

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

JÚLIA MILHOMENS DE SOUSA

**CONFIRMAÇÃO DA ESTRUTURA FATORIAL DO QUESTIONÁRIO DE
ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS À FISSURA (USSQ)**

São Luís

2018

JÚLIA MILHOMENS DE SOUSA

**CONFIRMAÇÃO DA ESTRUTURA FATORIAL DO QUESTIONÁRIO DE
ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS À FISSURA (USSQ)**

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

Orientador: Prof. Dr. Lucas Guimarães
Cardoso de Sá

São Luís

2018

JÚLIA MILHOMENS DE SOUSA

**CONFIRMAÇÃO DA ESTRUTURA FATORIAL DO QUESTIONÁRIO DE
ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS À FISSURA (USSQ)**

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

Orientador: Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá (Orientador)

Prof. Dr. Tony Nelson (Banca Examinadora)

Prof. Dra. Ana Beatriz Rocha Lima (Banca Examinadora)

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)
autor(a). Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Milhomens de Sousa, Júlia.

CONFIRMAÇÃO DA ESTRUTURA FATORIAL DO
QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS À FISSURA
USSQ / Júlia Milhomens de Sousa. - 2018.

82 f.

Orientador(a): Lucas Guimarães Cardoso de Sá.
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Adição. 2. Enfrentamento. 3. Normas.
4. Precisão. 5. Validade. I. de Sousa,
Júlia. II. Guimarães Cardoso de Sá, Lucas.
III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Vera e Júlio, por toda dedicação durante minha vida, em diversos aspectos, e por não medirem esforços em me proporcionar à melhor educação possível. Aos meus irmãos, Bruna e Júnior, por estarem comigo em todos os momentos que precisei. Obrigada por tudo o que vocês fazem para me ver bem, feliz e realizada.

Ao Lucas Aranha, por todo amor, carinho, atenção, paciência e apoio que dedica a mim. Obrigada por ser essa pessoa incrível e admirável que está sempre ao meu lado. À Juliana Bogéa e Luanda Queiroz por serem as melhores amigas que eu poderia ter encontrado nesse curso. Obrigada por me acompanharem nessa trajetória e por dividirem comigo os momentos de alegria e de angústia.

Agradeço também à Thaís Jansen, Ana Beatriz Adler, Felipe Fook, Amanda Drumont, Beatriz Oliveira, Larissa Dias e Flávia Haidar (que colaborou para minha coleta de dados) por também me acompanharem durante esses anos. Aprendi muito com cada um de vocês e todos me marcaram de alguma forma.

Ao Prof. Lucas Sá, por além de me orientar neste trabalho, me deu a oportunidade de participar de projetos de extensão e Iniciação Científica, colaborando significativamente para minha formação. Além disso, agradeço toda atenção e cuidado que dedicou a mim durante a graduação. Às professoras Catarina Malcher, Nádia Prazeres e Holga Gomes, por serem minhas modelos na Análise do Comportamento. Obrigada por todos os ensinamentos durante estágio e grupos de estudo e pesquisa. Vocês têm minha total admiração!

Por fim, agradeço ao Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (esferas municipal e estadual) por terem possibilitado a coleta de dados, e à Flávia Haidar e Vanessa Martins pela colaboração durante essa etapa.

RESUMO

O modelo de Prevenção de Recaída (PR) tem como principal objetivo proporcionar a prevenção de uma recaída completa a partir de estratégias para promoção e manutenção da abstinência de substâncias psicoativas, independentemente dos fatores de risco iminentes. Baseado em abordagens teóricas cognitivo-comportamentais, este modelo sugere que o conjunto de estratégias, tanto cognitivas quanto comportamentais, utilizadas pelo indivíduo em situações estressoras ou de risco, é uma variável imprescindível para alcançar o objetivo proposto. Essas estratégias são resultado do repertório de habilidades de enfrentamento do indivíduo e podem ser divididas em antecipatórias, imediatas e restauradoras. Nessa perspectiva, aponta-se para uma escassez de instrumentos psicológicos que avaliem o repertório de habilidades de enfrentamento no contexto brasileiro. Assim, este estudo teve como objetivo adicionar informações de qualidade psicométrica ao Questionário de Estratégias Específicas à Fissura (USSQ) a partir de investigações sobre evidências de validade de conteúdo, evidências de validade baseada na estrutura interna, evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, estudos de precisão e estabelecimento de normas para interpretação dos resultados. Para tanto, foram realizados três estudos. O Estudo 1 contou com 11 profissionais na função de juízes especialistas e 200 pessoas que estavam em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) estadual na cidade de São Luís-Maranhão. O Estudo 2 teve como participantes 178 pessoas que estavam em tratamento nos CAPS-AD das esferas estadual e municipal, e o Estudo 3 foi realizado com os participantes dos dois estudos anteriores em conjunto. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de caracterização geral, *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), *Urge Specific Strategies Questionnaire* (USSQ), Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório – Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), *Major Depression Inventory* (MDI) e *Depression, anxiety and stress scale* (DASS). Os resultados das análises de validade de conteúdo permitiram a realização da Análise Fatorial Confirmatória do USSQ que indicou o modelo de 11 itens como o que melhor se ajusta aos dados. Os índices de ajuste encontrados foram $X^2=125,89$ ($p=0,001$), $X^2/g.l.=2,86$, $RMSEA=0,10$ (intervalo de confiança entre 0,08 e 0,12), $CFI=0,85$, $PGNFI=0,48$ e $PNFI=0,74$, com lambdas superiores a 0,35. Nos estudos de precisão, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,78, e a confiabilidade composta de 0,84. Sobre as análises de validade convergente, foram encontradas correlações fortes entre o USSQ e os fatores 1 e 3 do IDHEA-AD e correlação fraca entre o USSQ e o MDI. Não houve correlação significativa entre USSQ e DASS. Na análise de validade de critério, também não houve relação entre o USSQ e o envolvimento com a substância. Por sua vez, o valor da variância média extraída foi de 0,33, estando abaixo do recomendado. No terceiro estudo foram estabelecidas as normas para interpretar e classificar os resultados obtidos pelo teste. A partir dos resultados, conclui-se que o instrumento apresenta propriedades psicométricas apenas razoáveis até o momento, especialmente em relação à validade, o que indica a necessidade de mais estudos psicométricos e elaboração de novos instrumentos que avaliem as habilidades de enfrentamento levando em consideração o contexto situacional-cultural da dependência de substâncias no Brasil.

Palavras-chave: Enfrentamento. Precisão. Validade. Normas. Adição.

ABSTRACT

The main goal of the Relapse Prevention (PR) model is to provide the prevention of a complete relapse through strategies to promote and maintain abstinence from psychoactive substances, regardless of the imminent risk factors. Based on cognitive-behavioral theoretical approaches, this model suggests that the set of strategies, both cognitive and behavioral, used by the individual in stressful or risky situations, is an essential variable to reach the proposed goal. These strategies are a result of the individual skills set and can be divided into anticipatory, immediate and restorative. In this perspective, there is a lack of psychological instruments that evaluate the skills set in the Brazilian context. Thus, this study aimed to add psychometric quality information to the Fissure-Specific Strategies Questionnaire (USSQ) about investigations of evidence of content validity, evidence of internal structure-based validity, evidence of relationships with external variables – based validity, precision studies and establishment of standards for interpretation of results. Therefore, three studies were carried out. Study 1 had 11 professionals in the role of expert judges and 200 people who were being treated at the State Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS-AD) in the city of São Luís-Maranhão. Study 2 had 178 participants who were being treated in CAPS-AD at the state and municipal levels, and Study 3 was conducted with participants from the two previous studies together. The instruments used were: General Characterization Questionnaire, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Urge Specific Strategies Questionnaire (USSQ), Inventory of Anticipatory Coping Skills - Alcohol and Other Drugs (IDHEA-AD) (MDI) and Depression, anxiety and stress scale (DASS). The results of the content validity analyzes allowed the accomplishment of the Confirmatory Factor Analysis of the USSQ that indicated the 11 items model as the one that best fits the data. The adjustment indices found were $X^2 = 125.89$ ($p = 0.001$), $X^2 / gl = 2.86$, RMSEA = 0.10 (confidence interval between 0.08 and 0.12), CFI = 0.85, PGNFI = 0.48 and PNFI = 0.74, with lambdas higher than 0.35. In the precision studies, the Cronbach's alpha value was 0.78, and the composite reliability was 0.84. On the convergent validity analyzes, strong correlations were found between the USSQ and factors 1 and 3 of the IDHEA-AD and weak correlation between the USSQ and the MDI. There was no significant correlation between USSQ and DASS. In the criterion validity analysis, there was also no relationship between the USSQ and the involvement with the substance. In turn, the mean value of the extracted variance was 0.33, being below the recommended value. In the third study the norms were established to interpret and classify the results obtained by the test. From the results, it is concluded that the instrument has only reasonable psychometric properties to date, especially regarding the validity, which indicates the need for more psychometric studies and the development of new instruments that assess coping skills taking into account the context of substance dependence in Brazil.

Keywords: Coping. Precision. Validity. Standards Addition.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 Álcool, maconha e crack: características e dados epidemiológicos.....	14
2.2 A teoria da Prevenção de Recaída.....	18
2.3 Estudos sobre Habilidades Sociais e de Enfrentamento em usuários de substâncias psicoativas.....	22
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
ESTUDO 1.....	31
5 MÉTODO.....	31
5.1 Participantes.....	31
5.2 Local.....	32
5.3 Instrumentos.....	32
5.4 Procedimentos.....	33
5.4.1 De coleta de dados.....	33
5.4.2 De análise de dados.....	33
6 RESULTADOS.....	36
ESTUDO 2.....	45
7 MÉTODO.....	45
7.1 Participantes.....	45
7.2 Local.....	45
7.3 Instrumentos.....	45
7.4 Procedimentos.....	46
7.4.1 De coleta de dados.....	46
7.4.2 De análise de dados.....	46
8 RESULTADOS.....	47
ESTUDO 3.....	48
9 MÉTODO.....	48
9.1 Participantes.....	48
9.2 Local.....	48
9.3 Instrumentos.....	49
9.4 Procedimentos.....	49
9.4.1 De coleta de dados.....	49
9.4.2 De análise de dados.....	49
10 RESULTADOS.....	50
11 DISCUSSÃO.....	52
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS.....	69
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	70
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75

ANEXO C – Questionário de Caracterização Geral.....	77
ANEXO D - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).....	78
ANEXO E - Urge Specific Strategies Questionnaire (USSQ)	79
ANEXO F - Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório – Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD)	80
ANEXO G - Major Depression Inventory (MDI).....	84
ANEXO H - Depression, anxiety and stress scale (DASS).....	85

1 INTRODUÇÃO

Os antecedentes históricos da dependência de substâncias químicas apontam que esse conceito é relativamente recente se levado em consideração o fato de que tais substâncias são consumidas pela humanidade há milênios. A partir das grandes transformações econômicas, como as tecnologias agrícolas e as grandes navegações, as substâncias químicas começaram a ser comercializadas em larga escala. No caso das bebidas alcoólicas, por exemplo, estas passaram a ser produzidas com maiores concentrações de álcool, e teve como consequência o consumo mais intenso e abusivo (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

Segundo Perrenoud e Ribeiro (2011), a partir da Revolução Industrial e da Revolução Científica, os princípios ativos das substâncias foram isolados e comercializados em farmácias. Assim, a disponibilidade de substâncias somada ao inchaço das cidades, pessoas desempregadas e situações de pobreza, contribuiu para a disseminação e consequentes problemas com o consumo de substâncias psicoativas, principalmente álcool, opiáceos e cocaína.

A partir desse apanhado histórico, é necessário compreender o que é uma substância psicoativa, quais seus efeitos e classificações. Dalgalarrondo (2008) a define como qualquer substância química que, ao ser utilizada, altera uma ou mais funções do Sistema Nervoso Central (SNC). Ao serem consumidas em excesso, as substâncias psicoativas ativam o sistema de recompensa do cérebro, reforçando determinados comportamentos, aliviando a dor e produzindo sensações prazerosas (APA, 2014; FONSECA; LEMOS, 2011).

De acordo com seus efeitos sobre o SNC, essas substâncias são classificadas pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD, 2013), podendo ser depressoras, estimulantes ou perturbadoras. O primeiro grupo engloba substâncias como álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos, solventes/inalantes. As drogas dessa categoria tendem a reduzir a atividade motora, reatividade à dor e a ansiedade, com efeito inicial geralmente euforizante, seguido por um estado de sonolência.

Por outro lado, as substâncias estimulantes são aquelas que aumentam o estado de alerta, podendo causar insônia e aceleração dos processos psicológicos. Esse grupo de substâncias envolve a cocaína, nicotina, anfetaminas e cafeína. Por último, as substâncias perturbadoras, que englobam os derivados da *cannabis* (por exemplo, a maconha), derivados indólicos (plantas e cogumelos), sintéticos (LSD e ecstasy) e anticolinérgicos (UNIAD, 2013).

Indivíduos, ao longo de sua vida, influenciados por fatores de risco e de proteção, podem desenvolver um padrão de consumo particular de uma ou mais substâncias

(MARQUES; RIBEIRO, 2006). Por conseguinte, considera-se que há uma linha tênue entre o envolvimento de cada sujeito com determinada droga, de forma que se faz necessário uma distinção entre padrão de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Define-se o uso como qualquer consumo da substância, seja ele esporádico, episódico ou com a finalidade de experimentar. Quando o consumo ocorre em maiores doses e com maior frequência, e está associado a riscos para a saúde física e/ou psicológica do indivíduo, fala-se em padrão de abuso da droga (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004; MARQUES; RIBEIRO, 2006).

Segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o diagnóstico de dependência, ou transtorno relacionado ao uso de substâncias, é baseado em quatro grupos de critérios diagnósticos principais. O primeiro refere-se ao baixo controle sobre o uso da substância, em que o usuário consome a droga em maior quantidade ou por um período maior do que o pretendido originalmente, além de expressar desejos de reduzir ou regular o uso, mas tendo seus esforços malsucedidos. Ademais, o indivíduo dedica muito tempo na busca e consumo da substância, e para se recuperar de seus efeitos. Ainda relacionado a este critério, pode ocorrer *craving* ou fissura (APA, 2014), abordado de forma mais detalhada no tópico seguinte.

O segundo grupo de critérios diz respeito ao prejuízo social, em que o indivíduo continua o uso da substância ainda que apresente problemas sociais causados ou exacerbados por ela. Dessa maneira, o consumo continuado da substância pode reduzir a frequência com que se engaja em eventos sociais importantes, como deixar de cumprir seus deveres no trabalho, na escola ou em casa. O terceiro grupo de critérios é aquele em que o uso da droga oferece riscos à integridade física do indivíduo, e, ainda que ele esteja ciente de tais riscos, segue com o consumo (APA, 2014).

Por fim, o último grupo são os critérios farmacológicos, que englobam a tolerância e a síndrome de abstinência. A tolerância consiste na diminuição do efeito de uma substância devido a administrações repetidas, de forma que o usuário necessita de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito. Por sua vez, a síndrome de abstinência é decorrente das concentrações de uma substância no sangue ou no tecido de um indivíduo que manteve uso pesado e contínuo da droga, de maneira que a maioria dos usuários sente a necessidade de consumi-la novamente para aliviar os sintomas (APA, 2014; DALGALARRONDO, 2008; FONSECA; LEMOS, 2011), que são, em geral, o reverso ao efeito da droga (FONSECA; LEMOS, 2011).

No caso da síndrome de abstinência de álcool (SAA), o quadro clínico inclui ansiedade, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial, insônia, náuseas, entre outros (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). De acordo com o DSM-5, os sintomas de síndrome de abstinência variam de uma classe de substâncias para outra (APA, 2014). Portanto, como exposto, cada substância age de maneira distinta no organismo e cada indivíduo pode desenvolver uma maneira particular de envolvimento com determinada droga.

Nota-se que a mesma substância psicoativa que pode ser utilizada com uso moderado é a mesma que pode trazer diversos malefícios para a vida do indivíduo, a depender do seu envolvimento com ela. Esses malefícios podem ser observados tanto em relação à saúde física e psicológica do usuário quanto aos aspectos relacionados com os demais âmbitos de sua vida, como familiar, social e profissional. Logo, é imprescindível apontar abordagens eficazes para o tratamento da dependência de substâncias, e, dentre as descritas na literatura, destacam-se: intervenções breves, treinamento de habilidades sociais, entrevista motivacional, prevenção de recaída, abordagem de fortalecimento comunitário, contrato terapêutico, entre outras (BONADIO; FIGLIE, 2007).

Contudo, todo planejamento da intervenção depende de um processo de avaliação psicológica que pode incluir o uso de instrumentos de medida, que devem ter sua qualidade técnico-científica avaliada e aprovada pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Neste trabalho será abordada a Teoria de Prevenção da Recaída e sua relação com as Habilidades Sociais e de Enfrentamento como aparato teórico para compreensão e investigação das propriedades psicométricas do Urge Specific Strategies Questionnaire (USSQ), em português, “Questionário de Estratégias Específicas a Fissura”. Isto se justifica pelas regras estabelecidas pelo CFP para qualificar os instrumentos utilizados pelos profissionais, enfatizando-se a Resolução 009/2018 que descreve uma série de critérios sobre o processo de elaboração, comercialização e utilização de instrumentos psicológicos para que possam ser reconhecidos pela comunidade acadêmica e profissional (CFP, 2018).

Alerta-se que, segundo o jornal Folha de São Paulo (2018), o Governo Federal engavetou um levantamento realizado com 17 mil pessoas sobre hábitos de uso de drogas. Nesse estudo, foram encontrados dados sobre uso pesado de substâncias, envolvimento com a violência, saúde física e psicológica e relações familiares e sociais. Considera-se que tais pesquisas são imprescindíveis para a formulação de políticas públicas, e a ausência de estudos prejudica a discussão de quais estratégias e programas são necessários para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Além disso, em revisão sistemática conduzida por Morero, Bragagnollo e Santos (2018) sobre os instrumentos utilizados para avaliar as estratégias de enfrentamento no contexto brasileiro, observou-se uma escassez na sua disponibilidade, encontrando apenas dois instrumentos validados (Escala Modo de Enfrentamento de Problemas e Inventário de Estratégias de *Coping*), e que não avaliam o enfrentamento especificamente no contexto da dependência de substâncias. Por conseguinte, evidencia-se a necessidade de maiores estudos sobre instrumentos que avaliam as estratégias de enfrentamento, possibilitando o planejamento de intervenções mais efetivas nesse contexto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Álcool, maconha e crack: características e dados epidemiológicos

Os problemas relacionados aos transtornos por uso de álcool podem variar desde o universitário com padrão de beber pesado que falta a aula até o indivíduo com alcoolismo crônico que sofre as diversas consequências da bebida, tanto em termos sociais quanto em relação à saúde. Dessa forma, alerta-se que esse transtorno pode afetar indivíduos de qualquer grupo sociodemográfico, étnico ou ocupacional (MCCRADY, 2016). Nesse sentido, aponta-se que 10 a 12% da população mundial é dependente de álcool e, por isso, o uso abusivo de bebidas alcoólicas tornou-se um problema de saúde pública em todo o mundo (DÉA et al., 2004).

O álcool age inicialmente como estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), causando sensações como euforia, desinibição, sociabilidade, prazer e alegria. Em um segundo momento, essa droga é responsável pela lentificação psicomotora, redução dos reflexos, sonolência e prejuízo da capacidade de concentração e raciocínio, sendo, por isso, classificada como uma substância depressora (SENAD, 2014).

Distinguem-se duas dimensões relacionadas ao consumo de álcool: a dependência e os problemas decorrentes do uso e/ou abuso dessa substância (LARANJEIRA; JERÔNIMO, 2014). A dependência de bebidas alcoólicas é diferente de o indivíduo, por ter bebido, envolver-se em comportamentos de risco ou socialmente inadequados. Portanto, há casos em que a pessoa não preenche critérios para dependência, mas apresenta comportamentos problemáticos decorrentes do consumo de álcool, como absenteísmo no trabalho por “ressaca”, violência doméstica e beber e dirigir (FLIGIE; LARANJEIRA; BORDIN, 2004; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Em estudo realizado na cidade de São Paulo, por exemplo, verificou-se que, entre 2006 e 2008, 56% dos motoristas que morreram em acidentes de trânsito haviam consumido bebidas alcoólicas (SENAD, 2014).

Castroand et al. (2012) conduziram estudo acerca da prevalência do padrão *binge* de beber (consumo de cinco ou mais doses de álcool para homens ou quatro ou mais doses para mulheres em um intervalo de duas horas) em uma amostra de 3007 brasileiros. A partir dos dados obtidos em análise multivariada, constatou-se que os homens se engajaram 2,9 vezes mais que as mulheres no padrão de beber *binge* no ano anterior à realização da pesquisa. Ademais, também nesse período, os dados indicaram que os participantes com idade entre 18 e 44 anos se engajaram quatro vezes mais nesse padrão de consumo quando comparados com adolescentes. Também foi encontrado maior envolvimento no padrão *binge* em indivíduos solteiros. Segundo os autores, tal padrão de consumo expõe os indivíduos a vários riscos,

como problemas físicos de saúde, sexo desprotegido, gravidez indesejada, overdose, violência (incluindo violência doméstica), homicídios, acidentes de carro, entre outros.

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que o consumo de álcool é responsável por 4% das mortes no mundo inteiro (WHO, 2011). No Brasil, segundo dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado em 2007, 11,7 milhões de pessoas são dependentes de álcool no país. Além disso, 90% das internações devido ao uso de drogas foram por dependência de álcool, sendo a maioria dos usuários homens, entre 31 e 45 anos (SENAD, 2014).

Além do consumo do álcool, destaca-se também o consumo de substâncias consideradas ilícitas no país. Dentre elas, a maconha aparece em primeiro lugar, atingindo cerca de 144 milhões de pessoas (MARQUES; RIBEIRO, 2006). A maconha é uma planta conhecida cientificamente como *Cannabis sativa* que produz uma substância denominada tetra-hidro-canabinol (THC), a principal responsável por seus efeitos. Portanto, o efeito da droga no Sistema Nervoso Central depende da quantidade de THC encontrada na maconha, da sensibilidade do organismo, da quantidade que é consumida, do envolvimento do indivíduo e do ambiente. Os efeitos esperados são: leve estado de euforia e relaxamento, mudança nas percepções relacionadas a sexo, paladar e música, e prolongamento da percepção do tempo. Além disso, geralmente é a causa de risos imotivados e pode fazer com que o usuário fale mais que o habitual. Os seus efeitos em outras partes do corpo são: himeremia conjuntival (olhos vermelhos), boca seca (diminuição da produção de saliva) e taquicardia (OBID, sem data).

Ressalta-se que não há registro de morte por intoxicação dessa substância, já que para isso seria necessária uma dose 1000 vezes maior que a usual (SENAD, 2014). Contudo, o seu consumo pode desencadear quadros ansiosos, como ataques de pânico, e sintomas psicóticos. Nessa perspectiva, alerta-se que a maconha também pode ser um fator desencadeador de esquizofrenia em sujeitos predispostos, o que justifica uma orientação necessária para esses indivíduos e seus familiares. Ademais, evidencia-se que o seu uso prolongado pode causar prejuízos nos mecanismos de atenção e memória (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2005).

Entre os anos de 2004 e 2010, em levantamento realizado entre universitários, o uso da maconha no mínimo uma vez por mês foi relatado por 13,8% dos participantes. No que diz respeito à população adulta, 5,8% de indivíduos relataram ter feito uso da maconha pelo menos uma vez na vida (OBID, sem data). Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, no ano de 2012, noticiam que 7% dos adultos brasileiros já experimentaram maconha

(SENAD, 2014) e, embora o contingente de usuários tenha aumentado nos últimos anos, ela não é a substância com maior demanda para tratamento (ZANELATTO, 2007).

Entre as substâncias que aparecem com alta demanda para tratamento, em vista do crescente consumo no país, destaca-se o crack. De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 108 cidades do país, relatos acerca do uso de crack na vida foi apontado entre homens de 25 a 34 anos, consistindo em 3,2% da população adulta (SENAD, 2014). O crack consiste em uma forma distinta de utilizar a cocaína: a partir do fumo.

Quando a droga é fumada, isso faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente após o uso, produzindo um efeito explosivo, descrito pelos usuários como uma sensação de prazer intenso. [...] A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita sensação de bem-estar seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga (SENAD, 2014, p. 86).

Portanto, é uma droga com alta probabilidade de gerar dependência e maiores níveis de fissura. Em geral, o usuário de crack leva um estilo de vida que negligencia as necessidades corporais, registrando-se que a maior parte dos usuários transitam pelas periferias das cidades ou nas chamadas crackolândias, onde podem encontrar a droga com maior facilidade e baixo custo (VASCONCELOS, 2012).

No Brasil, as principais características do usuário de crack são apontadas por Pulcherio et al. (2010): homem, jovem, baixo nível educacional, com piores índices sociais e de saúde, maior envolvimento com a criminalidade e a ocorrência da troca de sexo pela droga ou dinheiro para consumi-la. Quanto à troca de sexo por droga, estudos apontam que usuários de crack em situação de rua apresentam taxas de infecção por HIV de 3,7% no Rio de Janeiro e 11,2% em Salvador, enquanto que na população em geral essa taxa é menor que 1% (SENAD, 2014). É importante acrescentar que os usuários de crack no Brasil apresentam uma diferença em relação aos usuários de outros países: enquanto em outros países as principais causas de morte entre os usuários são complicações cardiovasculares e cardiopatias, no Brasil, a principal causa é o suicídio (PULCHERIO et al., 2010). Esse dado acrescenta mais justificativas para a oferta de tratamentos eficazes e ao alcance dessa população no país.

Nessa perspectiva, alguns usuários, além de se enquadrarem no diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, também podem preencher características diagnósticas para outros transtornos. Dentre eles, destaca-se a presença de sintomas depressivos e ansiosos (APA, 2014), que devem ser avaliados com o objetivo de planejar uma reabilitação global para o indivíduo, não enfatizando exclusivamente o seu

envolvimento com a substância. Assim, o DSM-5 aponta o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno de Ansiedade Generalizada como quadros comórbidos aos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (APA, 2014).

Em geral, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior é realizado quando o indivíduo apresenta 5 ou mais dos seguintes critérios no período de duas semanas: 1) humor deprimido na maior parte do dia; 2) diminuição ou perda de interesse nas atividades diárias; 3) perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; 4) insônia ou hipersonia; 5) agitação ou retardo psicomotor; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; 8) dificuldade de concentração; e 9) pensamentos recorrentes de morte. Caso preencha os critérios, esses sintomas devem estar causando sofrimento significativo à vida do indivíduo para que seja considerado o referido diagnóstico (APA, 2014).

Quanto ao Transtorno de Ansiedade Generalizada, este diagnóstico é realizado quando o indivíduo sente-se ansioso e preocupado excessivamente na maioria dos dias e em diversos contextos, por pelo menos seis meses. Além disso, o indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação, e tal preocupação está associada a pelo menos 3 dos seguintes sintomas: 1) inquietação; 2) fadigabilidade; 3) dificuldade de concentração; 4) irritabilidade; 5) tensão muscular; e 6) perturbação do sono, causando prejuízos significativos na vida e funcionamento social do indivíduo (APA, 2014).

Estudo conduzido por Silva et al. (2009) aponta que comorbidades psiquiátricas associadas aos transtornos por uso de substâncias são frequentes. No referido estudo, 83,9% de uma amostra de 31 pacientes com diagnóstico de dependência de álcool e/ou cocaína/crack apresentaram outro transtorno concomitante, sendo de maior ocorrência o Transtorno Depressivo Maior (25,8%). Corroborando esses achados, em estudo similar, Scheffer, Pasa e Almeida (2010) encontraram a ocorrência de episódios de depressão maior com frequência de 52,9% em 17 usuários de crack/cocaína, e 66,7% em 15 usuários de álcool. Além disso, o risco de suicídio foi encontrado em 41,2% no primeiro grupo e 66,7% no segundo.

Além de depressão e ansiedade, a dependência de substâncias psicoativas também pode estar relacionada ao estresse. Rocha et al. (2013) conduziram estudo que aponta que eventos estressantes precoces, como abuso sexual, violência doméstica e abandono na infância, podem aumentar a vulnerabilidade ao uso de drogas. Além disso, os autores argumentam que o estresse pode funcionar como gatilho que elicia a fissura. Portanto, sugerem que o alto nível de estresse está relacionado à maior probabilidade de recaída. Por conseguinte, apontam que a evitação e o enfrentamento de situações estressoras favorecem a manutenção da abstinência.

Dessa forma, o caráter crônico e heterogêneo da dependência de substâncias, assim como as características dos usuários, faz com que haja necessidade de busca por um tratamento que englobe abordagens diversificadas, com o intuito de prestar serviço eficaz às diversas demandas trazidas pelos indivíduos acometidos por esse transtorno. Nessa perspectiva, diversas críticas vêm sendo feitas à maneira como a dependência química é avaliada e tratada, salientando a necessidade de modelos de tratamento cujas estratégias tenham caráter contínuo, que busquem tanto a redução do sintoma primário quanto a reabilitação global do indivíduo (BONADIO; FLIGIE, 2007).

2.2 A Teoria da Prevenção de Recaída

Na década de 1980, Alan Marlatt propôs o modelo de Prevenção de Recaída (PR), que consiste em um programa de autogestão desenvolvido com o objetivo de estimular a etapa de manutenção da abstinência durante o processo de mudança de comportamento (JUNGERMAN, 2007). A PR engloba a identificação de situações de alto risco e estimula o uso de estratégias de enfrentamento com o intuito de prevenir as recaídas (MARLATT; WITKIEWITZ, 2008).

Marlatt e Witkiewitz (2008) apontam dois objetivos principais da prevenção de recaída. Primeiro, a prevenção de lapsos iniciais e manutenção da abstinência ou das metas de tratamento de redução de dano¹. O segundo objetivo é que, caso ocorra o lapso, deve-se promover o uso de estratégias para manejá-lo, evitando uma recaída. Portanto, “O objetivo fundamental é proporcionar habilidades de prevenção de uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes” (MARLATT; WITKIEWITZ, 2008, p. 15).

A recaída não deve ser compreendida como um fato isolado, mas sim um processo que engloba o encadeamento de diversas atitudes, pensamentos e sentimentos que aparentemente são insignificantes (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012), sendo por isso importante auxiliar o indivíduo a identificar tais fatores de risco. Nesse sentido, as principais teorias acerca do processo de recaída sugerem que esta é um processo multidimensional e dinâmico, o que justifica o esclarecimento dos principais determinantes do lapso e da recaída, dividindo-os em dois grupos: determinantes intrapessoais e interpessoais (MARLATT; WITKIEWITZ, 2008).

¹ Segundo Donovan e Marlatt (2009) há uma distinção conceitual entre lapso e recaída. O primeiro diz respeito ao uso inicial de uma substância após um período de abstinência, enquanto o segundo trata do uso continuado da substância após esse lapso inicial, podendo ser um retorno ao padrão de consumo.

Entre os determinantes intrapessoais estão: 1) a autoeficácia, que diz respeito ao grau de confiança que o indivíduo tem para se comportar de determinada forma em um ambiente específico; 2) expectativas de resultados, que se refere à antecipação dos efeitos que o indivíduo espera conseguir a partir do consumo de uma substância; 3) motivação, que pode ser motivação para a mudança ou motivação para o uso; 4) enfrentamento, que inclui um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais presentes no repertório do indivíduo que podem ser utilizadas para lidar com situações de alto risco ou obter gratificação; 5) estados emocionais, tendo em vista que, muitas vezes, o consumo de substâncias proporciona alívio de emoções desagradáveis; e 6) a fissura, que pode estar relacionada a maneira como o indivíduo reage aos estímulos condicionados a uma substância (MARLATT; WITKIEWITZ, 2008).

Quanto aos determinantes interpessoais, Marlatt e Witkiewitz (2008) enfatizam o papel fundamental do apoio social. Nessa perspectiva, apontam que o apoio social positivo é preditivo de índices de abstinência de longo prazo. Em contrapartida, o apoio social negativo, tomando a forma de conflitos interpessoais, associado com pressão social para consumo de substâncias, está relacionado a um maior risco de recaída.

O processo de recaída é sintetizado por Sakiyana, Ribeiro e Padim (2012) da seguinte forma: o indivíduo em abstinência vivencia uma sensação de autoeficácia, ou seja, ele sente que está no controle da situação. Quando se depara com situações de alto risco (que pode ser uma experiência, emoção, local, pensamentos e/ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de o indivíduo engajar-se em comportamentos que precipitam o uso da substância após período de abstinência), essa sensação de controle pode ficar abalada. Na vigência de uma situação de risco, a autoeficácia será fortalecida se o indivíduo emitir uma resposta cognitiva e/ou comportamental de enfrentamento para atender à exigência ambiental adequadamente. Por sua vez, a ausência de uma resposta de enfrentamento adequada pode diminuir a sensação de autoeficácia. E, seguindo esta cadeia de eventos, a autoeficácia diminuída aumenta a probabilidade de lapso que pode resultar em uma recaída completa.

Nesse processo, alerta-se para as decisões aparentemente irrelevantes (DAIs), que são parte de uma sucessão de eventos comportamentais que aumentam o risco de retorno ao consumo. Estas decisões podem ser, por exemplo, a escolha sobre qual caminho o indivíduo vai fazer para chegar em casa, se vai passar pela frente de um bar, e assim sucessivamente. Caso haja o retorno ao consumo da substância, o indivíduo pode vivenciar o efeito de violação da abstinência (EVA), caracterizada como uma sensação de derrota perante o fracasso em manter a abstinência (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012). Jungerman

(2013) salienta que quanto maior esses efeitos, maior a probabilidade de recaída, tendo em vista que os dois elementos principais presentes no EVA (sentimento de culpa e incapacidade de enfrentamento) podem ser associados com as sensações prazerosas relacionadas ao uso da substância.

No meio dessa cadeia de eventos, a fissura é um ponto chave para compreender os determinantes intrapessoais do processo de recaída. Dentre diversas definições, Marinho, Araújo e Ribeiro (2012) definem fissura como uma força, resultante de mecanismos neuronais e neuroendócrinos, em direção ao uso da substância, sendo eliciada por gatilhos ambientais e situações estressoras.

Nessa perspectiva, Monti et al. (2005) sugerem que as pessoas podem aprender métodos alternativos para enfrentar as exigências ambientais, inclusive as situações de estresse, sem recorrer ao consumo de substâncias. Portanto, o ensino de estratégias de enfrentamento é uma etapa importante para prevenir a recaída, destacando-se que a função do enfrentamento pode variar de acordo com o estágio do potencial processo de recaída e, por isso, pode ser dividido em antecipatório, imediato e restaurador (DONOVAN; MARLATT, 2009).

O enfrentamento antecipatório possibilita que o indivíduo tente prever as situações estressoras ou de alto risco e tente desenvolver estratégias para lidar ou enfrentar o estresse decorrente de tais situações. Dessa maneira, pode evitar a fissura e, por conseguinte, diminuir a probabilidade de recaída. O enfrentamento imediato, por sua vez, deve ser empregado quando a fissura já está presente e o indivíduo tem que utilizar as habilidades necessárias para lidar com os aspectos específicos das situações estressoras ou de alto risco. Por fim, o enfrentamento restaurador, são as habilidades utilizadas após um lapso, funcionando como uma maneira de amenizar os efeitos da violação da abstinência (EVA), diminuir a probabilidade de transição de um lapso para uma recaída, e, assim, proporcionar o retorno ao estado de abstinência (DONOVAN; MARLATT, 2009).

Com o exposto, compreende-se que um repertório de habilidades de enfrentamento adequado juntamente com altos níveis de autoeficácia está relacionado com a prevenção de uma situação de risco, o que diminui a probabilidade de ocorrer uma recaída (DONOVAN; MARLATT, 2009; ZANELATTO, 2013; ZANELATTO, SAKIYAMA, 2011). No modelo de prevenção de recaída, então, torna-se imprescindível avaliar os pontos fracos e fortes do repertório de enfrentamento do indivíduo, assim como averiguar a sua capacidade de elaborar estratégias para utilizar eficazmente as habilidades disponíveis (DONOVAN; MARLATT, 2009). Em síntese, esse modelo busca treinar o indivíduo a reconhecer e evitar situações de

risco, e ensinar formas alternativas para lidar com tais situações, sem recorrer ao uso da substância (JUNGERMAN, 2013).

Deve-se compreender, ainda, que o centro da dependência está na manutenção de comportamentos problemáticos, de forma que o tratamento não deve focar nas causas, mas buscar compreender a função dos comportamentos emitidos pelo indivíduo no presente e planejar as futuras mudanças. Para atingir esse objetivo, a PR utiliza tanto intervenções específicas quanto globais (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012).

As intervenções específicas envolvem a identificação das situações de alto risco a partir de um mapeamento de lugares, pessoas, emoções, pensamentos, etc., que precedem a fissura ou o consumo de determinada substância. Em suma, nessa etapa os indivíduos deverão conseguir identificar as situações de alto risco e os determinantes que aumentam a probabilidade de ocorrer recaída. Quanto às estratégias e intervenções globais, enfatiza-se a mudança no estilo de vida, em que os comportamentos relacionados com o uso da droga devem ser substituídos por aqueles associados com a abstinência, como novos hábitos e costumes saudáveis. Para atingir esse objetivo, o modelo sugere que adquirir um repertório de habilidades sociais adequado é fundamental para a formação de vínculos responsáveis, estáveis e seguros (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012).

Assim, em geral, as estratégias utilizadas pelo modelo de prevenção da recaída englobam o treinamento de habilidades sociais e mudanças no estilo de vida (JUNGERMAN, 2013). Conforme Zanelatto (2007), o comportamento socialmente habilidoso pode ser definido como um conjunto de comportamentos emitidos em um contexto interpessoal, em que o indivíduo é capaz de demonstrar sentimentos, desejos, opiniões e direitos de maneira adequada, aceitando que as outras pessoas emitam comportamentos similares.

Del Prette e Del Prette (2012) caracterizam o desempenho social como a emissão de comportamentos em determinada situação social, e as habilidades sociais são definidas, enquanto construto descritivo, como uma classe de comportamentos emitidos pelo indivíduo para lidar adequadamente com as demandas de uma situação interpessoal. Os autores também distinguem os termos habilidades sociais e competência social, compreendendo este último como um construto avaliativo. Dessa maneira, competência social é definida como a capacidade apresentada pelo indivíduo para atingir, ao mesmo tempo, a conquista de seus objetivos em dada situação interpessoal, manter ou melhorar sua relação com o interlocutor, manter ou melhorar a autoestima, e manter ou ampliar os direitos humanos socialmente reconhecidos.

Conforme Murta (2005), os programas de treinamento de habilidades sociais são apropriados para todos os níveis de atuação em saúde, minimizando fatores de risco e maximizando fatores de proteção ao desenvolvimento humano. Ademais, evidencia que déficits no repertório de habilidades sociais estão correlacionados com o abuso de drogas.

No contexto da dependência química, um repertório de habilidades sociais inadequado pode estar relacionado ao isolamento e/ou conflitos interpessoais, de forma a aumentar a probabilidade de uso de determinada substância. Dentre as principais dificuldades encontradas no repertório de habilidades de usuários de substâncias, destaca-se: lidar com sentimentos negativos, assertividade, fazer e receber críticas, comunicação, recusar droga, socialização, lidar com frustrações, adiar prazeres, reconhecer e enfrentar situações de risco e realizar planejamentos. Dessa forma, com o intuito de melhorar o funcionamento e a inserção social, o treinamento de habilidades sociais no contexto da prevenção de recaída torna-se imprescindível para que o indivíduo seja capaz de manejar assertivamente as situações cotidianas, especialmente as situações estressoras e precipitantes de recaídas, enfatizando-se a elaboração de estratégias de esquiva e recusa de substâncias (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012).

Portanto, as habilidades sociais e as de enfrentamento são relevantes para compreensão e tratamento da dependência química. Para maior aprofundamento acerca dessa relação, na próxima seção será apresentada uma revisão narrativa de estudos com dados de pesquisa, que investigam a relação das habilidades sociais e de enfrentamento em usuários de substâncias.

2.3 Estudos sobre habilidades sociais e de enfrentamento em usuários de substâncias psicoativas

Rangé e Marlatt (2008) salientam que diversos programas para o tratamento do alcoolismo têm como principal foco os fatores motivacionais, explicando aos usuários os motivos pelos quais eles devem manter a abstinência. Contudo, tais programas não ensinam para esses indivíduos um repertório de habilidades que possibilite a resolução de problemas, tendo em vista que os transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas geram prejuízos à saúde em geral, assim como produzem consequências negativas em diversos contextos, como no pessoal, social e profissional. Assim, serão abordados diversos estudos que investigam as habilidades sociais e de enfrentamento em usuários de substâncias psicoativas.

Coelho, Sá e Oliveira (2015) caracterizaram o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório de usuários de crack e descreveram as principais estratégias de enfrentamento utilizadas para manter abstinência. Para tanto, utilizou-se o Inventário de Enfrentamento Antecipatório para Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD), em que os participantes do estudo apresentaram um repertório médio inferior. Também utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado para que os participantes descrevessem as estratégias de enfrentamento que eles já utilizaram e, como resultado, foram criadas quatro categorias das principais estratégias descritas: “habilidades de enfrentamento assertivas e planos para situações de risco”, “expressão de sentimentos”, “autocontrole emocional” e “estratégias de evitação”. A partir desses achados, os autores indicam o treinamento de habilidades como uma forma de possibilitar aos usuários de crack a utilização de maior conjunto de estratégias de enfrentamento para lidar com situações de risco.

Nesse contexto, para compreender as fases de mudança de comportamento, Murta e Tróccoli (2005) caracterizam os estágios de mudança propostos pelo Modelo de Mudança Transteórico: 1) pré-contemplação, quando o indivíduo demonstra resistência em reconhecer que precisa mudar; 2) contemplação, sendo o momento no qual o indivíduo já tem consciência de que necessita mudar; 3) preparação, que envolve a tomada de decisão das atitudes necessárias que o levarão à mudança; 4) ação, na qual as mudanças estão ocorrendo entre um dia até seis meses; e 5) manutenção, em que, a partir dos seis meses, o trabalho é realizado em direção a consolidar a mudança e evitar recaídas. Com base nesse modelo, realizaram estudo de caso para investigar como uma amostra de 5 ex-alcoolistas (estavam na fase de manutenção) vivenciaram essas fases, enfatizando os eventos facilitadores e dificultadores do parar de beber, assim como as estratégias de enfrentamento utilizadas.

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado com treze questões, que tratavam desde o estágio de contemplação ao de manutenção. Constatou-se que em cada estágio havia eventos estressores distintos, de forma que demandavam estratégias de enfrentamento específicas. Além disso, os autores obtiveram dados que possibilitaram confirmar achados da literatura que indicavam que quanto melhor o enfrentamento, melhor a manutenção da mudança. Portanto, esse modelo poderia ser utilizado como ferramenta para delinear as principais estratégias de enfrentamento utilizadas em cada estágio (MURTA; TRÓCCOLI, 2005).

Em relação às habilidades sociais, Wagner e Oliveira (2007) realizaram revisão bibliográfica sobre HS e abuso de substâncias entre adolescentes. As autoras constataram, por um lado, a existência de déficits nessas habilidades, especialmente a dificuldade em recusar as

drogas. Por outro lado, as habilidades de resistência ao oferecimento de substâncias, a autoeficácia e a capacidade de tomada de decisões indicaram maior probabilidade para redução do consumo. Além disso, os autores descreveram estudos que apontaram que um repertório de habilidades sociais adequado aumenta os reforçadores das interações sociais. Em contrapartida, deficiências nessas habilidades podem aumentar a probabilidade de ocorrer o estresse, sendo este um fator de risco para uso de substâncias psicoativas, além de levar a dificuldades no enfrentamento de situações de risco à autoestima e a resolução de problemas. Dessa maneira, o jovem pode fazer uso das drogas como forma de fugir ou esquivar-se de eventos aversivos, ocasionando maiores problemas em seu desempenho social.

Assim, salienta-se que o abuso de álcool em indivíduos que apresentam déficits nas habilidades sociais estaria relacionado com a necessidade de enfrentar situações sociais que geram ansiedade. Além de diminuir a ansiedade, o álcool também pode ser uma estratégia de enfrentamento inadequada para reduzir a tensão e aumentar a afirmação social. Nesse sentido, sugere-se a inclusão do treinamento de habilidades sociais como ferramenta auxiliar no tratamento do alcoolismo (CUNHA et al., 2007).

Também com o objetivo de investigar as habilidades sociais em alcoolistas, assim como as crenças e expectativas pessoais em relação aos efeitos do uso do álcool, Cunha et al. (2007) aplicaram o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA), que avalia as expectativas pessoais sobre os efeitos positivos do consumo moderado de álcool e da tendência de usar outras drogas, em um grupo de 26 sujeitos diagnosticados como dependentes de álcool. Os resultados do estudo apontaram que o álcool é visto como um facilitador no desempenho social, de forma que os participantes acreditavam que essa substância os deixava mais confiantes e desinibidos, melhorando suas relações interpessoais e a forma como se percebiam (CUNHA et al., 2007).

Por sua vez, o IHS é um instrumento em forma de autorrelato, composto por 38 itens que descrevem situações sociais em diferentes contextos, com interlocutores distintos e habilidades variadas. Esses itens são divididos em 5 fatores: 1) enfrentamento e auto-afirmação com risco; 2) auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; 3) conversação e desenvoltura social; 4) auto-exposição a desconhecidos e situações novas; e 5) autocontrole da agressividade. Os resultados desse instrumento evidenciaram déficits mais evidentes em relação aos fatores 2 e 3, sugerindo-se a necessidade de Treinamento em Habilidades Sociais (CUNHA et al., 2007).

Cunha, Peuker e Bizarro (2012) realizaram estudo com o intuito de investigar a relação entre abuso ou dependência de álcool, incluindo padrão *binge*, e déficits em

habilidades sociais. Essa pesquisa foi realizada com uma amostra de 113 universitários de Porto Alegre (RS), com média de 24 anos de idade (DP=5,9), sendo 64,6% participantes do sexo feminino. Para tanto, foram aplicados um questionário com dados sociodemográficos, o IHS e o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), este último sendo um teste composto por 10 questões que dizem respeito ao uso de álcool pelo indivíduo no último ano, identificando usuários com consumo de risco, uso nocivo e dependência.

Em relação ao consumo de risco de álcool entre os participantes, o estudo constatou que o padrão *binge* obteve prevalência em 46% da amostra, enquanto o beber problemático prevaleceu em 26,5%. No que diz respeito ao escore total do IHS, 34,5% da amostra possui repertório elaborado de habilidades sociais, 36,3% possui bom repertório e 29,2% possui repertório abaixo da média, com indicação para Treinamento de Habilidades Sociais (THS). Ao relacionarem o beber problemático com o IHS total, 8,8% da amostra são bebedores problemáticos e possuem resultados do IHS abaixo da média, com indicação para THS. Ressalta-se que os maiores déficits nas HS foram encontrados nos fatores Enfrentamento com Risco (1) e Autoafirmação na Expressão de Afeto Positivo (2). Portanto, resultados da pesquisa realizada por Cunha, Peuker e Bizarro (2012) corroboram com as afirmações de diversos estudos que sugerem a utilização do THS como parte do tratamento e da prevenção a dependência de álcool.

Em contrapartida, resultados divergentes foram encontrados por Aliane, Lourenço e Ronzani (2006). Os autores buscaram comparar as habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool em uma amostra de 80 sujeitos. Dentre a amostra total, 40 participantes eram pacientes no Programa de Atenção à Dependência Química (PADQ) do SUS de Juiz de Fora, compondo o grupo dos dependentes. O grupo dos não dependentes também foi composto pela população clínica que estava em tratamento nas unidades básicas de saúde da cidade, e fizeram parte do grupo apenas aqueles que obtinham baixo consumo de álcool, seguindo o critério de classificação das zonas de risco do AUDIT. Para ambos os grupos foram aplicados um questionário de dados sociodemográficos e o IHS.

Os resultados dos escores totais do IHS mostraram que a média do grupo dos dependentes de álcool foi de 89,93 (DP=21,35), enquanto a do grupo dos não dependentes foi de 91,75 (DP=14,5). Contudo, ao aplicarem teste a fim de comparar as médias dos dois grupos, constatou-se não haver diferença significativa entre eles. Portanto, os autores apontam que esse estudo não foi suficiente para constatar a relação entre dependência de substâncias psicoativas e as habilidades sociais (ALINE; LOURENÇO; RONZANI, 2006).

Em contraste com esses achados, os estudos realizados por Wagner e Oliveira (2009) e Wagner et al. (2010), ao compararem o uso da maconha e as habilidades sociais em adolescentes, sinalizaram para o treinamento de habilidades sociais de adolescentes como fator de proteção ao uso dessa substância. Wagner e Oliveira (2009) aplicaram os seguintes instrumentos: IHS, *Screening* Cognitivo do WISC-III e do WAIS-III e Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck. A amostra da pesquisa foi constituída por 98 adolescentes, com 15 a 22 anos de idade, que foram divididos em grupos de usuários e não usuários de maconha. Os dois grupos foram homogêneos em relação às variáveis sexo, idade e nível socioeconômico. Todavia, foram encontradas diferenças significativas no *screening* cognitivo e nos sintomas de ansiedade e depressão, com maiores prejuízos no grupo de usuários de maconha. Nos resultados do IHS não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação ao escore total do instrumento. Contudo, as diferenças foram significativas em relação aos fatores 4 e 5 (autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade, respectivamente) (WAGNER; OLIVEIRA, 2009).

O estudo comparativo de Wagner e et al. (2010) corrobora com esses resultados, de forma que, ao compararem um grupo de adolescentes usuários de maconha com o de não usuários (15 participantes em cada grupo, todos de uma instituição de ensino pública do Estado do Rio Grande do Sul), encontraram diferenças estatisticamente significativas no fator 5 do IHS, ainda que não houvesse diferença significativa entre o escore total do instrumento entre os grupos. Este estudo também encontrou maiores prejuízos no grupo de usuários de maconha em relação aos aspectos cognitivos e aos sintomas indicativos de ansiedade e depressão a partir da aplicação do *Screenig* cognitivo das Escalas Weschler de Inteligência e dos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck.

Os achados sinalizam para um maior déficit relacionado com o autocontrole da agressividade, além da escassez de habilidades para lidar com as situações aversivas e para o enfrentamento de situações novas. Dessa forma, o uso de substâncias pode ser compreendido como uma estratégia não assertiva de enfrentamento para lidar com essas dificuldades, sendo, assim, justificado o treinamento de habilidades sociais como forma de estimular o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficazes entre os jovens (WAGNER; OLIVEIRA, 2009; WAGNER et al., 2010).

A possível eficácia do Treinamento de Habilidades Sociais para desenvolver comportamentos alternativos que poderiam reduzir o risco de recaída foi testada por Eriksen, Bjornstad e Gotestam (1986) em um grupo de 24 pacientes internados em um Centro de

Tratamento de Alcoolismo. O total de participantes foi dividido em dois grupos, em que um passou pelo THS e o outro, não (grupo controle). Ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa em relação às características entre os grupos, como escolaridade, estado civil, idade e sexo. Após 1 ano de alta, foi constatado que todos os participantes do grupo que passaram pelo THS beberam 143 dias após a alta, enquanto todos os participantes do grupo controle beberam após 31 dias. Assim, o tempo de abstinência entre os grupos é um indicativo da eficácia do THS como uma forma de prevenção da recaída.

Em relação às habilidades sociais e o uso do crack, Schneider e Andretta (2017) avaliaram a relação preditiva das HS e de variáveis sociodemográficas em 113 homens que foram divididos em dois grupos (G1-usuários de crack, e G2-não usuários de substâncias). Este estudo apontou que os homens que se declararam solteiros ou divorciados apresentaram maior probabilidade de pertencer ao G1 se comparados com aqueles que se declararam casados ou com união estável. Além disso, também foi evidenciada maior probabilidade de pertencer ao G1 os homens que tinham pelo menos um filho.

Em relação às HS, os comportamentos que caracterizam o enfrentamento com risco apareceram como preditivos para pertencer ao G1. Em relação a isto, Schneider e Andretta (2017) discutem que os participantes podem emitir respostas com a função de defender seus direitos, contudo não se sabe a forma como ocorre tal comportamento. Assim, enfatiza-se que comportamentos agressivos também podem configurar defesa de direitos pessoais, mas podem trazer consequências negativas a longo prazo. Além disso, o baixo repertório no fator conversação e desenvoltura social também apareceu como um preditor para pertencer ao grupo de usuários de crack, evidenciando a necessidade de que os programas de prevenção primária ao uso de substâncias englobem o ensino de habilidades de comunicação e civilidade.

Sá e Del Prette (2012) conduziram estudo utilizando o Método JT para analisar o impacto sobre o repertório de habilidades sociais de uma intervenção ambulatorial multicompetente para o tratamento de dependência de substâncias em uma amostra de 5 pacientes. Os resultados apontaram ausência de mudanças significativas entre o pré e o pós-teste, sugerindo que pessoas com dependência química podem possuir bom repertório de habilidades sociais mesmo antes da abstinência. Nesse sentido, um bom repertório dessas habilidades não significa, necessariamente, que uma pessoa consiga evitar o uso de álcool e outras drogas.

Tendo em vista a divergência desse resultado com as hipóteses teóricas encontradas na literatura sobre a relação entre déficits e recursos em HS e dependência química, Coelho e Sá

(2014) argumentam a necessidade de levar em consideração o contexto situacional-cultural e o papel de classes específicas de HS. Assim, é importante avaliar quais habilidades são importantes para cada indivíduo e quais são seus déficits, considerando o contexto em que cada um está inserido. Nessa perspectiva, os autores apontam que o mais adequado é considerar que pessoas com dependência de álcool e outras drogas “[...] podem apresentar déficits em classes específicas de habilidades sociais ou em contextos que envolvam diretamente o uso da substância” (COELHO; SÁ, 2014, p. 47), ao invés de fazer uma afirmação generalista de que necessariamente apresentam déficits em habilidades sociais.

Após revisão de alguns estudos sobre habilidades sociais e de enfrentamento no contexto da dependência química, bem como a compreensão acerca da teoria de prevenção de recaída, a seguir são apresentados os objetivos deste trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Apresentar informações sobre as propriedades psicométricas do Questionário de Estratégias Específicas à Fissura (USSQ).

3.2 Objetivos específicos

- Investigar evidências de validade de conteúdo;
- Confirmar evidências de validade baseada na estrutura interna;
- Verificar evidências de validade convergente;
- Verificar evidências de validade de critério concorrente;
- Realizar estudos de precisão;
- Estabelecer normas para interpretação dos resultados.

4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil (CAAE: 47551315.0.0000.5087) e aprovada em avaliação ética com parecer de número 1.304.309 (ANEXO A). Conforme exigências da Plataforma Brasil para realização de pesquisas com seres humanos, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) a todos os participantes da pesquisa, que leram e assinaram a concordância com o termo antes de começar a responder os instrumentos. O TCLE conta com informações acerca da justificativa, objetivos, riscos e benefícios do estudo, ressaltando-se que os dados estão mantidos em sigilo e que a participação foi voluntária.

ESTUDO 1

5 MÉTODO

5.1 Participantes

Para a análise teórica, visando atender o objetivo relacionado à validade de conteúdo, participaram 11 profissionais, especialistas em dependência de substâncias psicoativas, que exerceram a função de juízes. Para as demais análises, a amostra foi composta por 200 participantes que estavam em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), localizado no município de São Luís – Maranhão. A média de idade foi de 35,29 anos (DP = 26,71). Como indicado na Tabela 1, a maior parte dos participantes é do sexo masculino, com baixa escolaridade e predominantemente usuários de drogas ilícitas, principalmente o crack. O tempo médio de abstinência até o momento em que participaram do estudo foi de 70,91 dias (DP = 195,82), com mediana de 21 dias.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do Estudo 1.

Variável	Categoria	Frequência (%)
Sexo	Masculino	89,5
	Feminino	10,5
Escolaridade	1º grau incompleto	31%
	1º grau completo	14%
	2º grau incompleto	14%
	2º grau completo	32%
	Superior incompleto	6%
	Superior completo	3%
Variável	Categoria	Frequência
Principal substância utilizada	Crack, cocaína e merla	66%
	Álcool	29%
	Maconha	4%
	Outros	1%

O tamanho da amostra justifica-se para possibilitar as análises propostas (ver Procedimentos de Análise de dados), em que Kline (2005) sugere que o tamanho da amostra

deve variar entre 10 a 20 participantes por item, e Jackson (2003) indica um mínimo de 200 sujeitos para realização da análise. O participante poderia não ter interrompido completamente o uso de álcool e/ou outras drogas, mas deveria estar em tratamento para iniciar ou manter a abstinência do uso da substância, não podendo estar sob efeito no momento da aplicação.

5.2 Local

A pesquisa foi realizada nas dependências dos CAPS-AD da cidade de São Luís, da esfera estadual.

5.3 Instrumentos

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

(A) Questionário de caracterização geral, contendo informações sobre idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de abstinência (ANEXO C).

(B) Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), traduzido para o português como Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias, validado para o Brasil por Henrique et al. (2004). É um instrumento que possui oito questões que investigam o uso de nove tipos de substâncias, nos três meses anteriores a aplicação. O escore total varia de 0 a 39, de forma que, quanto maior o valor, maior o envolvimento. A sua consistência interna, que foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, é de 0,80 para a versão “álcool”, 0,79 para “maconha” e 0,81 para “crack/cocaína” (ANEXO D).

(C) Urge Specific Strategies Questionnaire (USSQ), de Rohsenow et al. (2001), na versão em português “Questionário de Estratégias Específicas à Fissura”. Martins (2017) realizou estudos preliminares de tradução e exploração para o contexto brasileiro. O instrumento avalia, em um único fator, o repertório de habilidades de enfrentamento imediato a partir da investigação da frequência com que são utilizadas 20 estratégias para lidar com a fissura (ANEXO E). O instrumento original foi validado por Monti et al. (2001) e apresenta ótima confiabilidade, com alfa de Cronbach igual a 0,88. Nesta versão, os participantes devem responder com que frequência utilizam as estratégias descritas para evitar um lapso ou recaído quando a fissura está presente em uma Escala *Likert* de 7 pontos, que varia de 1 (nunca) a 7 (o tempo todo) (MONTI et al., 2001; DOLAN et al., 2012).

(D) Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório – Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), de Sá, Oláz e Del Prette (2017). É um instrumento que possui 30 itens,

alfa de Cronbach de 0,88 e três fatores. O primeiro fator é “Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias”, composto por 14 itens, alfa = 0,89 e escore variando entre zero e 42. O segundo é “Expressão de sentimentos positivos para manutenção da abstinência”, com oito itens, alfa = 0,83 e escore entre zero e 24. O terceiro fator é “Autocontrole emocional em situações adversas”, com oito itens e alfa = 0,77 e escore entre zero e 24. O escore total do instrumento varia entre zero e 90, sendo que, quanto maior o valor, maior o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório (ANEXO F).

5.4 Procedimentos

5.4.1 De coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos CAPS-AD, em São Luís – Maranhão, de forma individual, com explicação das instruções para cada participante, esclarecimento de eventuais dúvidas e cumprindo procedimentos éticos. A aplicação teve início com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido pela aplicação dos instrumentos na seguinte ordem: Questionário de caracterização geral, ASSIST, IDHEA-AD e USSQ. O preenchimento foi realizado com a anotação das respostas no formulário específico, após leitura dos itens para o participante.

5.4.2 De análise de dados

Realizou-se inicialmente análise de conteúdo por juízes, em que 11 especialistas responderam sobre representação teórica do item, 6 sobre a qualidade da redação do item, 5 sobre adequação do item ao contexto brasileiro e 5 sobre a relevância do item para avaliar o construto, em uma escala que variou de 0 a 5 pontos. A partir disso, foram realizadas análises de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), mantendo-se os itens com valores iguais ou superiores a 0,7, conforme recomendação de Pasquali (2010). Nessa análise foram investigados quatro domínios: semântica, representação, adequação e importância. Assim, os especialistas avaliaram quanto o item está bem escrito, quanto representa a definição teórica, quanto a redação do item está adequada e quanto o item é importante para avaliar o construto, respectivamente.

Os dados dos instrumentos foram tabulados em planilha no programa *PASW Statistics 18* e, para realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), foram utilizadas bibliotecas do programa *R*. Segundo Franco, Valentini e Iglesias (2017), a AFC tem o objetivo de explicar as correlações entre as variáveis observadas (itens do instrumento) através das variáveis latentes (fatores) subjacentes, partindo do pressuposto de que as últimas predizem as respostas

fornecidas pelos participantes. Assim, busca-se analisar o quão bem o modelo proposto se ajusta aos dados observados.

Inicialmente, verificou-se a existência de dados perdidos e, em seguida, foi analisado o gráfico de sedimentação (*scree plot*) para verificar quantos fatores poderiam compor o instrumento. Para estimar os parâmetros do modelo, utilizou-se o método WLMSV (*Mean and variance adjusted weighted least squares*), tendo em vista que pode ser aplicado ao tamanho da amostra deste estudo e não pressupõe distribuição normal, como indicado por Franco, Valentini e Iglesias (2017). Além disso, verificou-se a carga fatorial de cada item, optando-se por manter aqueles com carga igual ou maior a 0,35.

Para identificar o quão bem o modelo se ajustou aos dados observados, foram verificados alguns índices de qualidade do ajuste, iniciando-se pelo valor do qui-quadrado (X^2) e sua significância. Além disso, também foi considerada a razão qui-quadrado/ graus de liberdade ($X^2/g.l.$). Quando esse valor é inferior a 5, pode-se afirmar que o modelo proposto é adequado para descrever os dados, sendo os valores mais favoráveis aqueles entre 2 e 3 (HAIR, 2009). Depois, foram analisados: a) índice de ajuste absoluto, através da Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA); b) índice de ajuste incremental, por meio do Índice de Ajuste Comparativo (CFI); e c) índices de parcimônia, através do Índice de Qualidade de Ajuste de Parcimônia (PGFI) e do Índice de Ajuste Normado de Parcimônia (PNFI). Os procedimentos descritos foram empregados tanto no modelo 1 (composto por 20 itens do instrumento original), como no modelo 2 (derivado do modelo 1), no modelo 3 composto a partir das análises de conteúdo e, por fim, no modelo 4 (derivado do modelo 3).

Para analisar se os dados se adequam ao modelo proposto, espera-se que os valores encontrados no índice X^2 esteja entre 1 e 3. Para o índice RMSEA, valores até 0,08 são considerados satisfatórios para atestar que o modelo possui bom índice de ajustamento. Os valores do CFI acima de 0,95 são considerados de ótimo ajuste e valores de 0,90 são considerados satisfatórios, enquanto abaixo de 0,90 geralmente não apresentam bom ajuste. Sobre o PGFI e PNFI, os valores variam entre 0 e 1, sendo de melhor ajuste aquele que se aproximar mais de 1 (HAIR, 2009).

Em relação à precisão ou confiabilidade, que verifica o quanto as medidas na amostra são consistentes (CAMPOS; MAROCO, 2017), analisou-se o coeficiente alfa de Cronbach, que varia entre 0 e 1. Contudo, segundo Campos e Maroco (2017), essa medida exige que todos os itens de um fator tenham a mesma carga fatorial e, assim, são sugeridas alternativas como a confiabilidade composta (CC), na qual seu valor deve ser igual ou maior que 0,70 para indicar que a precisão do construto é adequada (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

Para analisar a validade convergente, foram realizadas correlações de Pearson entre os escores do USSQ e IDHEA-AD, avaliando-se a força (determinada entre valores de 0 a 1), a direção (indicada pelos sinais de positivo ou negativo) e a significância ($p < 0.05$) das correlações. Assim, investigou-se a relação existente entre as duas variáveis: se as mudanças nos escores do USSQ (habilidades de enfrentamento imediatas) são acompanhadas por mudanças nos escores fatoriais do IDHEA-AD (habilidades de enfrentamento antecipatório). Além disso, para verificar a capacidade do USSQ em prever o envolvimento com a substância, seus dados foram correlacionados com os do ASSIST. Por fim, investigou-se a Variância Média Extraída (VME), em que se espera o valor igual ou superior a 0,50 para indicar uma boa representatividade do modelo (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

6 RESULTADOS

A validade de conteúdo do USSQ, feita a partir da análise de juízes especialistas, indicou que, dos 20 itens, seis deles (5, 12, 13, 16, 19, 20) deveriam ser excluídos por apresentarem Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) abaixo de 0,7, valor mínimo recomendado por Pasquali (2010), em pelo menos um dos quatro domínios de conteúdo investigados. Os dados completos são apresentados na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Resultado dos Coeficientes de Validade de Conteúdo.

Item	Redação do item	CVC Semântico	CVC Representação	CVC Adequação	Importância
1	“Diz para você mesmo que, se esperar só um pouco, a vontade de usar (<i>nome da substância</i>) vai diminuir.”	0,77	0,76	0,88	0,92
2	“Pensa nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse (<i>nome da substância</i>).”	0,80	0,82	0,92	1
3	“Pensa nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar (<i>nome da substância</i>).”	0,73	0,78	0,96	1
4	“Tenta comer ou beber alguma coisa em vez de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,80	0,76	0,88	0,96
5	“Fuma um cigarro em vez de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,77	0,62	0,68	0,76
6	“Em vez de usar (<i>nome da substância</i>), procura fazer outra coisa que ajude a diminuir a vontade.”	0,73	0,78	0,92	1
7	“Diz para si mesmo palavras que dão força, como “eu posso aguentar a vontade de usar (<i>nome da substância</i>)”, ou “não vou deixar a vontade me vencer”, ou “eu sou mais forte”. ”	0,70	0,78	0,92	1
8	“Pensa em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,70	0,76	0,92	1

Item	Redação do item	CVC Semântico	CVC Representação	CVC Adequação	Importância
9	“Relaxa ou medita para diminuir a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,73	0,84	0,8	0,96
10	“Tenta sair da situação que te traz vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,70	0,85	0,88	0,96
11	“Diz às pessoas “Eu não estou usando” e recusa a oferta de (<i>nome da substância</i>).”	0,73	0,84	0,92	0,96
12	“Tenta resolver uma discussão quando ela te leva a ter vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,67	0,71	0,88	1
13	“Tenta resolver um problema quando ele te leva a ter vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,63	0,76	0,84	1
14	“Vai a uma reunião de grupo ou liga para um padrinho dos Alcoólicos Anônimos (AA)/Narcóticos Anônimos (NA).”	0,77	0,84	0,88	0,96
15	“Encontra ou liga para alguém que sempre te ajuda a ficar sem usar (<i>nome da substância</i>) (alguém que não seja do tratamento ou AA/NA).”	0,77	0,85	0,72	0,96
16	“Desafia seus pensamentos sobre querer usar (<i>nome da substância</i>).”	0,60	0,67	0,76	0,95
17	“Usa uma estratégia espiritual como rezar/orar, pedir para Deus ou para um poder superior.”	0,77	0,75	0,88	0,96
18	“Pensa sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,80	0,82	0,8	0,96
19	“Presta atenção em você mesmo como uma maneira de diminuir a vontade de	0,57	0,73	0,84	0,96

usar (*nome da substância*).”

Item	Redação do item	CVC Semântico	CVC Representação	CVC Adequação	Importância
20	“Diz para você mesmo que não vai usar sem antes tentar fazer alguma coisa para diminuir a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,67	0,80	0,92	1

Antes de iniciar a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), verificou-se a existência de 3 dados perdidos que foram substituídos pela média. Além disso, como observado nos gráficos 1 e 2, o *scree plot* indicou a existência de único fator nos modelos propostos, tanto para 20 quanto para 14 itens.

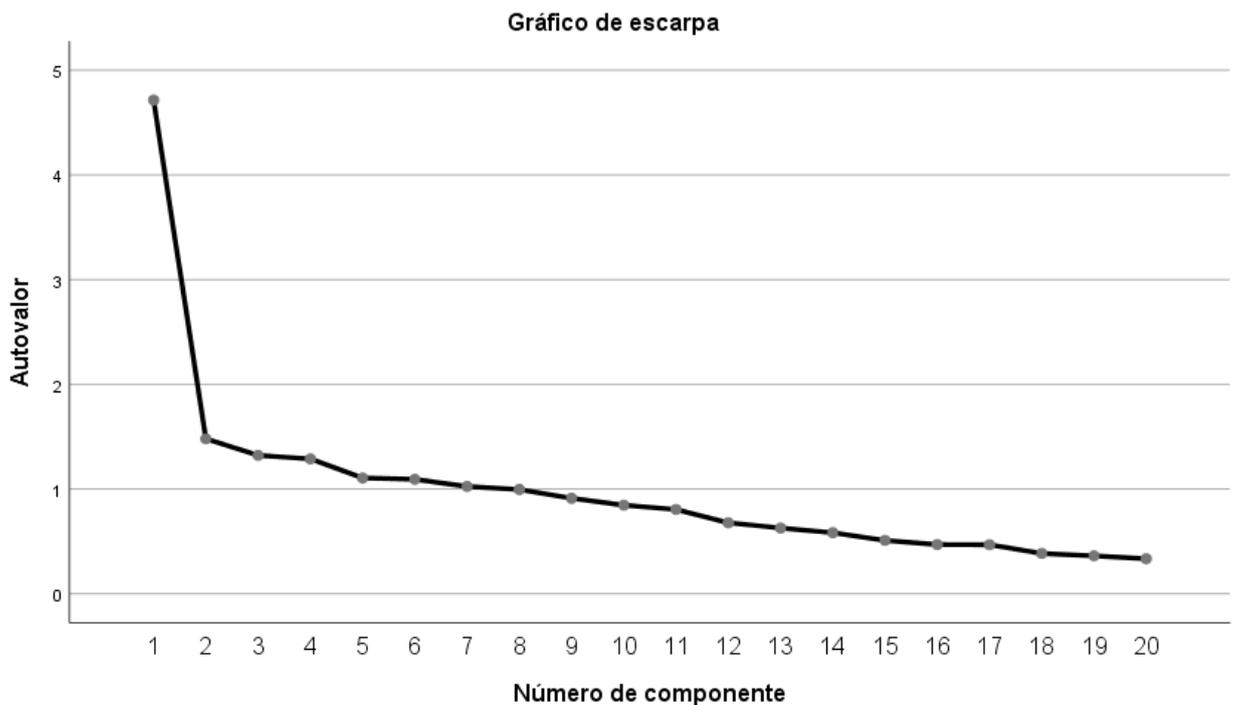


Gráfico 1 – Gráfico de sedimentação (*scree plot*) para USSQ com 20 itens.

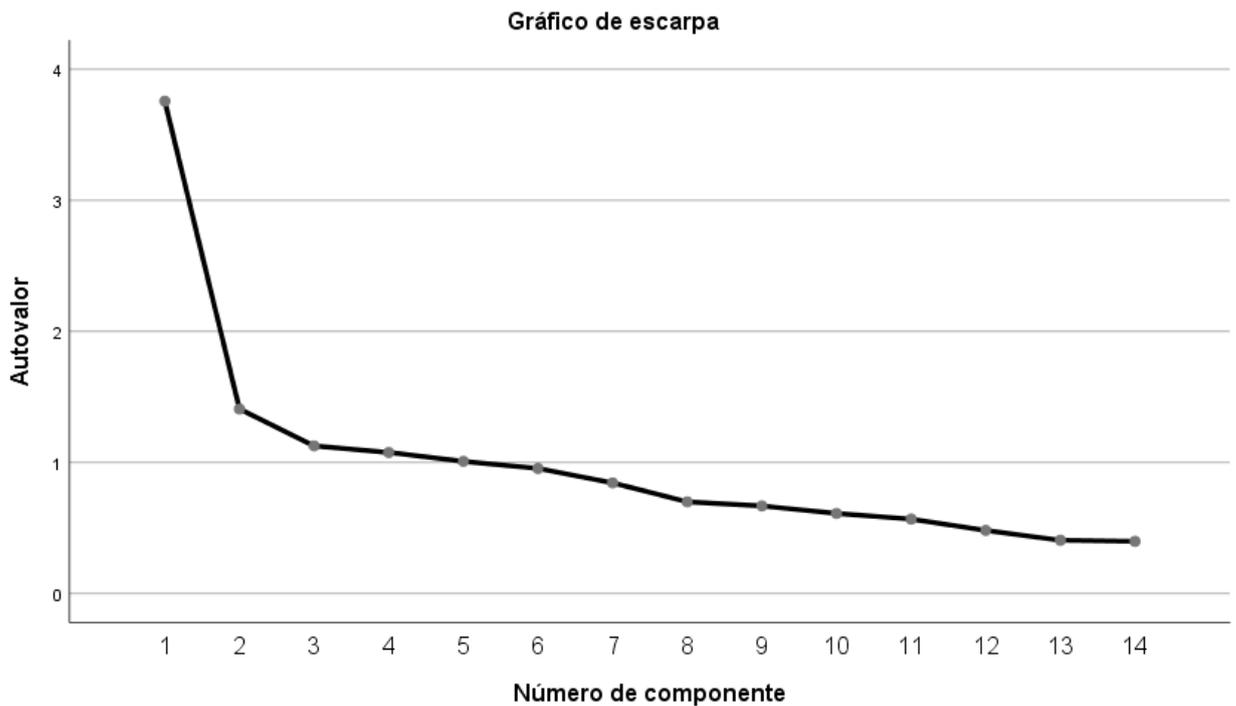


Gráfico 2 – Gráfico de sedimentação (*scree plot*) para USSQ com 14 itens

Na sequência, os resultados da AFC realizada com o modelo unifatorial de 20 itens (Modelo 1) apontam para a qualidade do ajuste, medida pelo X^2 , com valor de 353,77 e com significância 0,001. O ajuste absoluto, medido pelo RMSEA foi de 0,07, com intervalo de confiança entre 0,06 e 0,08, e o $X^2/g.l.$ foi de 2,08. O CFI, índice de ajuste incremental, foi de 0,94, e os índices de parcimônia foram de 0,64 (PFGI) e 0,80 (PNFI).

Tabela 3 – Cargas fatoriais das diferentes estruturas do USSQ.

Itens	Modelo1	Modelo2	Modelo3	Modelo4
Item 1: “Diz para você mesmo que, se esperar só um pouco, a vontade de usar (<i>nome da substância</i>) vai diminuir.”	0,32	-	0,32	-
Item 2: “Pensa nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse (<i>nome da substância</i>).”	0,62	0,62	0,67	0,67
Item 3: “Pensa nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar (<i>nome da substância</i>).”	0,50	0,50	0,52	0,52
Item 4: “Tenta comer ou beber alguma	0,40	0,42	0,42	0,43

coisa em vez de usar (*nome da substância*).”

Itens	Modelo1	Modelo2	Modelo3	Modelo4
Item 5: “Fuma um cigarro em vez de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,21	-	-	-
Item 6: “Em vez de usar (<i>nome da substância</i>), procura fazer outra coisa que ajude a diminuir a vontade.”	0,63	0,63	0,62	0,62
Item 7: “Diz para si mesmo palavras que dão força, como “eu posso aguentar a vontade de usar (<i>nome da substância</i>)”, ou “não vou deixar a vontade me vencer”, ou “eu sou mais forte”. ”	0,68	0,68	0,67	0,7
Item 8: “Pensa em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,78	0,78	0,80	0,8
Item 9: “Relaxa ou medita para diminuir a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,57	0,57	0,61	0,61
Item 10: “Tenta sair da situação que te traz vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,57	0,57	0,54	0,54
Item 11: “Diz às pessoas “Eu não estou usando” e recusa a oferta de (<i>nome da substância</i>).”	0,57	0,57	0,54	0,53
Item 12: “Tenta resolver uma discussão quando ela te leva a ter vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,55	0,55	-	-
Item 13: “Tenta resolver um problema quando ele te leva a ter vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	0,57	0,57	-	-
Item 14: “Vai a uma reunião de grupo ou liga para um padrinho dos Alcoólicos Anônimos (AA)/Narcóticos Anônimos (NA).”	0,29	-	0,31	-
Item 15: “Encontra ou liga para alguém que sempre te ajuda a ficar sem usar (<i>nome da substância</i>) (alguém que não	0,40	0,39	0,42	0,40

seja do tratamento ou AA/NA).”

Itens	Modelo1	Modelo2	Modelo3	Modelo4
Item 16: “Desafia seus pensamentos sobre querer usar <i>(nome da substância)</i> .”	0,48	0,47	-	-
Item 17: “Usa uma estratégia espiritual como rezar/orar, pedir para Deus ou para um poder superior.”	0,39	0,39	0,38	0,39
Item 18: “Pensa sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de usar <i>(nome da substância)</i> .”	0,13	-	0,09	-
Item 19: “Presta atenção em você mesmo como uma maneira de diminuir a vontade de usar <i>(nome da substância)</i> .”	0,28	-	-	-
Item 20: “Diz para você mesmo que não vai usar sem antes tentar fazer alguma coisa para diminuir a vontade de usar <i>(nome da substância)</i> .”	0,60	0,60	-	-
Variância explicada total (%)	23,5	29,5	26,8	32,5

No entanto, ao observar os valores das cargas fatoriais de cada item, os itens 1 (“Diz para você mesmo que, se esperar só um pouco, a vontade de usar *(nome da substância)* vai diminuir”), 5 (“Fuma um cigarro em vez de usar *(nome da substância)*”), 14 (“Vai a uma reunião de grupo ou liga para um padrinho dos Alcoólicos Anônimos (AA)/Narcóticos Anônimos (NA)”), 18 (“Pensa sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de usar *(nome da substância)*”) e 19 (“Presta atenção em você mesmo como uma maneira de diminuir a vontade de usar *(nome da substância)*”), apresentaram um peso fatorial menor que 0,35. Assim, foi realizada uma nova análise, de um Modelo 2, sem esses itens. Os resultados desse modelo de 15 itens foram: X^2 com valor de 254,75 (e significância 0,001); RMSEA=0,10 (com intervalo de confiança entre 0,08 e 0,11); $X^2/g.l.=2,83$; CFI=0,94; PGFI=0,57; PNFI=0,78, como pode ser observado na Tabela 3 citada anteriormente.

Um terceiro modelo (Modelo 3), baseado na avaliação dos resultados das análises de juízes, também foi testado. Essa estrutura de 14 itens apresentou os seguintes resultados: X^2 com valor de 159,15 (e significância 0,001); RMSEA=0,07 (com intervalo de confiança entre 0,06 e 0,09); $X^2/g.l.$ =2,06; CFI=0,95; PGFI=0,56; PNFI=0,77.

Tendo em vista que três itens (1, 14 e 15) apresentaram carga fatorial abaixo de 0,35, estes foram excluídos e foi realizada outra AFC com um quarto modelo. O modelo 4, formado por 11 itens, obteve o valor de X^2 em 125,89 e significância de 0,001. O valor do RMSEA foi de 0,10 com intervalos de confiança entre 0,08 e 0,12, e o $X^2/g.l.$ foi de 2,86. O CFI foi igual a 0,95, enquanto que os valores do PGFI e PNFI foram de 0,48 e 0,74, respectivamente.

Como verificado na Tabela 4, quando são analisados os índices de ajuste dos quatro modelos, o modelo 4 é o que apresenta melhor custo-benefício, considerando número de itens, qualidade do conteúdo e ajustes estatísticos, tanto dos itens quanto do modelo como um todo. Outro dado relevante é que este modelo possui a maior porcentagem de variância explicada, conforme mostrado na Tabela 3. Optou-se, portanto, por seguir testando as qualidades psicométricas do instrumento com essa versão unifatorial de 11 itens. Na Figura 1 é apresentada a AFC dessa estrutura.

Tabela 4 – Índices de ajuste.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Qualidade do ajuste				
X^2 (significância)	352,77 (0,001)	254,75 (0,001)	159,15 (0,001)	125,89 (0,001)
Ajuste absoluto				
RMSEA (intervalo de confiança)	0,07 (0,06 – 0,08)	0,10 (0,08-0,11)	0,07 (0,06-0,09)	0,10 (0,08-0,12)
$X^2/g.l.$	2,08	2,83	2,06	2,86
Índice ajuste incremental				
CFI	0,94	0,94	0,95	0,95
Índices de parcimônia				
PGFI	0,64	0,57	0,56	0,48
PNFI	0,80	0,78	0,77	0,74

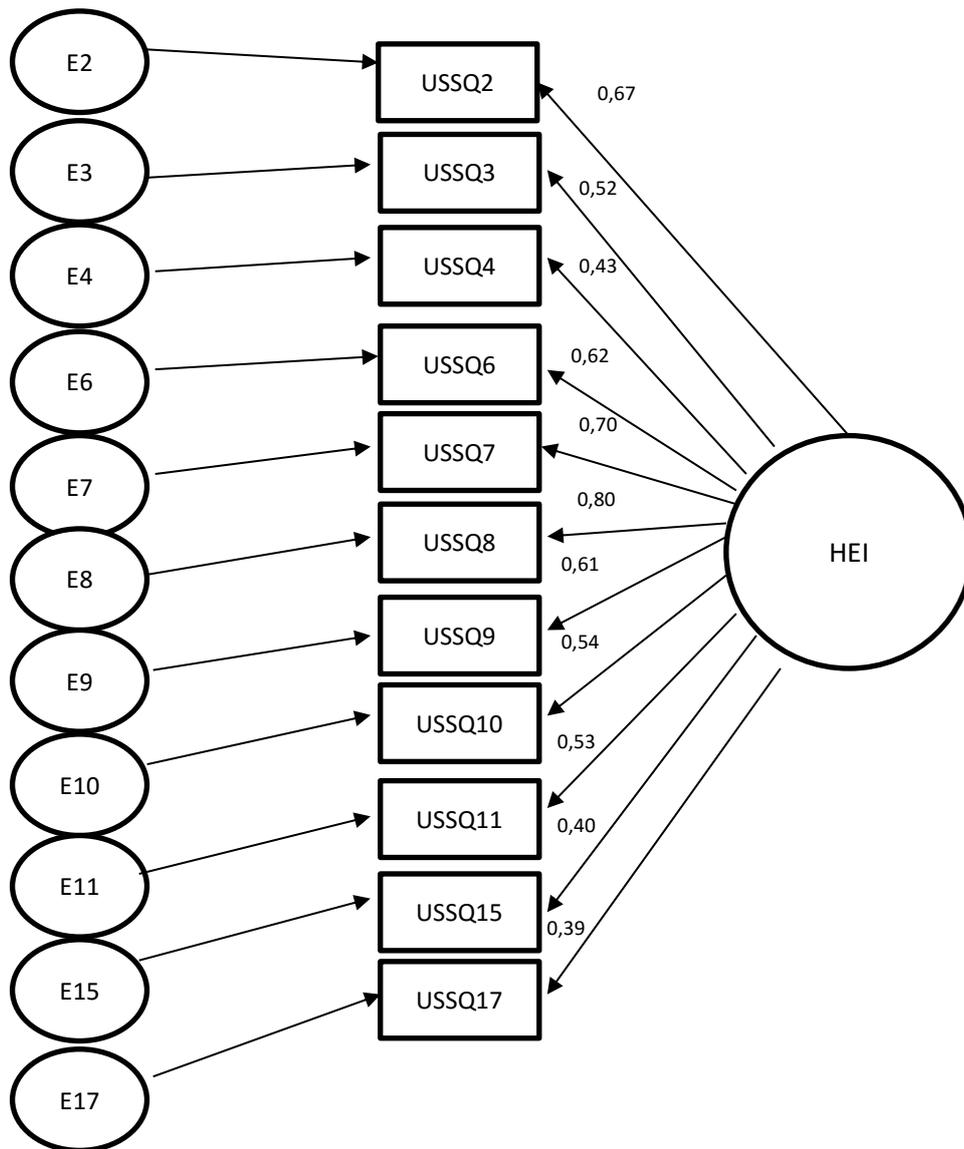


Figura 1- Análise Fatorial Confirmatória da estrutura do USSQ.

Após verificar a estrutura interna do instrumento, prosseguiu-se às demais investigações. Nesse sentido, sobre as análises de precisão, estas indicaram o valor do alfa de Cronbach em 0,78, sendo este valor aceitável de acordo com Ambiel et al. (2011). Em relação à confiabilidade composta (CC), para Hair (2009) este resultado deve apresentar valores maiores ou iguais a 0,70. Os resultados obtidos apontaram para a CC igual a 0,84.

Após as análises de precisão, foi averiguada a validade convergente do instrumento, correlacionando-se o escore do USSQ com os escores dos três fatores do IDHEA-AD. Esses resultados são apresentados na Tabela 5, demonstrando que as correlações foram fortes, positivas e significativas entre o escore do USSQ e os escores dos fatores 1 e 3 do IDHEA-AD. Por outro lado, a correlação com o fator 2, apesar de ser positiva, não apresentou

significância estatística e é considerada desprezível, de acordo com os critérios estabelecidos por Duffy, Mclean e Monshipouri (apud AMBIEL et al., 2011).

Tabela 5 – Correlações entre USSQ e fatores do IDHEA-AD.

IDHEA-AD	USSQ	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Fator 1: “Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias”	0,60	0,001
Fator 2: “Expressão de sentimentos positivos para manutenção da abstinência”	0,12	0,10
Fator 3: “Autocontrole emocional em situações adversas”	0,44	0,001

Em seguida, ao analisar a validade de critério concorrente do instrumento, a correlação entre o escore do USSQ e o envolvimento com a substância (medido pelo ASSIST) foi de -0,11 ($p=0,29$). Portanto, ainda que apresente direção negativa como esperado (quanto maior o envolvimento, menor as habilidades de enfrentamento), não é estatisticamente significativa e é considerada desprezível, segundo Duffy, Mclean e Monshipouri (apud AMBIEL et al., 2011). Por sua vez, o valor da variância média extraída foi de 0,33, estando abaixo do recomendado, segundo Valentini e Damásio (2016).

Dessa forma, foram finalizadas as análises do Estudo 1, em que se obteve dados sobre estrutura interna, precisão, validade convergente e concorrente do USSQ. A seguir será descrito o segundo estudo, com amostra distinta, para acrescentar informações acerca das propriedades psicométricas do instrumento.

ESTUDO 2

7 MÉTODO

7.1 Participantes

Para este estudo a amostra foi composta por 178 pessoas em tratamento no CAPS-AD, nas esferas municipal e estadual da cidade de São Luís-Maranhão. A idade média dos participantes foi de 38 anos (DP=10,66), sendo a maioria do sexo masculino, com baixa escolaridade e envolvimento principalmente com o crack, como apresentado na Tabela 6, a seguir. Além disso, a média do tempo em abstinência foi de 88,61 dias (DP=133,36), com mediana de 41,5 dias.

Tabela 6 – Características sociodemográficas dos participantes do Estudo 2.

Variável	Categoria	Frequência (%)
Sexo	Masculino	93,3
	Feminino	6,7
Escolaridade	1º grau incompleto	23
	1º grau completo	20,8
	2º grau incompleto	13,5
	2º grau completo	33,7
	Superior incompleto	7,3
	Superior completo	1,7
Principal substância utilizada	Crack, cocaína e merla	54,5
	Álcool	39,5
	Maconha	3,9
	Outros	1,7

7.2 Local

A coleta dos dados foi realizada nas dependências dos CAPS-AD do Estado do Maranhão e do município de São Luís.

7.3 Instrumentos

Como apresentado no Estudo 1, neste Estudo 2 também foram utilizados o Questionário de Caracterização Geral, ASSIST e o USSQ, já na versão de 11 itens obtidos a

partir dos resultados da AFC do primeiro estudo. Além disso, outros instrumentos utilizados foram:

(A) Major Depression Inventory, validado na versão em português (Inventário de Depressão Maior – MDI) por Parcias et al. (2011). Este é um instrumento desenvolvido para avaliar os sintomas de Depressão Maior descritos pelo DSM-5 e de depressão pelo CID-10. Contém 10 itens pontuados em uma escala *Likert* que varia de 0 (nenhuma vez) a 5 (o tempo todo). A pontuação de 20 ou mais pontos refere-se a um grau de depressão (ANEXO G).

(B) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), adaptado para a língua portuguesa por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006). O DASS é um instrumento composto por 21 itens utilizado para avaliar depressão, ansiedade e estresse. É pontuado em uma escala de 4 pontos, sendo a pontuação mínima de cada item igual a 0 (não se aplicou de maneira alguma) e máxima igual a 3 (aplicou-se muito, ou na maioria do tempo) (ANEXO H).

7.4 Procedimentos

7.4.1 De coleta de dados

A coleta de dados seguiu os mesmos procedimentos do Estudo 1, com exceção da ordem dos instrumentos utilizados. Assim, neste estudo todos os participantes responderam o Questionário de Caracterização Geral, ASSIST, USSQ e, do total, 100 pessoas responderam ao MDI e 50 ao DASS ao final.

7.4.2 De análise de dados

Inicialmente os dados foram tabulados no programa *PASW Statistics 18*, em que foram realizados estudos de precisão e de validade convergente. Para analisar a precisão, bem como no Estudo 1, foram analisados o alfa de Cronbach e o índice de confiabilidade composta (CC). Para analisar a validade convergente, foram utilizadas correlações por construtos relacionados e cálculo de Variância Média Extraída (VME).

Para a validade por construtos relacionados, é importante demonstrar que o instrumento mede o que se propõe, por isso são utilizados outros instrumentos para chegar a essa conclusão (FREITAS; DAMÁSIO, 2017). Assim, foram realizadas análises de validade com base nas relações com medidas externas, em que foram correlacionados os escores do USSQ e MDI e os escores do USSQ com os três fatores do DASS (depressão, ansiedade e estresse). Em todas as análises se esperava correlação negativa (quanto maior o repertório de habilidades de enfrentamento, menor os níveis de depressão, ansiedade e estresse), significativa ($p < 0,05$) e no mínimo moderada (acima de 0,30).

8 RESULTADOS

Os resultados do estudo de precisão apontaram para o valor do alfa de Cronbach igual a 0,69 e CC=0,70. A avaliação da convergência indicou uma Variância Média Extraída de 0,19. As correlações do USSQ com construtos relacionados foi de -0,27 ($p=0,007$) com o MDI. As correlações entre o escore do USSQ e os escores fatoriais do DASS são apresentados na Tabela 7 abaixo.

Tabela 7– Correlações entre escore do USSQ e escores fatoriais do DASS.

	DASS-Fator1: Depressão	DASS-Fator2: Ansiedade	DASS-Fator3: Estresse
USSQ	-0,15 ($p=0,315$)	-0,06 ($p=0,664$)	-0,10 ($p=471$)

Ainda que as correlações sejam negativas, elas não são significativas e são consideradas desprezíveis, segundo Duffy, Mclean e Monshipouri (apud AMBIEL et al., 2011), pois estão entre os valores 0 e 0,19. A indicação, portanto, é que o repertório de habilidades de enfrentamento imediato não se relaciona com indicadores de depressão, ansiedade e estresse.

ESTUDO 3

9 MÉTODO

9.1 Participantes

Participaram deste estudo 378 pessoas (participantes dos estudos 1 e 2, simultaneamente), que estavam em tratamento no CAPS-AD, nas esferas municipal e estadual da cidade de São Luís-Maranhão. A média de idade foi de 34,10 anos (DP = 14,28). Como indicado na Tabela 8, a maior parte dos participantes é do sexo masculino, com baixa escolaridade e predominantemente usuários de drogas ilícitas, principalmente o crack. O tempo médio de abstinência até o momento em que participaram do estudo foi de 79,25 dias (DP = 169,32).

Tabela 8 – Características sociodemográficas dos participantes do Estudo 3.

Variável	Categoria	Frequência (%)
Sexo	Masculino	90,1
	Feminino	9,9
Escolaridade	1º grau incompleto	27,2
	1º grau completo	17,2
	2º grau incompleto	13,8
	2º grau completo	32,8
	Superior incompleto	6,6
	Superior completo	2,4
Variável	Categoria	Frequência
Principal substância utilizada	Crack, cocaína e merla	60,6
	Álcool	34,1
	Maconha	4
	Outros	1,3

9.2 Local

O local de coleta de dados seguiu o mesmo do estudo anterior, que ocorreu nas dependências do CAPS-AD do município e do estado na cidade de São Luís.

9.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Caracterização Geral e o USSQ, descritos anteriormente.

9.4 Procedimentos

9.4.1 De coleta de dados

Os procedimentos de coleta de dados aconteceram de forma semelhante ao descrito nos estudos 1 e 2.

9.4.2 De análise de dados

A fim de normatizar a interpretação dos resultados do USSQ, foram definidas normas por percentis, medidas que dividem a amostra por ordem crescente de dados, possibilitando categorizar a porcentagem de pessoas de um grupo normativo que está abaixo ou acima de determinado escore do instrumento (MUNIZ; FREITAS, 2017). As categorias criadas podem ser utilizadas para estabelecer normas de interpretação, classificando o repertório de habilidades de enfrentamento do indivíduo em: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto.

10 RESULTADOS

A Tabela 9 contém informações sobre a média dos comportamentos avaliados pelo USSQ, em ordem decrescente.

Tabela 9 - Médias dos itens do USSQ.

Item	Média (DP)
Item 2: “Pensa nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar (<i>nome da substância</i>).”	2,24 (0,71)
Item 1: “Pensa nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse (<i>nome da substância</i>).”	1,96 (0,90)
Item 11: “Usa uma estratégia espiritual como rezar/orar, pedir para Deus ou para um poder superior.”	1,96 (0,90)
Item 5: “Diz para si mesmo palavras que dão força, como “eu posso aguentar a vontade de usar (<i>nome da substância</i>)”, ou “não vou deixar a vontade me vencer”, ou “eu sou mais forte”.”	1,86(0,86)
Item 6: “Pensa em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	1,81 (0,82)
Item 8: “Tenta sair da situação que te traz vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	1,64 (0,88)
Item 9: “Diz às pessoas “Eu não estou usando” e recusa a oferta de (<i>nome da substância</i>).”	1,51 (0,9)
Item 4: “Em vez de usar (<i>nome da substância</i>), procura fazer outra coisa que ajude a diminuir a vontade.”	1,48 (1,00)
Item 3: “Tenta comer ou beber alguma coisa em vez de usar (<i>nome da substância</i>).”	1,29 (1,00)
Item 7: “Relaxa ou medita para diminuir a vontade de usar (<i>nome da substância</i>).”	1,17 (1,00)
Item 10: “Encontra ou liga para alguém que sempre te ajuda a ficar sem usar (<i>nome da substância</i>) (alguém que não seja do tratamento ou AA/NA).”	1,02 (1,02)

Por fim, os resultados apresentados na Tabela 10 mostram, na segunda coluna, a interpretação a partir dos escores brutos somados e, na terceira coluna, a interpretação a partir dos escores padronizados levando em consideração o peso de cada item para o fator.

Tabela 10 – Normas por percentis do Questionário de Estratégias Específicas à Fissura.

Classificação do repertório de habilidades de enfrentamento imediate	Escore	Percentis
Muito baixo	11	10
Baixo	15	25
Médio	21	70
Alto	24	90
Muito alto	29	99

11 DISCUSSÃO

As análises realizadas foram pautadas na necessidade de verificar se o USSQ possui as qualidades psicométricas para que possa ser utilizado na avaliação das habilidades de enfrentamento imediatas em pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas no contexto brasileiro. Assim, nesta seção serão discutidos os principais resultados encontrados nos estudos realizados.

Para realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), o pesquisador deve especificar características fatoriais de determinado modelo, como a quantidade de fatores e as cargas fatoriais e, assim, tem o objetivo de encontrar um modelo que melhor se ajuste aos dados observados (LEÓN, 2011). Nessa perspectiva, o modelo final do USSQ encontrado no Estudo 1 apresentou dados psicométricos relevantes, como cargas fatoriais satisfatórias (todas acima de 0,35) e bons índices de ajuste do modelo, indicando que há uma relação entre os itens e a teoria utilizada para elaboração do instrumento. Portanto, foi possível verificar a validade de estrutura interna do modelo final para avaliar as habilidades de enfrentamento imediato em uma amostra de usuários de substâncias psicoativas em contexto brasileiro.

Tal qual o instrumento original presumia, o USSQ configurou-se em um único fator, que consiste avaliação do traço latente nomeado “Habilidades de Enfrentamento Imediato”. Segundo Marlatt e Witkiewitz (2008) e Donovan e Marlatt (2009), as habilidades de enfrentamento consistem em um conjunto de estratégias cognitivas e/ou comportamentais presentes no repertório do indivíduo que podem ser utilizadas diante de situações de risco à recaída. Especificamente em relação ao enfrentamento imediato, este engloba as estratégias utilizadas para lidar com situações em que a fissura (*craving*) está presente. Portanto, os 11 comportamentos avaliados pelo instrumento são considerados como representativos do traço latente citado, respondendo a mais de 32% de explicação do construto, bastante próximo ao encontrado por Monti et al (2001), de 37%, mostrando que a estrutura é adequada e representativa do construto.

A análise fatorial busca determinar qual a relação existente entre as variáveis latentes e as observáveis. Portanto, pressupõe a existência de uma variável latente (fator) que prediz as respostas que os participantes vão fornecer aos itens (FRANCO; VALENTINI; IGLESIAS, 2017). Caso os participantes não tenham determinadas características cognitivas e/ou comportamentais, é provável que o item não seja representativo para essa população. Tal consideração pode justificar a exclusão dos itens 1 (“Diz para você mesmo que, se esperar só um pouco, a vontade de usar (*nome da substância*) vai diminuir”), 16 (“Desafia seus pensamentos sobre querer usar (*nome da substância*)”), 19 (“Presta atenção em você mesmo

como uma maneira de diminuir a vontade de usar (*nome da substância*)” e 20 (“Diz para você mesmo que não vai usar sem antes tentar fazer alguma coisa para diminuir a vontade de usar (*nome da substância*)”), que descrevem estratégias marcadamente cognitivas.

Nesse sentido, ressalta-se que o uso prolongado de algumas substâncias psicoativas podem prejudicar mecanismos de atenção e memória, bem como outras características cognitivas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2005; FONSECA; LEMOS, 2011). Assim, déficits relacionados à cognição somados à baixa escolaridade podem dificultar que indivíduos dessa população respondam itens referentes a respostas cognitivas, já que provavelmente as características descritas por esses itens não fazem parte de seus repertórios. Esses déficits cognitivos podem ser explicados, também, pela dificuldade em aprender essas estratégias. Nesse sentido, como as cognições ocorrem de forma privada, em que apenas o indivíduo pode ter acesso (a não ser que expresse em forma de comportamento público, como falar), pode ser difícil para a comunidade verbal ensinar novos repertórios (CATANIA, 1999). Assim, as principais estratégias cognitivas apontadas por Monti et al. (2005) estão relacionadas às questões sobre fissura, raiva e pensamentos negativos, por exemplo, que não podem ser desenvolvidas via observação e por isso requerem treinamentos de habilidades específicas para lidar com essas situações.

Monti et al. (2005) também sugerem que a aprendizagem de alguns comportamentos pode ser mais relevante que outros, como: retardar, pensar nas consequências positivas e negativas, consumo ou comportamentos alternativos e fuga ou evitação. Esses comportamentos são melhor discutidos adiante, quando são analisados os itens que permaneceram no instrumento. Contudo, salienta-se que o item 1, ainda que seja descrito pelos autores como relevante, pode apresentar uma estratégia que não funciona quando o nível de fissura está alta, de forma que pode ser pouco utilizado por essa população.

Seguindo a lógica de que o indivíduo responde ao item por causa de determinada característica psicológica (traço-latente), então o item 5 (“Fuma um cigarro em vez de usar (*nome da substância*)”) pode ter sido excluído por tal estratégia não estar presente em seus repertórios. Além disso, o uso de cada substância tem um efeito particular (SENAD, 2014), então o cigarro pode não ser o suficiente para repetir os efeitos da droga de abuso e, assim, não alivia a fissura. Portanto, o item parece não ser representativo de uma resposta de enfrentamento eficaz para essa população, já que configura uma estratégia evitativa. Estratégias desse tipo geralmente não promovem o alívio da fissura e podem dificultar que o indivíduo desenvolva novos repertórios comportamentais. Assim, resultados obtidos por Monti et al. (2001) e Dolan et al. (2012) apontam que a estratégia de fumar um cigarro para

substituir o consumo de outra substância pode funcionar a curto prazo, mas não a longo prazo, justamente por não possibilitarem a aquisição de comportamentos alternativos.

Os itens 12 (“Tenta resolver uma discussão quando ela te leva a ter vontade de usar (*nome da substância*)”) e 13 (“Tenta resolver um problema quando ele te leva a ter vontade de usar (*nome da substância*)”) representam comportamentos interpessoais assertivos. Contudo, diversos estudos sinalizam para a relação entre déficits de habilidades sociais e dependência de substâncias psicoativas (CUNHA et al., 2007; CUNHA; PEUKER; BIZARRO, 2012), e Schneider e Andretta (2017) também discutem que pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas podem apresentar déficits em respostas assertivas, e podem resolver os problemas do cotidiano e/ou de relacionamentos através de comportamentos agressivos e passivos. Nesse sentido, Monti et al. (2005) também sinaliza a importância do desenvolvimento de repertórios assertivos como uma estratégia de enfrentamento eficaz, ao contrário de respostas agressivas e passivas. Assim, assertividade pode não ser uma característica comportamental dessa população, o que pode ter prejudicado, também, as respostas a tais itens.

Além disso, os comportamentos descritos nos itens 12 e 13 podem não caracterizar o enfrentamento imediato, tendo em vista a dificuldade de utilizar estratégias assertivas no momento em que a fissura está presente. Durante a fissura, é mais provável que o indivíduo utilize estratégias intrapessoais, como pensar sobre os malefícios que podem ser causados se ele usar a droga, adiar a decisão de usar e fazer outra atividade prazerosa. Logo, as estratégias assertivas podem estar melhor relacionadas com o enfrentamento antecipatório, em que as situações estressoras e outros gatilhos ambientais são evitadas (MONTI et al., 2005).

Sobre o item 14 (“Vai a uma reunião de grupo ou liga para um padrinho dos Alcoólicos Anônimos (AA)/Narcóticos Anônimos (NA)”), enfatiza-se que os participantes deste estudo passavam a maior parte do dia nas dependências do CAPS-AD e, em sua maioria, não frequentavam grupos de AA ou NA. Corroborando com esse dado, em Monti et al. (2001) este item não foi considerado como relevante para prevenir a recaída nos meses seguintes ao tratamento.

Sobre o item 18 (“Pensa sobre qual orientação seu terapeuta te daria e o que ele poderia te dizer para lidar com a vontade de usar (*nome da substância*)”), muitos participantes desconheciam o termo “terapeuta” e/ou não tinham acesso a esse profissional durante o tratamento. Assim, o que ambos os itens descrevem não está inserido no cotidiano das pessoas que compuseram a amostra e, por isso, pode não representar uma habilidade de enfrentamento eficaz. Dolan et al. (2012), que conduziram estudo com o instrumento original nos Estados

Unidos, afirmam que essa estratégia pode funcionar a longo prazo, mas não de forma imediata, argumentando que ela envolve habilidades cognitivas mais complexas (como mecanismos de memória) e sugerem que habilidades mais fáceis de serem utilizadas de forma imediata devem ser mais efetivas para lidar com a fissura.

Sobre os itens que foram mantidos, os itens 2 (“Pensa nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse (*nome da substância*).”) e 3 (“Pensa nas coisas boas que você tem na vida ao ficar sem usar (*nome da substância*).”) parecem ser representativos do construto enfrentamento imediato, tendo em vista que envolvem habilidades para lidar diretamente com a fissura. Monti et al. (2005) sugere que pensar nas consequências negativas da recaída e pensar em todos os benefícios trazidos pela sobriedade são diretrizes essenciais para ensinar os indivíduos em tratamento a controlar as fissuras.

Os itens 7 (“Diz para si mesmo palavras que dão força, como “eu posso aguentar a vontade de usar (*nome da substância*)”, ou “não vou deixar a vontade me vencer”, ou “eu sou mais forte”.”) e 8 (“Pensa em outra coisa para tirar da cabeça a vontade de usar (*nome da substância*).”) representam estratégias cognitivas que também foram consideradas importantes no estudo de Dolan et al. (2012). Monti et al. (2005) discutem algumas situações comuns em que as pessoas podem sentir fissura de voltar a beber ou usar outra droga. Dentre essas situações, destacam-se as dúvidas quanto a si mesmo, em que alguns indivíduos podem duvidar de sua capacidade de conseguir parar de usar determinada substância. Portanto, o inverso disso (como representado pelo item 7) pode colaborar para manutenção da abstinência. Sobre o item 8, enfatiza-se a importância de substituir pensamentos negativos por pensamentos positivos, voltados para a abstinência (MONTI et al., 2005). Por exemplo, ao invés de o indivíduo pensar no prazer que sentia quando consumia determinada substância, é importante se engajar e pensar em outras atividades prazerosas (JUNGERMAN, 2013).

Os itens 4 (“Tenta comer ou beber alguma coisa em vez de usar (*nome da substância*).”) e 6 (“Em vez de usar (*nome da substância*), procura fazer outra coisa que ajude a diminuir a vontade.”) sugerem estratégias comportamentais alternativas ao uso de determinada substância. Tais estratégias também são apontadas como imprescindíveis para prevenção da recaída, em que Monti et al. (2005) discutem a importância de a pessoa encontrar alguma atividade que possa fazer imediatamente, aliviando a fissura. Assim, à medida que o indivíduo se engaja em outros comportamentos, como praticar exercícios, ler um livro ou alguma outra atividade prazerosa, é provável que a fissura diminua gradativamente.

Contudo, há um contraste nos resultados deste estudo com o estudo conduzido por Dolan et al. (2012), em que não foi encontrada relação entre o item 4 e o sucesso de tratamento (abstinência a longo prazo). Os autores sugerem que, no caso de pessoas em tratamento para dependência do álcool, esta estratégia pode não ser indicadora de bons resultados tendo em vista que compete com a administração da bebida. Por outro lado, Del Prette (2011) salienta que os comportamentos-problema presentes no repertório do indivíduo podem diminuir de frequência quando são reforçadas respostas incompatíveis a emissão da resposta-queixa. No caso da dependência de substâncias, por exemplo, a resposta do indivíduo de consumir bebidas não alcoólicas ou se alimentar é incompatível com a resposta de consumir alguma substância. Quando essas respostas incompatíveis são reforçadas, então é possível que a resposta de consumir determinada droga diminua de frequência.

A estratégia descrita como “Tenta sair da situação que te traz vontade de usar (*nome da substâncias*)” (item 10) também é representativa do enfrentamento imediato, já que implica em um afastamento da situação que está eliciando a fissura. Nesse sentido, a literatura recomenda que o indivíduo identifique qual situação está desencadeando a fissura e, assim, tente mudar ou prevenir esses gatilhos. Assim, fugir da situação e encontrar um lugar seguro, preferencialmente com alguém de confiança, é uma estratégia que ajuda a diminuir a vontade de usar a substância (MONTI et al., 2005), sendo também apontado por Monti et al. (2001) e Dolan et al. (2012) como habilidades relacionadas à manutenção da abstinência a longo prazo após o tratamento.

A busca por apoio sóbrio é primordial para manutenção da abstinência. Monti et al. (2005) afirmam que, com frequência, pessoas que interrompem o uso de alguma substância ainda mantêm contato com amigos que as consomem. Além disso, há adversidades associadas ao consumo de substâncias, como questões emocionais, interpessoais e financeiras, que podem ser resolvidas de forma efetiva com a colaboração de outras pessoas que não estejam relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Portanto, desenvolver redes de apoio social é importante para aumentar as chances de o indivíduo enfrentar adequadamente os problemas relacionados a esse transtorno. Com isso, entende-se que o item 15 (“Encontra ou liga para alguém que sempre te ajuda a ficar sem usar (*nome da substância*) (alguém que não seja do tratamento ou AA/NA).”) é característico do enfrentamento imediato, tendo em vista que o comportamento descrito possibilita que o indivíduo entre em contato com alguém que demonstre apoio e colabore à sua sobriedade.

Ademais, em diversos casos, receber oferta de álcool e outras drogas é uma situação de alto risco para o indivíduo que está no processo de prevenção de recaída. Então, é

necessário que um conjunto de estratégias específicas para recusar a substância esteja presente em seu repertório comportamental (MONTI et al., 2005). Isto pode justificar a permanência do item 11 (“Diz às pessoas “Eu não estou usando” e recusa a oferta de (*nome da substância*).”), que descreve um comportamento de recusa da substância, sendo uma estratégia relacionada à melhores resultados do tratamento (DOLAN et al., 2012).

Ainda que os itens 9 (“Relaxa ou medita para diminuir a vontade de usar (*nome da substância*).”) e 17 (“Usa uma estratégia espiritual como rezar/orar, pedir para Deus ou para um poder superior.”) tenham sido mantidos, são necessárias algumas ressalvas. O item 9 descreve práticas pouco habituais no contexto brasileiro, contudo alguns entrevistados compreendiam o emprego do termo “relaxar” como qualquer situação que promove bem-estar, não relacionando-o à técnicas específicas de relaxamento ou meditação. Ainda que no contexto estadunidense esta possa ser uma estratégia mais conhecida, Dolan et al. (2012) afirmam que parece funcionar apenas a curto prazo para essa população, tendo em vista que 12 meses após o tratamento não era mais utilizada pelos indivíduos.

Por outro lado, o item 17, ainda que possua a menor carga fatorial, foi descrito por alguns participantes como uma estratégia imprescindível para enfrentar os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Corroborando esse resultado, Dolan et al. (2012) sinalizam que estratégias espirituais foram mantidas a longo prazo (entre 7 e 12 meses) após o final do tratamento.

Além da AFC, que analisou a estrutura interna do instrumento, também foram realizadas análises de precisão ou confiabilidade. A precisão diz respeito à capacidade do teste em medir os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes e produzir os mesmos resultados, sem erros. Para chegar a essa conclusão, pode-se utilizar técnicas estatísticas para analisar a consistência interna dos itens que compõem o teste (como o alfa de Cronbach) com a seguinte lógica: se os itens covariam em dada ocasião, então também covariam em qualquer outra ocasião (PASQUALI, 2009). Campos e Maroco (2017) sugerem a utilização de outras técnicas estatísticas para análise da precisão, além do alfa de Cronbach, como a confiabilidade composta (CC). Nessa perspectiva, os resultados encontrados para atestar a confiabilidade do USSQ estão no limite do que é mais consensual em Psicometria (CAMPOS; MAROCO, 2017), embora esteja acima do que o Conselho Federal de Psicologia estabelece como critério mínimo de precisão (CFP, 2018).

Sobre as evidências com base na relação com variáveis externas, estas investigam as relações entre os dados obtidos pelo teste com variáveis externas que são relevantes para sua validação. Uma categoria de variáveis externas diz respeito às variáveis critério, que, embora

não sejam um construto psicológico, apresentam relação com o construto psicológico medido pelo teste (PRIMI; MUNIZ; NUNES, 2009). Neste estudo, a variável critério foi o nível de envolvimento com a substância, medido pelo ASSIST. Por ter sido avaliada simultaneamente ao USSQ, esta variável é denominada critério concorrente. Tendo em vista que, seguindo termos lógicos, quanto maior o repertório de habilidades de enfrentamento imediato, menor o nível de envolvimento com a substância, esperava-se uma relação pelo menos moderada entre os escores do USSQ e do ASSIST. Contudo, os resultados deste estudo ficaram aquém do esperado, já que a correlação entre esses instrumentos foi considerada desprezível segundo os critérios estabelecidos por Duffy, Mclean e Monshipouri (apud AMBIEL, 2011).

Ao contrário do enfrentamento imediato, que requer estratégias para não utilizar a substância quando a fissura está presente, o enfrentamento antecipatório busca prevenir a fissura (DONOVAN; MARLATT, 2009). Assim, os resultados encontrados sugerem que o envolvimento com substâncias psicoativas pode ser melhor explicado pelo enfrentamento antecipatório. Nesse sentido, estudo conduzido por Sá (2013) encontrou correlação forte e significativa entre envolvimento com substâncias e repertório de enfrentamento antecipatório. Além disso, no estudo de Sousa (2017), também foi encontrada relação significativa entre as mesmas variáveis.

Outra categoria de variáveis externas utilizada para mostrar evidências de validade de um teste trata da utilização de outro instrumento que mensura os mesmos construtos psicológicos ou construtos similares (evidência de validade convergente), ou que mede construtos psicológicos distintos (evidência de validade divergente) (PRIMI; MUNIZ; NUNES, 2009). Neste estudo buscou-se investigar as evidências de validade convergente do USSQ, correlacionando seus escores com os obtidos pelo IDHEA-AD, que mensura as habilidades de enfrentamento antecipatório. Como resultado, as correlações entre o escore do USSQ e os escores dos fatores 1 e 3 do IDHEA-AD foram fortes, demonstrando que quanto maior a assertividade e planejamento para situações de risco de consumo (fator 1) e autocontrole emocional em situações adversas (fator 3), maior as habilidades de enfrentamento imediato. Assim, as habilidades representadas pelos fatores 1 e 3 do IDHEA-AD apresentam estratégias importantes para lidar com a fissura, já que frente a situações de risco, incluindo situações estressoras, é importante um repertório de comportamentos assertivos e de autocontrole para resolver as demandas ambientais, o que pode prevenir ou diminuir a fissura (DONOVAN; MARLATT, 2009).

Contudo, este resultado não se aplica para a relação com “Expressão de sentimentos positivos para manutenção da abstinência”. Entende-se que expressar sentimentos positivos é

uma habilidade de enfrentamento eficaz, tendo em vista que facilita o desenvolvimento de rede de apoio social, ajuda na resolução de problemas de relacionamento e colabora para o estabelecimento de vínculos com outras pessoas (MONTI et al., 2005). Todavia, não foi encontrada relação entre habilidades de enfrentamento imediato com a habilidade de expressar sentimentos positivos, ainda que tal habilidade seja encontrada na literatura como imprescindível para manutenção da abstinência. Uma hipótese para esse resultado é que a expressão de sentimentos positivos dificilmente é encontrada em situações em que a fissura já está presente, sendo uma habilidade utilizada principalmente para prevenir situações estressoras.

Aponta-se, ainda, que os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas podem ser comórbidos a outros transtornos, como aqueles relacionados à depressão, ansiedade e estresse (APA, 2014). Assim, tendo em vista que são construtos relacionados, esperava-se que as habilidades de enfrentamento de usuários de substâncias psicoativas estivessem correlacionadas negativamente com sintomas desses transtornos, sendo tal correlação no mínimo moderada. Todavia, não foi encontrada relação nos escores do USSQ com os escores fatoriais do DASS, encontrando-se apenas correlação fraca com o escore do MDI. Como esperado, esse dado aponta que quanto menor o repertório de habilidades de enfrentamento, maior os níveis de depressão (correlação negativa). Apesar de ser um resultado estatisticamente significativo, é uma correlação fraca, segundo Duffy, Mclean e Monshipouri (apud AMBIEL et al., 2011). Essa diferença de resultados entre os instrumentos que medem os níveis de depressão pode ter sido afetada pelo fato de que, enquanto o DASS não especifica qual transtorno depressivo está avaliando, o MDI parece ser um instrumento com itens mais claros e consolidados, já que estão pautados nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5 para Depressão Maior.

Por fim, foram estabelecidas normas por percentis para a interpretação dos resultados. Considerando que o instrumento tem uma pontuação que varia de zero a 33, o fato do percentil 50 ser de exatamente 18, significa que é preciso pontuar um pouco acima da mediana do instrumento para ter um desempenho considerado superior a 50% do grupo normativo. Por outro lado, pontuações superiores a 24 já permitem uma avaliação do desempenho superior a 90%. Ou seja, uma diferença de seis pontos brutos já eleva a classificação do indivíduo. Isso significa que a partir de 24 pontos já é considerado que o indivíduo apresenta repertório alto de habilidades de enfrentamento imediato.

Em Monti et al. (2005) encontra-se uma versão de 11 itens do USSQ considerada adequada para medir as habilidades de enfrentamento imediato em usuários de álcool e outras

drogas nos Estados Unidos. Dessa forma, ainda que o instrumento possa funcionar para medir essa habilidade no contexto cultural norte-americano, ressalta-se que os estudos psicométricos no Brasil apresentam limitações, especialmente na capacidade do instrumento se relacionar com variáveis externas. Portanto, o USSQ é capaz de medir o que se propõe, contudo não consegue captar a relação com variáveis relevantes. Assim, ainda que possa ser utilizado para realização de pesquisas, deve-se ter cautela na sua utilização como instrumento para tomar decisões importantes durante processos avaliativos e interventivos para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Prevenção de Recaída é um modelo teórico e prático que pode ser aplicado ao contexto da dependência de substâncias psicoativas, tendo como principal objetivo a manutenção da abstinência. Para tanto, busca identificar as situações de alto risco e estimula a utilização de habilidades de enfrentamento para evitar o retorno ao consumo de álcool ou outras drogas (MARLATT; WITKIEWITZ, 2008). As habilidades de enfrentamento, por sua vez, consistem em um conjunto de estratégias cognitivas e/ou comportamentais presentes no repertório do indivíduo que podem ser utilizadas em situações de risco à abstinência. Essas habilidades podem ser divididas em: habilidades de enfrentamento antecipatório, imediato e restaurador (DONOVAN; MARLATT, 2009).

Precisamente em relação ao enfrentamento imediato, este diz respeito às habilidades necessárias para evitar um lapso ou recaída diante de situações em que a fissura está presente (DONOVAN; MARLATT, 2009). Tendo em vista a escassez de instrumentos psicológicos que avaliem as habilidades de enfrentamento imediato no contexto brasileiro, buscou-se verificar as propriedades psicométricas do Questionário de Estratégias Específicas à Fissura (USSQ). Segundo a Resolução Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), existem alguns critérios que devem ser preenchidos para que um instrumento possa ser reconhecido pela comunidade acadêmica e profissional.

Assim, foi realizada Análise Fatorial Confirmatória (AFC) resultando em um modelo teórico composto por 11 itens, com índices demonstrando que esse é o modelo que melhor se ajusta aos dados observados, indicando validade de conteúdo e de estrutura interna. A partir disso, foram realizadas análises de precisão e validade. Em relação à precisão, os resultados encontrados são suficientes para atestar que o instrumento é capaz de gerar escores capazes de medir o conteúdo de forma consistente. Sobre a validade baseada na relação com variáveis externas, não foram encontradas correlações significativas com alguns dos construtos relevantes relacionados.

Portanto, de acordo com a Resolução 9/2018, os resultados apontaram que a versão brasileira do USSQ atende a alguns requisitos mínimos obrigatórios, como validade de conteúdo e estudo sobre estrutura interna. A ausência de relações significativas com outras variáveis classifica o instrumento no Nível B (suficiente), já que foram encontradas evidências de validade convergente entre o enfrentamento imediato e assertividade e planejamento para situações de risco de consumo da substância e autocontrole emocional em situações adversas, mas não com outras variáveis relevantes (nível de envolvimento com a substância, depressão, ansiedade e estresse).

Dentre as limitações, destaca-se a baixa escolaridade da população avaliada, o que pode ter dificultado a compreensão de alguns itens. Ressalta-se que, com alguns participantes, era necessário repetir a leitura e fornecer exemplos para que eles respondessem, o que pode ter prolongado o tempo de aplicação e diminuído a motivação em responder aos instrumentos. Além disso, alguns itens são descritos com palavras desconhecidas por essa população e apresentam expressões pouco utilizadas na língua portuguesa. Ainda, alguns descrevem comportamentos que são pouco usuais no contexto sociocultural brasileiro. Assim, uma alternativa é a elaboração de instrumentos lúdicos e que descrevam comportamentos presentes no cotidiano dos indivíduos, levando em consideração os déficits cognitivos, problemas emocionais e a ocorrência de outros transtornos concomitantes a essa população.

Ademais, as condições de aplicação dos instrumentos em alguns momentos eram inadequadas, já que os locais de coleta de dados não propiciaram silêncio nem privacidade aos participantes. Salienta-se, também, a falta de padronização durante as aplicações, tendo em vista que nem sempre as salas eram disponibilizadas no local de coleta de dados. Portanto, para estudos futuros, sugere-se maior controle nas questões relacionadas à padronização.

Os impactos previstos deste estudo são, além de adicionar novos dados sobre qualidades psicométricas do USSQ, promover maior desenvolvimento na área de pesquisa em avaliação psicológica relacionado às habilidades de enfrentamento no contexto da dependência de substâncias psicoativas, colaborando para a promoção de instrumentos que auxiliem na elaboração de intervenções mais efetivas para essa população. Assim, é sugerido que próximos estudos busquem investigar mais propriedades psicométricas do USSQ, como relações com outras variáveis relevantes, para que possa ser melhor classificado pelos critérios estabelecidos pela Resolução 9/2018 do CPF. Além disso, devido à escassez de instrumentos que avaliem esse construto especificamente para essa população, devem ser desenvolvidos novos instrumentos para avaliação e intervenção na área.

REFERÊNCIAS

- ALIANE, P. P., LOURENÇO, L. M., RONZANI, T. M. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, v. 11, p. 83-88, 2006.
- AMBIEL, R. A. M.; ANDRADE, J. M.; CARVALHO, L. F; CASSEPP-BORGES, V. “E viveram felizes para sempre”: a longa (e necessária) relação entre psicologia e estatística. In: _____. **Avaliação Psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia**, São Paulo: Casa do Psicólogo, cap. 3, p. 49-77, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- APÓSTOLO, J. L. A., MENDES, A. C., AZEREDO, Z. A. Adaptação para a língua portuguesa da depression, anxiety and stress scale (DASS). **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência da maconha. **Revista da associação médica brasileira**, v. 51, n. 5, São Paulo, 2005.
- BIAGGIO, A. M. B., NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.
- BONADIO, A. N.; FIGLIE, N. B. Terapias psicológicas de usuários e dependentes de álcool. In: _____. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. Cap. 6.
- CAMPOS, J. A. D. B., MAROCO, J. Modelagem de equações estruturais: aplicações à validação de instrumentos psicométricos. In: _____. **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. São Paulo: Vetor, 2017. cap. 14, p. 323-345.
- CASTROAND, S. D., SANCHEZ, Z. M., ZALESKI, M., ALVES, H. N. P., PINKSY, I., CAETANO, R., LARANJEIRA, R. Sociodemographic characteristics associated with binge drinking among Brazilians. **Drug and alcohol dependence**, 2012.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- COELHO, L. R. M., SÁ, L. G. C. Habilidades sociais na dependência de substâncias: a literatura errou? In: _____. **(Des) Ensaio temáticos: construções sobre teses em psicologia**. Erechim, RS: EdIFAPES, 2014. cap. 4, p. 41-47.
- COELHO, L. R. M., SÁ, L. G. C., OLIVEIRA, M. S. Estratégias e habilidades de enfrentamento de usuários de crack em tratamento. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 2, p. 99-105, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução nº9, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. 2018.

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**, v. 3, p. 28-41, 2007.

CUNHA, S. M., PEUKER, A. C., BIZARRO, L. Consumo de álcool de risco e repertório de habilidades sociais entre universitários. **PSICO**, v. 43, n. 3, p. 289-297, p. 2012.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

DÉA, H. R. F., SANTOS, E. N., ITAKURA, E., OLIC, T. B. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia ciência e profissão**, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004.

DEL PRETTE, G. Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. **Revista Perspectivas**, v. 2, n. 1, 2011.

DEL PRETTE, Z., DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho**. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DIHEL, A., CORDEIRO, D. C., LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool. In: _____ **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 12, p. 129-144.

DOLAN, S. L., ROHSENOW, D. J., MARTIN, R. A., MONTI, P. M. Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. **Drug and alcohol dependence**, 2012.

DONOVAN, D., MARLATT, A. **Avaliação dos comportamentos dependentes**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

ERIKSEN, L., BJORNSTAD, S., GOTESTAM, K. G. Social skills training in groups for alcoholics: One year treatment outcome for groups and individuals. **Addictive Behaviors**, v. 11, p. 309-329, 1986.

FIGLIE, N. B., BORDIN, S., LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FONSECA, V., LEMOS, T. Farmacologia na dependência química. In: _____ **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 1, p. 25-34.

FRANCO, V. R., VALENTINI, F., IGLESIAS, F. Introdução à análise fatorial confirmatória. In: _____ **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. São Paulo: Vetor, 2017. cap. 13, p. 295-322.

HAIR, J. F. **Análise multivariada dos dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HENRIQUE, I. F., MICHELI, D., LACERDA, R. B., LACERDA, L. A., FORMIGONI, M. L. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance involvement screening test (ASSIST). **Revista da associação médica brasileira**, v. 50, n. 2, 2004.

JACKSON, D. L. Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N:q hypothesis. **Structural Equation Modeling**, v. 10, p. 128-141, 2003.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. Governo Temer engaveta pesquisa sobre uso de drogas que custou R\$7 milhões, 2018. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br>. Acesso em: 20/09/2018.

JUNGERMAN, F. S. Prevenção de recaída. In: _____. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 10, p. 155-171.

KLIN, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: Guilford, 2005.

LARANJEIRA, R., JERÔNIMO, C. Dependência e uso nocivo do álcool. **UNIAD – Unidade de pesquisa em álcool e drogas**, 2014. Disponível em: <<http://uniad.org.br>>. Acesso em: 15/03/2018.

LEÓN, D. A. D. **Análise Fatorial Confirmatória através dos Softwares R e Mplus**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão de curso (Estatística), 2011.

MARINHO, J. A. C., ARAUJO, R. B., RIBEIRO, M. Manejo da fissura. **O tratamento do usuário de crack**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MARLATT, A. WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. In: _____. **Prevenção de recaída**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 1, p. 15-50, 2008.

MARQUES, A. C. P. R., RIBEIRO, M. (Orgs.). **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Prefeitura da cidade de São Paulo, 2006.

MARTINS, V. M. S. **Propriedades psicométricas do Questionário de Estratégias Específicas para a fissura (USSQ)**. Universidade Federal do Maranhão, Trabalho de Conclusão de curso (Psicologia), 2017.

MCCRADY, B. Transtornos por uso de álcool. In: _____. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 13, p. 531-583.

MONTI, M. P., ROHSENOW, J. D., SWIFT, R. M., GULLIVER, S. B., COLBY, S. M., MUELLER, T. I., BROWN, R. A., GORDON, A., ABRAMS, D. B., NIAURA, R. S., ASHER, M. K. Naltrexone and Cue Exposure With Coping and Communication Skills Training for Alcoholics: Treatment Process and 1-Year Outcomes. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 25, n. 11, 2001.

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

MORERO, J. A. P., BRAGAGNOLLO, G. R., SANTOS, M. T. S. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, 2018.

MUNIZ, M., FREITAS, C. P. P. Padronização e normatização de instrumentos psicológicos. In: _____. **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. São Paulo: Vetor, 2017. cap. 3, p. 57-81.

MURTA, S. G. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: análise da produção nacional. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

MURTA, S.G., TRÓCCOLI, B.T. Parando de beber: estágios de mudanças vividos por ex-alcoolistas. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 157-166, 2005.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 13/04/2018.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARCIAS, S. ROSARIO, B. P., SAKAE, T., MONTE, F., GUIMARÃES, A., XAVIER, A. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. **Jornal brasileiro psiquiatria**, v. 60, n. 3, p. 164-170, 2011.

PERRENOUD, L. O., RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: _____. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 3, p. 43-48.

PRIMI, R., MUNIZ, M., NUNES, C. H. S. S. Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: _____. **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap. 10, p. 243-265, 2009.

PULCHERIO, G., STOLF, A. R., PETTENON, M., FENTERSEIFER, D. P., KESSLER, F. Crack: da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, jul.-set, 2010.

RANGÉ, B., MARLATT, G. A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2007, n. 30, p. 88-95.

ROCHA, S., M., O.; ALLIARDI, S.; ROCHA, B., F.; ARAÚJO, R. B. Eventos estressores e recaídas de usuários de substâncias psicoativas: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2013, v. 9, n. 2, p. 108-117.

SÁ, L. G. C. **Propriedades psicométricas do inventário de habilidades de enfrentamento antecipatório para abstinência de álcool e outras drogas**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos (2013).

SÁ, L. G. C., DEL PRETTE, Z. A. P. Dependência química sob tratamento ambulatorial: análise de impacto sobre habilidades sociais. In: _____ **Intervenções baseadas em evidências: aplicações do Método JT**. São Carlos, UFSCar, 2012. cap. 7, p. 127-147.

SÁ, G. C.; OLAZ, F. O., DEL PRETTE, Z. A. P. Propriedades Psicométricas iniciais do Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas. **Avaliação Psicológica**, v. 16, n. 2, p. 176-186, 2017.

SAKIYAMA, H. M. T., RIBEIRO, M., PADIN, M. F. R. Prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais. In: _____. **O tratamento do usuário de crack**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 20, p. 337-350.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psic.: Teoria e Pesquisa**, 2010, vol.26, n.3, pp.533-541.

SCHNEIDER, J. A., ANDRETTA, I. Habilidades sociais como fatores de risco e proteção entre homens usuários de crack. **Quaderns de Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 151-161, 2017.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)**. 2 ed. São Paulo: UNIVESP (Universidade Federal de São Paulo), 2014.

SILVA, C. B., KOLLING, N. M., CARVALHO, J. C. N., CUNHA, S. M., KRISTENSEN, C. H. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. **Aletheia**, n. 30, 2009.

SOUSA, J. M. **Inventário de habilidades de enfrentamento antecipatório para abstinência de álcool e outras drogas: evidências de validade baseada na relação com variáveis externas**. Relatório de Iniciação Científica – Universidade Federal do Maranhão, 2017.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (UNIAD). **Abuso de álcool e drogas**, 2013. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br>>. Acesso em: 05/03/2018.

VALENTINI, F., DAMÁSIO, B. F. Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 2, p. 1-7.

VASCONCELOS, E. M. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação. **O Social em Questão**, n. 28, 2012.

WAGNER, M.F., OLIVEIRA, M.S. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. **Psicologia Clínica**, v. 19, n. 2, p. 101-116, 2007.

WAGNER, M.F., OLIVEIRA, M.S. Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n.1, p. 101-110 2009.

WAGNER, M. F., SILVA, J.G., ZANETTELO, L.B., OLIVEIRA, M.S. O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 6, n. 2, p. 255-273, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Geneva, 2011.

ZANELATTO, N. Treinamento de Habilidades Sociais. In:_____. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. Cap 25.

ZANELATTO, N. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. In: _____. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 11, p. 172-178.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD): Estudos psicométricos adicionais e elaboração de manual para aplicação, apuração e interpretação

Pesquisador: Lucas Guimarães Cardoso de Sá

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47551315.0.0000.5087

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.304.309

Apresentação do Projeto:

Habilidades de enfrentamento são descritas como uma das variáveis mais importantes para a promoção ou manutenção da abstinência de substâncias psicoativas. Apesar disso, ao longo dos anos pouca atenção foi dada ao desenvolvimento de instrumentos capazes de avaliar esta variável, nesse contexto específico. Recentemente, esforços têm sido empreendidos para mudar a situação, inclusive no Brasil, onde foi desenvolvido o Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD). Embora estudos iniciais indiquem boas qualidades psicométricas do instrumento, a Resolução 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia recomenda a necessidade de acumular e apresentar uma série de outras evidências de validade que permitam interpretar com segurança as características de um indivíduo. O objetivo geral desta proposta é atender aos requisitos exigidos para que o IDHEA-AD seja considerado apto para utilização por profissionais. Para isso serão investigadas evidências de validade e fidedignidade por confirmação da estrutura interna. Adicionalmente serão estabelecidos padrões normativos de interpretação para os escores obtidos e elaborado um manual técnico de aplicação, apuração e interpretação dos resultados do instrumento que será submetido ao Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO



MARANHÃO/MA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Atender aos requisitos mínimos exigidos para que o IDHEA-AD seja considerado apto para utilização.

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários são investigar evidências adicionais de validade e fidedignidade, estabelecer padrões normativos de interpretação para os escores obtidos e elaborar um manual técnico de aplicação, apuração e interpretação dos resultados do instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que essa pesquisa oferece são mínimos. O participante pode sentir cansaço por responder ao questionário. Se isso acontecer, pode solicitar uma pausa para descanso ou mesmo o encerramento da atividade, sem qualquer prejuízo. Embora o instrumento mostre como lidar com situações difíceis, pode haver algum incômodo emocional durante ou após responder, caso o participante sinta que não consegue lidar com tais situações. Caso isso aconteça, o participante será orientado a comunicar imediatamente ao pesquisador. O pesquisador é doutor em Psicologia, com experiência profissional no tratamento da dependência química, estando, portanto, capacitado para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer e motivar o participante a buscar a abstinência.

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem uma boa justificativa com objetivos claros e coerentes e possíveis de serem alcançados. Materiais e métodos de boa qualidade e também o cronograma e o orçamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Todas as recomendações foram acatadas e corrigidas pelo autor.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.304.309

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo autor e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_509374.pdf	22/10/2015 10:55:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_doc.doc	22/10/2015 10:55:07	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	01/09/2015 01:51:44	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	InstrumentoC.pdf	01/09/2015 01:50:39	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	InstrumentoB.pdf	01/09/2015 01:50:15	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	InstrumentoA.pdf	01/09/2015 01:49:34	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Recurso Anexado	Resposta_ao_parecer_pendente_do_CE	01/09/2015	Lucas Guimarães	Aceito

pele Pesquisador	P.pdf	01:48:50	Cardoso de Sá	
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Institucional.pdf	01/09/2015 01:48:20	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	01/09/2015 01:47:55	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/09/2015 01:47:25	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/08/2015 19:48:37	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Outubro de 2015

Assinado por:**FRANCISCO NAVARRO****(Coordenador)**

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD): Estudos psicométricos adicionais e elaboração de manual para aplicação, apuração e interpretação”, 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

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO GERAL

Data:**Idade:****Nº do participante:****Sexo:** () Masculino () Feminino**Escolaridade:** () Ensino Fundamental incompleto
Fundamental completo () Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Superior incompleto

() Ensino

() Superior completo

Droga de preferência:**Tempo sem consumir a droga:****Outras informações relevantes:**

ANEXO D – ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT
SCREENING (ASSIST)

OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia, o uso de instrumentos de avaliação psicológica deve ser restrito aos psicólogos. Todos os esforços devem ser feitos para evitar a divulgação indevida desses instrumentos, bem como de suas cópias.

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS À FISSURA

OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia, o uso de instrumentos de avaliação psicológica deve ser restrito aos psicólogos. Todos os esforços devem ser feitos para evitar a divulgação indevida desses instrumentos, bem como de suas cópias.

ANEXO F – INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO PARA
ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia, o uso de instrumentos de avaliação psicológica deve ser restrito aos psicólogos. Todos os esforços devem ser feitos para evitar a divulgação indevida desses instrumentos, bem como de suas cópias.

ANEXO G – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO MAIOR

OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia, o uso de instrumentos de avaliação psicológica deve ser restrito aos psicólogos. Todos os esforços devem ser feitos para evitar a divulgação indevida desses instrumentos, bem como de suas cópias.

ANEXO H – ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia, o uso de instrumentos de avaliação psicológica deve ser restrito aos psicólogos. Todos os esforços devem ser feitos para evitar a divulgação indevida desses instrumentos, bem como de suas cópias.