos foram mantidos na amostra, para preservar o número mínimo estabelecido de tamanho amostral.

Após a etapa de análise dos casos atípicos univariados, é necessária que se faça também a análise dos casos atípicos multivariados. Esses casos são identificados por meio do teste de distância de Mahalanobis. Foram identificados dois casos atípicos, ambos apresentavam valores acima de 43,82, ponto de corte estabelecido para 19 graus de liberdade. Da mesma forma, por se tratar de um número pequeno de casos atípicos multivariados, foram mantidos na amostra, já que não podem causar problemas na análise dos dados.

Realizadas as etapas de tratamento dos dados, o próximo passo foi verificar se a amostra cumpria critérios necessários para a realização da Análise Fatorial Exploratória (AFE). O primeiro pressuposto analisado foi a normalidade dos dados, através de inspeção visual dos histogramas com curva normal e valores de assimetria e curtose de cada variável. Neste caso, na análise visual do histograma, foi encontrada uma distribuição não-normal no item 14 “Foi a uma reunião de grupo (A.A. ou N.A.) ou ligou para um padrinho do grupo de apoio que você faz parte”. Esse item foi mantido, mas passou a receber atenção especial sobre como se comportaria nas análises seguintes. Deste modo, pôde-se seguir adiante na interpretação dos valores do instrumento.

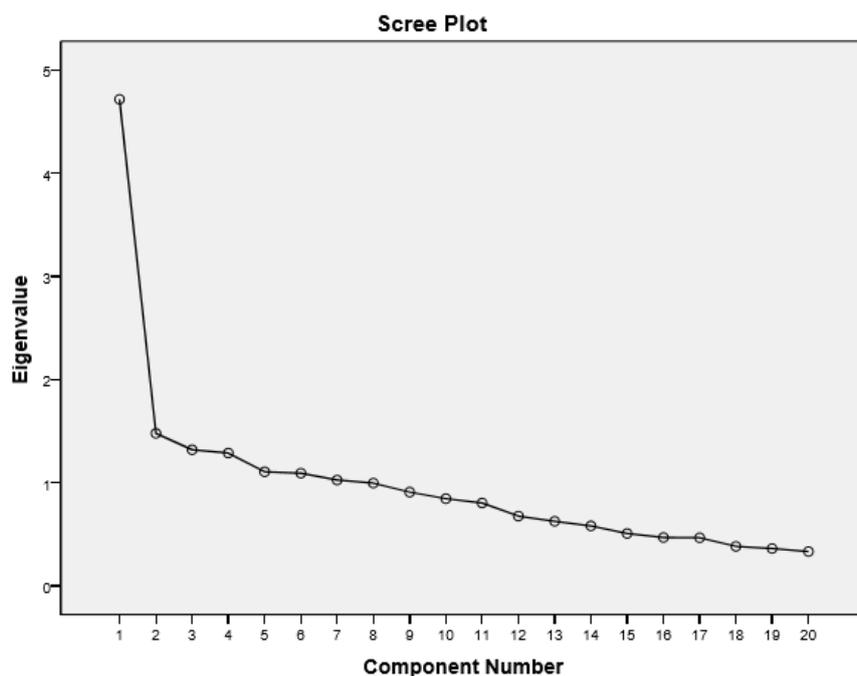
Para realização da AFE, é fundamental que a análise seja avaliada segundo o pressuposto de linearidade. O ideal é que os itens que compõem um instrumento sejam

parecidos, neste caso, por representar o mesmo fator, porém que não sejam iguais. Esse pressuposto indica que excesso de semelhança entre os itens pode atrapalhar (chamada multicolinearidade), assim como o excesso de diferenças entre eles também (ausência de linearidade). Os valores que representam este pressuposto podem ser identificados na matriz de correlação e nos valores que estão no intervalo entre 0,2 e 0,7. A análise da linearidade para os itens do USSQ indicou as correlações entre os itens são suficientes, nem fracas, pois estão acima de 0,2 nem fortes, pois estão abaixo de 0,7, mas moderadas, pois estão neste intervalo.

A verificação da qualidade das correlações foi realizada por meio da análise dos valores de KMO e teste de esfericidade de Bartlett. Nos dados analisados os valores encontrados foram: KMO = 0,792, valor classificado como bom e teste de esfericidade de Bartlett com qui-quadrado de $X^2 = 315,898$ e $p = 0,001$, considerado significativo. A conclusão foi de que há refutação da hipótese nula de que a matriz de dados seja similar a uma matriz identidade, portanto havia correlações suficientes para fazer a análise fatorial exploratória.

Após analisar e preparar a base de dados, verificar o cumprimento dos pressupostos em relação a qualidade dos dados, foi possível realizar a análise fatorial propriamente dita. O instrumento original, elaborado por Monti et al. (2005), prevê a representatividade de um fator único que avalia “habilidades de enfrentamento imediato”. Conforme aponta o gráfico de sedimentação ou *screeplot* (Figura 3), a estrutura unidimensional foi a mais plausível também para a amostra brasileira coletada neste estudo:

Figura 1 - Gráfico de Sedimentação da AFE do USSQ - BR



Com base nesta informação, o método de extração pôde ser escolhido. O de Máxima Verossimilhança, neste caso, pareceu ser o mais indicado, já que as análises prévias indicaram que o instrumento não apresentou pressupostos de violação severa da normalidade. Para a extração, o critério de carga fatorial estabelecido foi de no mínimo 0,32 (que corresponde a 10% representatividade do fator no item) para manutenção do item no instrumento. Após esta análise, os itens 01, 05, 14, 18, 19 foram excluídos, por apresentarem carga fatorial abaixo do critério. Cabe destacar que a etapa de rotação de fatores não foi realizada, pelo fato de que o instrumento possui apenas um fator. Os itens mantidos e excluídos do instrumento podem ser verificados na tabela 8:

Tabela 8. Itens do instrumento

Itens	Fator
Mantidos no instrumento	
USSQ 8 - Pensou em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de consumir “X”	,693
USSQ 7- Disse para si mesmo (a) palavras que dão força, como eu posso aguentar a vontade de consumir “X”, ou “não vou deixar a vontade me vencer” ou “eu sou mais forte”.	,599
USSQ 6 - Em vez de consumir “X”, procurou fazer outra coisa que ajudasse a diminuir a vontade de usar,	,593
USSQ11 - Disse às pessoas “eu não estou usando” e recusou a oferta de “X	,542
USSQ 20 - Disse para você mesmo que não iria usar sem tentar fazer alguma coisa para diminuir a vontade de consumir “X”	,533
USSQ 09 Relaxou ou meditou para diminuir a vontade de consumir “X”	,531
USSQ10 - Tentou sair da situação que te trouxe a vontade de consumir “X	,520
USSQ 2 - Pensou nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse “X”	,503
USSQ 13 - Tentou resolver um problema quando ele te levou a ter vontade de usar	,469
USSQ 16 - Desafiou seus pensamentos sobre querer consumir “X”	,451
USSQ 12 - Tentou resolver uma discussão quando ela te levou a ter vontade de consumir “X”	,445
USSQ 4 - Tentou comer ou beber alguma coisa em vez de usar “X”	,369
USSQ 3 - Pensou nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar “X”	,362
USSQ 15 - Encontrou ou ligou para alguém que sempre te ajuda a ficar sem “X” (alguém que não seja do tratamento ou do grupo de apoio A.A/ N.A)	,355

USSQ 17- Usou uma estratégia espiritual como rezar/orar, pedir para Deus ou para um poder superior	,354
--	------

Excluídos do instrumento

USSQ 1 - Disse para você mesmo (a) que, se esperasse só um pouco, a vontade de usar “X” iria diminuir.	,312
--	------

USSQ 5- Fumou um cigarro em vez de consumir “X”	,192
---	------

USSQ 14- Foi a uma reunião de grupo (A.A. ou N.A.) ou ligou para um padrinho do grupo de apoio que você faz parte	,241
---	------

USSQ 18- Pensou sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de consumir “X”	,127
--	------

USSQ 19 - Xingou a si mesmo uma maneira de diminuir a vontade de consumir “X”	,240
---	------

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A partir dessa estrutura interna composta de 15 itens, foi realizada a verificação da precisão do instrumento, obtida pelo valor de Alpha de Cronbach. O valor encontrado foi de 0,821, valor que indica que o instrumento possui uma precisão classificada como “muito boa”.

A última etapa foi o estabelecimento de normas de interpretação. Foram escolhidos pontos de interpretação, percentis, permitindo que escores individuais possam ser categorizados de acordo com as pontuações do grupo normativo, composto pelos participantes desse estudo. Como o instrumento é unidimensional, a soma das respostas de cada item forma uma pontuação única para cada participante. Com a escala de resposta variando de zero a três para quinze itens do instrumento, a pontuação máxima era de 45 (caso um participante respondesse “sempre” para todos os itens) e a mínima de zero (caso o participante tenha marcado “nunca” em todos os quinze itens). As categorias de interpretação escolhidas para o nível de habilidades de enfrentamento imediato foram: deficitário, pouco elaborado, médio-baixo, média, médio-alto, elaborado, muito elaborado. A seguir, uma tabela representativa da classificação dos grupos (tabela 9), segundo as categorias de interpretação elencadas na pesquisa:

Tabela 9 – Interpretação dos escores

Classificação do repertório de habilidades	Percentil	Escore
Deficitário	1	7
Pouco elaborado	15	15
Médio-baixo	25	19
Média	50	24
Médio-alto	75	28
Elaborado	85	31
Muito elaborado	99	40

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2017)

A tabela 9 indica que pontuações até sete podem ser consideradas habilidades de enfrentamento deficitárias; entre sete e 15 pouco elaboradas; entre 15 e 19 abaixo da média; entre 19 e 28 repertório médio; entre 28 e 31 acima da média; entre 31 e 40 repertório elaborado e acima de 40, muito elaborado. Dessa forma, interpretações individuais podem ser comparadas a um grupo de indivíduos semelhantes.

6 DISCUSSÃO

Após a realização da AFE, O USSQ – BR manteve 15 dos 20 itens do instrumento original. Os itens que permaneceram nesta versão apresentaram cargas fatoriais acima de 0,32. De acordo com Pasquali (2003), cargas fatoriais acima de 0,30 são consideradas bons índices de representatividade do construto. O valor do coeficiente Alfa de Cronbach indicou uma precisão considerada muito boa, mostrando que o instrumento possui bons padrões de fidedignidade.

O instrumento se propôs a avaliar habilidades de enfrentamento imediato, resultando na configuração de somente um fator, conforme instrumento original presumia. Para Donovan (2009), habilidades de enfrentamento são descritas como um conjunto de estratégias adaptativas que visam preservar o estado de abstinência, e no caso das estratégias de enfrentamento imediato elas são exigidas no momento da fissura (*craving*). Presume-se que os quinze itens mantidos no instrumento são capazes de avaliar o repertório de habilidades de enfrentamento imediato que são capazes de manter uma pessoa abstinente. Em outras palavras, parte-se do pressuposto de que conseguem representar adequadamente estratégias eficazes de enfrentamento em relação à droga.

Segundo Carroll (1998) as habilidades de enfrentamento englobam pensamentos e comportamentos que ajudam o indivíduo a reconhecer as situações de alto risco e desenvolver fatores efetivos para lidar com elas. Sá (2013, p. 16) aponta como possíveis fatores de risco “situações cotidianas de estresse (em família, trabalho, com amigos ou em relacionamento com desconhecidos)”. São exemplos das habilidades apresentadas no instrumento:

Habilidades de conversação, fazer e receber elogios, fazer críticas construtivas, receber críticas, recusar bebida ou droga, resolver problemas de relacionamento, controlar a raiva e os pensamentos negativos, identificar, evitar e esquivar-se de situações de risco, pedir ajuda, pensar em consequências negativas de usar e positivas de não usar a droga, entre outras (SÁ, 2013, p. 20).

Carroll (1998, p. 48) aponta que o treinamento dessas habilidades e de estratégias interpessoais é importante para ajudar o indivíduo a expandir sua rede de suporte social e criar relacionamentos se leve em consideração os critérios de funcionamento interpessoal e os apoios sociais recebidos (CARROLL, 1998).

Segundo Donovan (2009), os estados emocionais recentes, contexto social e interpessoal do indivíduo, bem como as situações nas quais a pessoa é exposta, são possíveis preditores de recaída. Itens que conseguiram representar estratégias eficazes para lidar com as situações de alto risco, segundo esta afirmação, foram selecionados para permanecer na versão final do instrumento. Portanto, os quinze itens mantidos no instrumento foram itens que representaram adequadamente o construto.

Ao analisar os itens excluídos, uma hipótese é de que eles apresentaram como característica comum a dificuldade dos entrevistados ao respondê-los, de modo que é possível pormenorizar as lacunas que estiveram presentes, como por exemplo, o uso de linguagem rebuscada para a população de escolaridade mais baixa, em alguns casos, pouca representatividade do construto estudado, uso de termos e expressões pouco usuais na língua portuguesa, entre outras. Tais fatos justificaram a necessidade de excluí-los da versão final do instrumento.

No item 01, “Disse para você mesmo que se esperasse só um pouco a vontade de usar iria diminuir” a carga fatorial baixa indica que ele não representa adequadamente o construto. Neste item, muitos entrevistados apresentaram dificuldades em compreender o enunciado “disse para você mesmo”. Uma justificativa plausível para as dificuldades pode estar no fato de que “dizer para si mesmo” não constitui nem uma estratégia de enfrentamento ativa, pois não envolve comportamentos de confronto, como um meio de enfrentamento e nem evitativa, já que não há ação para evitar. A característica, deste modo, é de ausência de comportamento. Portanto, neste item, não fica claro nenhum modo de enfrentamento para livrar-se dos efeitos causados pelo estado da fissura, por esta razão pode não ser considerada uma estratégia de enfrentamento eficaz.

O item 05 “Fumou um cigarro em vez de consumir a substância”, também apresentou carga fatorial abaixo do recomendado. Segundo alguns entrevistados, o dependente que sente vontade de consumir a substância novamente possui a lembrança de como era o hábito e as características da droga que consumia e eram essas lembranças as responsáveis por despertar novamente o desejo por consumir a substância. Segundo Ribeiro (2012, p. 375) “a fissura refere-se a um desejo intenso de consumir a substância associado à intenção de repetir a experiência de seus efeitos”. O cigarro não seria capaz de conter essa lembrança sobre outra substância, não seria uma alternativa para substituir a droga, pelo fato de que possui características diferentes da substância de abuso, e são estas características os precipitantes que provocam a fissura. Portanto, não seria uma estratégia de enfrentamento eficaz, ainda que evitativo.

O item 14 “Foi a uma reunião dos narcóticos/alcoólicos anônimos ou ligou para um padrinho do grupo de apoio que você faz parte” também foi excluído do instrumento. Uma hipótese para explicar a exclusão é a amostra que compõe este estudo faz tratamento ambulatorial na rede de assistência e pode não ter por hábito frequentar outros grupos de ajuda mútua como citado no item, talvez pelo fato de o CAPS –AD já oferecer a possibilidade de formação de grupos educativos em sua programação.

No item 18 “Pensou sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de consumir “X” muitos entrevistados relataram dificuldades de compreensão do item, justificada pelo fato de não terem conhecimento dessa prática no âmbito da dependência química. Isto pode ser exemplificado pelo desconhecimento do termo “terapeuta”. Se o item não representa um dado presente na vida dos entrevistados, ele não pode constituir uma habilidade de enfrentamento eficaz.

O item 19 “Xingou a si mesmo como uma maneira de diminuir a vontade de consumir”, apresentou dificuldades parecidas com as identificadas no item 01. Também pelo fato de inferir comportamentos voltados para si, através do enunciado “xingou a si mesmo”, apresentando dificuldades de compreensão. Muitos defenderam não terem por hábito essa prática e também não a reconhecerem como uma estratégia de enfrentamento em relação a droga. Outro dado relevante em relação a este item está no fato dele já ter apresentado dificuldades na etapa de tradução pelos juízes, conforme relata Martins (2017). Os tradutores especialistas não chegaram a um consenso na adaptação do enunciado para o Brasil. Por esta razão, “xingar a si mesmo” não pode ser considerada uma estratégia para manter um indivíduo abstinente, tanto por dificuldades na representação adequada do item segundo a língua de origem do instrumento, como também por não ter sido um item identificado no repertório dos entrevistados.

Em relação aos 15 itens mantidos, a literatura aponta que existe uma distinção entre comportamentos considerados de evitação e comportamentos considerados ativos. Segundo Moos (1992), estratégias de enfrentamento do tipo evitação envolvem abordagens que propõe desvio da atenção por sugestão ou envolvimento com outros tipos de atividade. Segundo Moos (1992, p. 25) estratégias do tipo evitação priorizam a “evitação dos gatilhos a fim de prevenir o uso”. Segundo Sá (2013, p. 45) sugere, “possuem forte associação com a manutenção da abstinência”. No entanto, Monti et al. (2005) afirma que existe uma vantagem no uso de habilidades ativas em vez de evitativas, talvez pelo fato de que em alguns casos, essas estratégias evitativas possuem alcance afetivo apenas a curto prazo (SÁ, 2013). Os itens que se configuram como estratégias do tipo evitação seriam os itens 02, 03, 04, 06, 08, 09 e 16 do USSQ.

Segundo Carroll (1998), às vezes o desejo não pode ser evitado, sendo necessário encontrar uma maneira de lidar com isso. Existem muitas estratégias diferentes para enfrentar a fissura. As habilidades do tipo ativas têm por característica o confronto, resultando em comportamentos que visam diminuir a probabilidade de lapsos, lidando diretamente com a repercussão dos efeitos da fissura e adotando como estratégia a reestruturação cognitiva em

vez de desviar o foco com outros tipos de atividade. Os itens que representam exemplos de habilidades ativas são o 07, 10, 11, 12, 13,15, 17 e 20.

O item 02 “Pensou nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse a substância” faz referência aos impactos negativos da substância na vida do indivíduo. Segundo Martins (2013), o indivíduo que tem um padrão de uso nocivo de substâncias, vai tornando aos poucos a droga prioridade na sua vida e o consumo vai se tornando cada vez mais relevante. A consequência disto são perdas significativas no âmbito social, profissional, além de danos a saúde e perda da qualidade de vida do usuário (MARTINS, 2013). A habilidade apontada acima parece constituir-se como uma estratégia de enfrentamento frequente e eficaz.

No item 03 “Pensou nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar a substância”, da mesma forma que o item anterior, faz referência a vivência do indivíduo sem a droga. O que sugere que os danos promovidos pelo consumo da substância são variáveis importantes para a manutenção da abstinência, mas os benefícios trazidos pela sobriedade também têm efeito semelhante. Segundo Donovan (2009) é no desenvolvimento de um repertório de habilidades de enfrentamento que o indivíduo experimentará maior autonomia e consciência de seus desafios e limites, fazendo com que os benefícios sejam cada vez mais frequentes.

No item 04, “Tentou comer ou beber alguma coisa em vez de usar a substância”, 06 “Em vez de consumir a substância, procurou fazer outra coisa que ajudasse a diminuir a vontade de usar” e 08 “Pensou em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de consumir “X””, são exemplos de estratégias que desviam o foco dos gatilhos que provocam o estado de fissura. Segundo Martins (2013), é comum que no quadro de Síndrome da Abstinência o indivíduo busque alternativas para aliviar os sintomas pelo fato de estes lhe trazerem grande desconforto. Então é válido que este busque por alternativas mais saudáveis que não lhe despertem o interesse em retornar à substância. Nestes itens são representadas estratégias cognitivas utilizadas para lidar com o estresse resultante da fissura estabelecida.

Nos itens 07 “Disse para si mesmo (a) palavras que dão força, como eu posso aguentar a vontade de consumir a substância ou não vou deixar a vontade me vencer ou eu sou mais forte”, 16 “Desafiou seus pensamentos sobre querer consumir a substância” e 20 “Disse para você mesmo que não iria usar sem tentar fazer alguma coisa para diminuir a vontade de consumir a substância” são exemplificados comportamentos e pensamentos direcionados para o controle do desejo e a reinstalação de um padrão cognitivo adequado para

a situação, que segundo Donovan (2009), são estratégias eficazes para lidar com o estresse resultante da fissura.

O item 10, exemplificado pela assertiva “Tentou sair da situação que te trouxe a vontade de consumir” representa uma modalidade de comportamento de fuga da situação, ou seja, ele já estava sob efeitos desagradáveis da fissura, já constituindo como uma situação de risco. Segundo Donovan (2009), para manejar situações de risco, é interessante que o indivíduo desenvolva a capacidade de escrever, compreender, prever e evitar o processo. Nesta estratégia, é possível compreender que o indivíduo considera a situação perigosa e faz uso do repertório de enfrentamento que dispõe para manejá-la. É uma estratégia de enfrentamento eficaz porque descreve a presença de estímulos ameaçadores à condição de abstinente e possibilita a esse indivíduo evitar o processo em situações posteriores.

No item 11 “Disse às pessoas eu não estou usando e recusou a oferta de substância”, a habilidade de enfrentamento também é uma modalidade de habilidade social. Segundo Rangé e Marlatt (2008), habilidades de enfrentamento efetivo envolvem habilidades sociais básicas “como comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas” (RANGÉ; MARLATT, 2008, p. 92). É uma habilidade de enfrentamento efetiva e considerada útil por diminuir a probabilidade de retorno à substância.

Nos itens 12 e 13, respectivamente, “Tentou resolver uma discussão quando ela te levou a ter vontade de consumir” e “Tentou resolver um problema quando ele te levou a ter vontade de usar” são exemplificadas estratégias relacionadas a eventos prévios ao momento do lapso. Segundo Rangé e Marlatt (2008), na dependência de substâncias existe a possibilidade constante de que vulnerabilidades psicológicas, emocionais, estado cognitivo deficitário e situações estressoras do dia-a-dia, se tornem a causalidade de retorno à substância. Prever e evitar estas variáveis torna as habilidades de enfrentamento citadas, estratégias eficazes na manutenção do estado de abstinência.

O item 15 “Encontrou ou ligou para alguém que sempre te ajuda a ficar sem a substância (alguém que não seja do tratamento ou do grupo de apoio A.A/ N.A)” avalia em seu conteúdo a presença de uma rede de apoio ao dependente nos momentos em que é afetado pelos efeitos da fissura. Segundo Zanellato (2013), na dependência de substâncias existe a possibilidade constante de que vulnerabilidades psicológicas e emocionais afetem o indivíduo, portanto, contar com uma rede de suporte pode representar uma estratégia eficaz neste contexto.

Deste modo, os quinze itens mantidos no instrumento corroboram para a afirmação de que as habilidades de enfrentamento são modos de intervenção eficazes na manutenção do estado de abstinência e prevenção da recaída (DONOVAN, 2009). Conclui-se, em resumo, que os itens excluídos do instrumento apresentaram baixa adequação do item ao construto medido e com pouca efetividade para o enfrentamento de determinadas situações na dependência de substâncias psicoativas, enquanto os que foram mantidos conseguem captar um conjunto adequado de habilidades necessárias para avaliar as habilidades de enfrentamento imediatas de usuários de álcool e outras drogas em tratamento ambulatorial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme descrito na Resolução 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos, um instrumento precisa apresentar evidências de validade para ser avaliado como um instrumento de qualidade. O USSQ – BR demonstrou índices satisfatórios de precisão, de representatividade do construto nos itens, além de ter estabelecido um critério de padronização no momento de aplicação do teste e de interpretação de resultados no momento posterior. Os escores obtidos foram categorizados segundo a pontuação de um grupo de amostra maranhense, considerando a necessidade da representatividade adequada da população cujo instrumento se destina.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2003), atendidas estas especificações, o instrumento pode ser reconhecido como capaz de interpretar eficazmente as características investigadas do indivíduo. Desta forma, obedece aos seus possíveis propósitos e aos contextos principais para os quais ele foi desenvolvido (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003). A validação de instrumentos específicos na dependência química ajuda a preencher uma lacuna existente no campo da avaliação psicológica, que ainda carece de um quantitativo maior de instrumentos que abordem especificamente os construtos psicológicos na dependência de substâncias. Obedecendo a estes critérios é possível que sejam desenvolvidos instrumentos de qualidade e que representem de forma mais específica as variáveis envolvidas nesse processo. É válido lembrar que o uso de instrumentos psicológicos inespecíficos neste campo, podem não gerar resultados satisfatórios, prejudicando a intervenção.

Algumas limitações do estudo podem ser apontadas e, com esta ressalva, pretende-se melhorar ainda mais o alcance da pesquisa à população pretendida. Devido à configuração dos Centros de Atenção Psicossocial onde se realizou a pesquisa, é necessário que a aplicação padronizada dos testes se dê através do formato de entrevista, rejeitando-se a possibilidade de autoaplicação, levando-se em consideração também o fato de que a grande parcela representativa da amostra possui níveis de escolaridade baixos.

Na prática, sabe-se a necessidade de elaborar mais estudos e de desenvolver mais instrumentos para avaliação no contexto da dependência química. Os Centros de Atenção Psicossocial para o tratamento de Álcool e Drogas (CAPS – AD) ainda apresentam um modelo prioritariamente psicofarmacológico de abordagem. Isto quer dizer, que pouco enfoque é dado ao repertório de habilidades que o indivíduo possui para enfrentar as situações de risco e poucos instrumentos psicológicos são utilizados neste contexto. Desta forma, desenvolver estudos que tratem sobre as diversas possibilidades de enfrentamento beneficiará

tanto o profissional que possui poucos recursos para intervenção, como ao próprio usuário da rede, que ainda desconhece novas formas de evitar o retorno ao consumo.

Por esta razão, a avaliação psicológica de estratégias específicas para lidar com a fissura tem sua importância, visto que os dependentes em tratamento muitas vezes possuem dificuldades para lidar com a abstinência no momento em que não estão exercendo algum tipo de atividade nos centros de recuperação. Portanto, quanto mais específica for a abordagem, é possível que maiores possibilidades de intervenção se estabeleçam. Segundo Donovan (2009) apesar de possuir um histórico de recaídas é comum que muitos indivíduos não estejam familiarizados com o conjunto de fatores que o levam a retornar ao uso, de modo que acreditam que a vontade de consumir a substância não é precedida de eventos anteriores, como por exemplo, “pensamentos, sentimentos, pessoas, lugares e atividades sociais que tenham sido repetitivamente relacionados ao uso de álcool e drogas” (DONOVAN, 2009, p. 6).

Como sugestão de novas pesquisas a partir desta, recomenda-se a representação das demais modalidades de habilidades de enfrentamento apresentadas na literatura, a exemplo das habilidades de enfrentamento antecipatório, que tem por função impedir que o dependente em abstinência entre em contato com o estado de fissura. Sugere-se que novos estudos contemplem também essa habilidade, tendo em vista o público a que se destina. Uma possibilidade é aplicação conjunta de testes que abordem dois ou mais tipos de habilidade, para, por fim, alcançar um resultado de caráter ainda mais interventivo neste contexto. Também recomenda-se novo estudo para confirmar a estrutura interna do USSQ-BR, bem como suas relações com variáveis externas, tanto em termos de critério, quanto de convergência. Outras sugestões envolvem a investigação de outros tipos de precisão, como a estabilidade temporal, bem como a elaboração de normas para grupos específicos, divididos por escolaridade, sexo, substâncias prioritariamente consumidas, entre outras possibilidades. Em resumo, as recomendações visam adicionar evidências de validade, dados de precisão e tabelas normativas, para que o instrumento possa ser utilizado de forma mais abrangente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5**. Tradução de Maria Inês Correia Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

BRASIL. **Decreto n. 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em 20 fev. 2017.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto 6.117**. Institui a Política Nacional sobre Drogas. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista Imesc**, 2001. p. 9-35.

CABALLO, V. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 2008.

CARROLL, K. M. **A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction**. Rockville: National Institution Drug Abuse, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Cartilha avaliação psicológica**. Brasília, DF, 2013.

_____. Resolução n° 002/2003. **Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n° 025/2001**. Disponível em <http://www.pol.org.br>. Acesso em: 04 mar. 2017.

_____. Resolução n° 002/2016. **Regulamenta a Avaliação Psicológica em Concurso Público e procesos seletivos de natureza pública e privada e revoga a Resolução CFPN° 001/2002**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-002-2016.pdf>. Acesso em: 04. mar. 2017.

CORDEIRO, D. C; FIGLIE, N. B; LARANJEIRA, R. (Org). **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. 234 p.

CUNHA, S.M; CARVALHO, J.N; KOLLING, N.M; SILVA, C.R; KRISTENSEN, C.H. Habilidades sociais em alcoolistas: Um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2007. p. 28-41.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, Avaliação de habilidades sociais: Bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In: DEL PRETTE, Z.A. P., DEL PRETTE, A.(Orgs.) **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 189-231

DONOVAN, D. M. Avaliação dos comportamentos dependentes. In:____ **Avaliação dos comportamentos dependentes na prevenção da recaída**. São Paulo: Roca, 2009, p. 1 – 50.

DONOVAN, D. M; MARLATT, G. A. **The Guilford behavioral assessment series.** Assessment of addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1988.

DUARTE, P. C. A. V; STEPLIUK, V. A; BARROSO, L. P. **Relatório brasileiro sobre drogas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça, 2009.

FOCCHI, G. R. A. et al. **Dependência química:** novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001.

FORMIGONI M. L. O. S et al. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. In: Lacerda R. B. **Efeitos de substâncias psicotrópicas no organismo.** 3ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009. p. 2-11.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C; BABIN, B. J; ANDERSON, R. E; TATHAM, R. L. **Análise multivariada dos dados.** 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HECKMANN W; SILVEIRA C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A.; ANTHONY, J; SILVEIRA, C. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual.** São Paulo, Barueri: Minha Editora, 2009. p. 67-87.

LARANJEIRA, R. et al. **Levantamento Nacional de famílias dos dependentes Químicos - LENAD - Família.** Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD). Universidade Federal de São Paulo, 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **II LENAD– Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo, 2012.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** V. 22. P. 62-71. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MARLATT, G.A; GORDON, J.R. **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (1ª ed.).** New York: Guilford Press, 1985.

MARQUES A.C; RIBEIRO M; LARANJEIRA R; ANDRADA N.C. **Transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca.** Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2011. Disponível: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/abuso_e_dependencia_crack.pdf>. Acesso em 20 fev. 2017.

MARTINS, R. O. **Adaptação brasileira do Urge Specific Questionnaire (USSQ).** Projeto de Iniciação Científica - PIBIC – Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís, 2017. Artigo submetido à publicação.

MOOS, R. H. **Coping Response Inventory Adult form.** Palo Alto: Center for Health Care Evaluation, Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Center, 1992.

MONTI, P.M; KADDEN, R.M; ROHSENOW, D.J; COONEY, N.L; ABRAMS, D.B. **Tratando a dependência de álcool: Um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento.** São Paulo: Roca, 2005.

PASQUALI, L. **Psicometria:** Teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde.** 10. ed. revista. São Paulo: Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português, 2007.

RANGÉ, B; MARLATT, G.A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2008. p. 88-95.

RIBEIRO M; YAMA GUCHI S.; DUAILIBI L.B. Avaliação de fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do Usuário de Crack.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 226-238.

SÁ, L. G. C. **Habilidades de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas em dependentes químicos: Construção e validação de um instrumento de medida** (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

SAKIYAMA, H.M.T; RIBEIRO, M., PADIN, M.F.R. Prevenção de recaída e habilidades sociais. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack.** Porto Alegre: Artmed. 2012. p. 337-350.

SMITH, D; SEYMOUR, R. The nature of addiction. In: COOMBS, R. **Hand book of addictive disorders:** A practical guide to diagnosis and treatment. Hoboken, NJ: Wiley, 2004. p. 3-30

ZANELATTO, N.A. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. In: LARANJEIRA, R., ZANELATTO, N.A. (Org) **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais:** um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Propriedades Psicométricas do questionário de estratégias específicas para a fissura (USSQ)”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá. Você foi selecionado por ter buscado ajuda para parar de beber ou usar drogas e sua participação não é obrigatória.

Nesta pesquisa nós estamos investigando a qualidade de um questionário feito para verificar o quanto uma pessoa tem feito atividades que ajudam a não beber ou não usar drogas. Na sua participação você deverá responder várias perguntas sobre atividades que uma pessoa pode fazer para ficar sem beber ou usar drogas. Basta fazer um X na resposta que melhor representar o quanto você tem feito aquilo que está descrito. As respostas serão anotadas por você mesmo em uma folha que vamos te entregar.

Você não terá nenhum ganho financeiro por participar da pesquisa, mas também não terá nenhuma despesa, uma vez que todos os materiais e deslocamentos serão de responsabilidade do pesquisador. Além disso, não estão previstas indenizações financeiras por dano, uma vez que os riscos que você corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Você pode sentir cansaço por responder o questionário. Se isso acontecer, peça uma pausa para descanso ou mesmo para encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo à você. Se sentir algum incômodo emocional enquanto estiver respondendo a pesquisa comunique imediatamente ao pesquisador. Ele é doutor em Psicologia, com experiência profissional no tratamento da dependência química, estando, portanto, capacitado para lidar com imprevistos que possam ocorrer durante a pesquisa. Mesmo após encerrada a participação, se houver alguma consequência causada pela pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador para receber as orientações adequadas sobre o que fazer.

Como benefício por responder as perguntas você receberá ao final uma breve orientação sobre o que precisa fazer ou o que precisa continuar fazendo para aumentar as chances de ficar sem beber ou usar drogas. Você também contribuirá para que outras pessoas, que também passam pelo mesmo problema que o seu, possam ser avaliadas e tratadas de uma maneira melhor no futuro.

Se precisar esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo e seus procedimentos, será atendido na mesma hora, tanto antes quanto durante a entrevista, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando.

Você tem a liberdade de recusar a participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, e isso não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição, ou seja, você não sofrerá nenhuma penalidade ou terá qualquer prejuízo.

As informações obtidas para esta pesquisa serão confidenciais. Asseguramos o sigilo sobre sua participação. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados gerados serão publicados, sejam eles favoráveis ou não, em congressos e jornais científicos, mas sua identidade será preservada, já que seu nome não será gravado ou escrito em nenhum local e suas respostas serão analisadas somente em conjunto com as dos demais participantes. Vamos guardar essas folhas em local seguro por 5 anos e, depois desse tempo, vamos picotá-las antes de jogar no lixo.

Este termo consta de duas vias idênticas, com as páginas rubricadas e assinadas ao final pelo pesquisador. Você receberá uma das cópias, em que consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, bem como do CEP-UFMA e também deve assinar no local indicado.

Você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lucas Guimarães Cardoso de Sá
Fone (98) 98166-3450
E-mail: lucas.gcsa@yahoo.com.br

Endereço: Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga, São Luís – MA, CEP 65080-805.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão.

O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07.

Coordenação: Prof. Dr. Francisco Navarro

E-mail para correspondência cepufma@ufma.br

Telefone: (98) 3272-8708

São Luís, ____ / _____ / _____

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO GERAL

Data:	Registro:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo		<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo	<input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo
Droga de preferência:	Tempo sem consumir a droga:	Outras informações relevantes:	

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS À FISSURA

Nº	Com que frequência você...	0	1	2	3
		Nunca	Poucas Vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Disse para você mesmo (a) que, se esperasse só um pouco, a vontade de usar “X” iria diminuir.				
2	Pensou nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse “X”				
3	Pensou nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar “X”				
4	Tentou comer ou beber alguma coisa em vez de usar “X”				
5	Fumou um cigarro em vez de consumir “X”				
6	Em vez de consumir “X”, procurou fazer outra coisa que ajudasse a diminuir a vontade de usar.				
7	Disse para si mesmo (a) palavras que dão força, como eu posso aguentar a vontade de consumir “X”, ou “não vou deixar a vontade me vencer” ou “eu sou mais forte”.				
8	Pensou em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de consumir “X”				
9	Relaxou ou meditou para diminuir a vontade de consumir “X”				
10	Tentou sair da situação que te trouxe a vontade de consumir “X”				
11	Disse às pessoas “eu não estou usando” e recusou a oferta de “X”				
12	Tentou resolver uma discussão quando ela te levou a ter vontade de consumir “X”				
13	Tentou resolver um problema quando ele te levou a ter vontade de usar				

	Com que frequência você...	0 Nunca	1 Poucas Vezes	2 Muitas vezes	3 Sempre
14	Foi a uma reunião de grupo (A.A. ou N.A.) ou ligou para um padrinho do grupo de apoio que você faz parte				
15	Encontrou ou ligou para alguém que sempre te ajuda a ficar sem "X" (alguém que não seja do tratamento ou do grupo de apoio A.A/ N.A)				
16	Desafiou seus pensamentos sobre querer consumir "X"				
17	Usou uma estratégia espiritual como rezar/orar, pedir para Deus ou para um poder superior				
18	Pensou sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de consumir "X"				
19	Xingou a si mesmo uma maneira de diminuir a vontade de consumir "X"				
20	Disse para você mesmo que não iria usar sem tentar fazer alguma coisa para diminuir a vontade de consumir "X"				