

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE  
HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO PARA A ABSTINÊNCIA  
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (IDHEA-AD)**

**Lucas Guimarães Cardoso de Sá**

**São Carlos  
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE  
HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO PARA A ABSTINÊNCIA  
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (IDHEA-AD)**

**LUCAS GUIMARÃES CARDOSO DE SÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Comportamento Social e Processos Cognitivos

Orientadora: Zilda Aparecida Pereira Del Prette

**SÃO CARLOS  
2013**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

S111pp

Sá, Lucas Guimarães Cardoso de.

Propriedades psicométricas do inventário de habilidades de enfrentamento para a abstinência de álcool e outras drogas (IDHEA-AD) / Lucas Guimarães Cardoso de Sá. -- São Carlos : UFSCar, 2014.  
135 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Psicometria. 2. Habilidades de enfrentamento. 3. Drogas - prevenção da recaída. 4. Álcool. 5. Cocaína. 6. Crack (Droga). I. Título.

CDD: 150.15195 (20<sup>a</sup>)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA TESE DE DOUTORADO

Lucas Guimarães Cardoso de Sá

São Carlos, 09/12/2013

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zilda Aparecida Pereira Del Prette (Orientadora e Presidente)  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth da Silva Oliveira  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos  
Universidade Federal do Ceará/UFC

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani  
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Waltz Schelini  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública  
realizada às 14:30h no dia 09/12/2013.

Comissão Julgadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zilda Aparecida Pereira Del Prette

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth da Silva Oliveira

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Waltz Schelini

Homologada pela CPG-PPGpsi na

\_\_\_\_\_ª Reunião no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deisy das Graças de Souza  
Coordenadora do PPGpsi

Apoio Financeiro:

Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)  
Processo 2010/07890-3

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)  
Auxílio para estágio no exterior, Programa CAPG/BA (Programa de Centros  
Associados de Pós-Graduação/Brasil-Argentina)

## Agradecimentos

Ao meu pai, José Roberto, minha mãe, Meire e meu irmão, Alex, pelo apoio que sempre me deram, em qualquer condição que eu apresentasse.

À Bárbara, por estar comigo em diferentes formas, mas de qualquer maneira.

À Zilda e Almir Del Prette, por todo novo aprendizado que me proporcionaram e por terem confiado em mim, orientando um projeto que eu tanto queria.

Aos “Caras”, André Varella, Édson Huziwara, Henrique Pompermeier, João Henrique, Léo Marques, Lucas Garcia, Marcelo Silveira, por serem meus irmãos que estavam perdidos por São Carlos e pelas histórias que vamos contar para o resto da vida.

Às “Meninas S2”, Mari Cortez, Priscila Haanwinckel e Talita Dias, por serem tão especiais que fazem a saudade vir antes mesmo da distância.

Às incríveis meninas, Camila Comodo, Nahara Lopes, Renata Branco, pelos dias mais divertidos que me proporcionaram.

Aos colegas de grupo LIS/RIHS, Bárbara, Carina, Carol, Catarina, Dani, Dany, Denise, Fabi, Ivana, Josi, Larissa, Lívia, Lucas, Miriam, Paula; e às que me aceitaram como agregado no LECH, Nat Aggio e Vivi.

À Luziane Kirchner pela enorme ajuda na coleta dos dados.

Aos amigos que, de longe, estiveram perto, Arthur Sene, Krol Rimoldi, Bruno Marinho, Reginaldo Aguiar, Guilherme Teixeira.

Aos professores Fabián Olaz e Edgardo Pérez, da Universidad Nacional de Córdoba, pela ajuda inestimável na tomada de decisões para a tese.

À Valéria Morán, por me tornar um pouco argentino.

Aos colegas da UNC, Matias Terán, Marianela Ruiz, Milagros Martinez e Yanina Alladio que me receberam como se Córdoba fosse minha casa.

À Marinéia, pela paciência e disponibilidade para resolver todos os meus problemas no PPGPsi UFSCar.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, Patrícia Schelini, Margareth Oliveira, Telmo Ronzani e Walberto Santos, pela leitura cuidadosa do trabalho e as importantes sugestões oferecidas.

Aos colegas de trabalho na Oficina da Vida de Uberlândia, onde tudo começou.

Aos diversos CAPS-AD e instituições de atenção ao dependente de substâncias que me receberam, especialmente os CAPS-AD São Carlos e Araraquara.

A todos os participantes que, mesmo em um momento difícil de vida, aceitaram contribuir para o meu trabalho.

À FAPESP, pelo apoio intelectual e financeiro que permitiu a realização da pesquisa.

À CAPES, pelo apoio financeiro concedido para a realização de estágio no exterior.

## Sumário

<b>Lista de tabelas</b>	<b>8</b>
<b>Lista de figuras</b>	<b>9</b>
<b>Apresentação</b>	<b>10</b>
<b>Resumo</b>	<b>13</b>
<b>Abstract</b>	<b>14</b>
<b>Introdução</b>	<b>15</b>
Habilidades de enfrentamento na prevenção da recaída de álcool e outras drogas	<b>17</b>
Habilidades de enfrentamento: Estudos atuais	<b>23</b>
A avaliação das habilidades de enfrentamento	<b>29</b>
<b>Objetivos</b>	<b>33</b>
<b>1. Habilidades de enfrentamento antecipatório na manutenção da abstinência de álcool e outras drogas: Construção de um instrumento de medida</b>	<b>34</b>
Método	<b>34</b>
<i>Fase 1. Elaboração de itens de uma escala para avaliar habilidades de enfrentamento na manutenção da abstinência de álcool e outras drogas</i>	<b>34</b>
<i>Fase 2. Análise da qualidade dos itens: Evidências de validade de conteúdo</i>	<b>40</b>
<i>Fase 3. Pré-Teste</i>	<b>46</b>
<b>2. Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD): Evidências de validade baseada na estrutura interna e análise de consistência interna</b>	<b>57</b>
Método	<b>57</b>
<i>Participantes</i>	<b>57</b>
<i>Instrumento</i>	<b>58</b>
<i>Procedimentos</i>	<b>58</b>
Resultados	<b>60</b>
Discussão	<b>71</b>
<b>3. Evidências adicionais de validade e fidedignidade do IDHEA-AD</b>	<b>79</b>
Método	<b>79</b>
<i>Participantes</i>	<b>79</b>
<i>Instrumentos</i>	<b>80</b>
<i>Procedimentos de aplicação</i>	<b>81</b>
<i>Procedimentos de análise dos dados</i>	<b>82</b>
Resultados	<b>82</b>
Discussão	<b>85</b>

<b>4. Caracterização do repertório de habilidades de enfrentamento de consumidores de álcool e outras drogas</b>	<b>89</b>
Método	<b>89</b>
<i>Participantes</i>	<b>89</b>
<i>Instrumento</i>	<b>90</b>
<i>Procedimentos</i>	<b>90</b>
Resultados	<b>91</b>
Discussão	<b>95</b>
<b>Considerações Finais</b>	<b>100</b>
Questões metodológicas e limitações	<b>100</b>
Estudos futuros	<b>101</b>
<b>Referências</b>	<b>105</b>
<b>Anexos</b>	<b>116</b>
Anexo A. Descrição das habilidades de enfrentamento antecipatório e itens construídos para o instrumento	<b>117</b>
Anexo B. Concordância e média de importância atribuída por juízes especialistas, distribuição de respostas em cada ponto da escala e índices de assimetria e curtose para cada habilidade do IDHEA-AD	<b>124</b>
Anexo C. Termo de consentimento livre e esclarecido	<b>128</b>
Anexo D. Cadernos de respostas do Inventário De Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD)	<b>130</b>
Anexo E. Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	<b>137</b>



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.1</b>	Fases e etapas do processo de construção do instrumento	<b>34</b>
<b>Tabela 1.2</b>	Itens excluídos por terem menos de 70% de acordo entre os juízes	<b>42</b>
<b>Tabela 1.3</b>	Itens eliminados por terem média de importância atribuída inferior a três	<b>42</b>
<b>Tabela 1.4</b>	Itens apontados como semelhantes pelos juízes e a forma final adotada após fusão.	<b>44</b>
<b>Tabela 1.5</b>	Diferenças significativas por meio de teste t de Student nas habilidades de enfrentamento conforme o tipo de tratamento	<b>52</b>
<b>Tabela 1.6</b>	Diferenças significativas por meio de Análise de Variância (ANOVA) nas habilidades de enfrentamento conforme o tipo de aplicação do instrumento	<b>53</b>
<b>Tabela 2.1</b>	Estrutura interna do IDHEA-AD com cinco fatores	<b>68</b>
<b>Tabela 2.2</b>	Estrutura interna do IDHEA-AD com quatro fatores	<b>69</b>
<b>Tabela 2.3</b>	Estrutura interna do IDHEA-AD com três fatores	<b>70</b>
<b>Tabela 3.1</b>	Dados de caracterização da amostra	<b>79</b>
<b>Tabela 3.2</b>	Coefficientes de correlação de Pearson entre o IDHEA-AD e o EAAD, o ASSIST e tempo de abstinência	<b>83</b>
<b>Tabela 3.3</b>	Análises de regressão linear múltipla para habilidades de enfrentamento como preditoras de autoeficácia para abstinência, envolvimento com a substância e tempo de abstinência	<b>84</b>
<b>Tabela 3.4</b>	Fidedignidade por estabilidade temporal e equivalência de metades paralelas do IDHEA-AD	<b>85</b>
<b>Tabela 4.1</b>	Dados de caracterização da amostra	<b>89</b>
<b>Tabela 4.2</b>	Caracterização geral e por variáveis distintas dos escores do IDHEA-AD	<b>92</b>
<b>Tabela 4.3</b>	Comparação do repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório por grupos de tempo de abstinência	<b>94</b>
<b>Tabela 4.4</b>	Percentis do IDHEA-AD para pessoas com menos de um mês de abstinência e com mais de um mês de abstinência	<b>94</b>

## Lista de Figuras

<b>Figura 2.1</b>	Gráfico de sedimentação sugerindo cinco fatores a serem extraídos	<b>64</b>
<b>Figura 2.2</b>	Gráfico do programa Vista-Visual Statistics indicando o número máximo de fatores a serem extraídos	<b>65</b>
<b>Figura 2.3</b>	Tabela do programa Vista-Visual Statistics com a comparação entre autovalores simulados e reais	<b>65</b>

## **Apresentação**

Esta tese é resultado do meu processo de formação, ainda como estudante de Psicologia e depois, já como psicólogo. No início do meu quarto ano de graduação, na Universidade Federal de Uberlândia, fui aprovado em um estágio na Oficina da Vida, nome popular para o setor da referida universidade responsável por prestar atendimento a funcionários e seus parentes com problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias. Assim que me formei, fui contratado como psicólogo, para fazer parte da equipe do setor e aí fiquei até o início de 2010, quando solicitei desligamento para ir a São Carlos cursar o doutorado.

Nesse intervalo, fiz meu mestrado em área totalmente distinta deste trabalho, mas do início do estágio ao último dia de trabalho foram quase seis anos em que fui me tornando cada vez mais intrigado em tentar descobrir formas de avaliar as características dos pacientes e saber se eles estavam evoluindo no tratamento. A avaliação psicológica na dependência de substâncias me parece uma área delicada da Psicologia, muito sujeita a omissões e erros. Envolve diferentes versões para os mesmos fatos e relatos imprecisos, o que muitas vezes dificulta a avaliação correta da situação. Obviamente existem indicadores que bons terapeutas sabem avaliar, e isso em hipótese alguma deve ser descartado. Porém, em conjunto com essa avaliação mais subjetiva, me parece fundamental uma outra, que seja mais objetiva, pautada em indicadores psicométricos.

E embora exista um número razoável de instrumentos de avaliação na área de dependência de substâncias, ainda são poucos aqueles validados para o contexto brasileiro. Outra lacuna da área que tenho observado é que a maior parte desses poucos instrumentos validados é usada apenas para a caracterização do dependente ou no processo inicial de avaliação, de triagem dos pacientes. Seria importante que os

instrumentos pudessem ser utilizados ao longo do tratamento, como um guia que orientasse a evolução do paciente e o rumo das intervenções.

Foi essa a dificuldade que tive e que me motivou a desenvolver o trabalho que será apresentado nesta tese. Durante muito tempo, fui o responsável por coordenar um grupo chamado de “Treinamento de Habilidades”, em que se ensinavam habilidades sociais e de enfrentamento aos pacientes, visando à prevenção da recaída ou manutenção da abstinência. Apesar de seguir a estrutura de sessões proposta por Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney e Abrams, no livro *Tratando a dependência de álcool: Um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento* e por Carroll, no livro *A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*, não havia um parâmetro objetivo sobre a evolução do aprendizado dos novos comportamentos.

Durante um período tentei utilizar o consagrado Inventário de Habilidades Sociais, que embora tenha me ajudado a ter alguma ideia do processo de aprendizado, foi construído com base em outra população e, portanto, não me oferecia respostas diretamente relacionadas ao contexto da dependência. Passei a pensar então que seria fundamental utilizar um instrumento que pudesse avaliar habilidades necessárias especificamente à prevenção da recaída. Como nas buscas que fiz não encontrei nada validado para o Brasil, decidi investir na construção desse instrumento, cujo resultado parcial pode ser visto a seguir.

Digo parcial porque sei que a construção de instrumentos de avaliação psicológica é um processo longo, que nunca pode ser considerado encerrado. Precisa ser constantemente testado, desenvolvido e atualizado. Portanto, o que eu espero é que este trabalho seja um passo inicial, seguido por diversos outros que levem adiante os conhecimentos da área, permitindo inicialmente uma avaliação mais precisa dos

comportamentos de enfrentamento antecipatório, mas quem sabe, no futuro, orientando para que as intervenções sejam cada vez mais direcionadas e eficazes.

O texto apresentado a seguir está dividido em cinco partes principais: (1) uma introdução apresentando o tema, definições e estudos recentes na área das habilidades de enfrentamento no contexto do uso, abuso ou dependência de substâncias; (2) a descrição sobre como foi o processo de construção do instrumento; (3) um estudo sobre evidências de validade da estrutura interna do instrumento; (4) uma investigação sobre evidências adicionais de validade e fidedignidade; e (5) um terceiro estudo, envolvendo a caracterização do repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório de pessoas em tratamento por abuso ou dependência de substâncias.

Sá, L. G. C. (2013). *Propriedades psicométricas do Inventário de Habilidades de Enfrentamento para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD)* (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

### Resumo

O objetivo deste estudo foi construir e analisar as propriedades psicométricas de um instrumento capaz de avaliar habilidades de enfrentamento antecipatório para a abstinência de substâncias. Para a redação dos itens, foram selecionadas 18 classes de habilidades de enfrentamento antecipatório descritas na literatura e obtidas de entrevistas com pessoas em abstinência de substâncias. Cada uma foi descrita e subclasses que poderiam representá-la foram redigidas na forma de 92 itens. Após análise semântica e de evidências de validade de conteúdo por juízes, o instrumento passou a conter 68 itens. Esta versão foi submetida a testes para avaliar procedimentos de aplicação e interpretação das respostas e mais um item foi excluído, com outros sendo reescritos. O instrumento com 67 itens recebeu o nome de Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD). Para verificar evidências de validade da sua estrutura interna, ele foi submetido à Análise Fatorial Exploratória (AFE). A amostra para esta etapa foi de 422 pessoas em tratamento por abuso ou dependência de álcool ou crack. Os dados obtidos foram considerados adequados para a realização de análise fatorial, com índice KMO de 0.88 e Teste de Esfericidade de Bartlett significativo ( $\chi^2 = 9032.1$ ;  $p < 0.001$ ). Foi utilizado o método de extração Máxima Verossimilhança, com rotação Promax e supressão de variáveis com carga fatorial inferior a 0,40. Uma estrutura composta por três fatores se mostrou adequada e confiável, com 30 itens, alfa de Cronbach de 0.88 e total de variância explicada de 43.02%. O primeiro fator, nomeado “Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias”, composto por 14 itens e com alfa de 0.89, envolve principalmente habilidades para recusar oferta de substâncias. O segundo, “Expressão de sentimento positivo para manutenção da abstinência” está relacionado a habilidades para demonstração de afeto, que colabora para o estabelecimento de situações sociais menos estressoras. Possui oito itens e alfa de 0.83. Por fim, o terceiro fator “Autocontrole emocional de situações adversas”, envolvendo principalmente autocontrole da raiva, tem oito itens e alfa de 0.77. Esta estrutura apresentou também boas evidências de validade convergente por construto relacionado (autoeficácia para a abstinência), validade de critério concorrente (com nível de envolvimento com a substância e tempo de abstinência), fidedignidade por estabilidade temporal e fidedignidade por consistência em relação ao conteúdo. Além disso, como esperado, observou-se que variáveis como gênero, escolaridade e tipo de substância consumida não parecem interferir nos resultados obtidos. Ao utilizar o instrumento para caracterizar o repertório de habilidades de enfrentamento em abusadores ou dependentes de substâncias, apenas tempo de abstinência mostrou ser uma variável crítica. Maior tempo de abstinência está relacionado a repertório mais elevado de habilidades de enfrentamento antecipatório. Todos os resultados indicam qualidade do IDHEA-AD, o que permite prosseguir com as investigações, de forma a atender aos requisitos exigidos pelo Conselho Federal de Psicologia para que possa ser utilizado por profissionais, na avaliação clínica.

**Palavras-chave:** habilidades de enfrentamento, prevenção da recaída, álcool, cocaína crack, drogas.

Sá, L. G. C. (2013). *Psychometric properties of the Anticipatory Coping Skills Inventory for the Abstinence from Alcohol and Other Drugs (IDHEA-AD)* (Doctoral dissertation). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brazil.

### Abstract

The objective of this study was to construct and analyze the psychometric properties of an instrument capable of assessing the anticipatory coping skills for abstinence from substances. For the elaboration of items, 18 classes of the anticipatory coping skills as described in literature and obtained from interviews with people in abstinence from substances have been selected. Each one was described and subclasses, that could represent it, were drafted in the form of 92 items. After a semantic analysis and evidences of content validity made by judges, the instrument contains now 68 items. This version was submitted to tests to check application procedures and interpretation of responses, therefore another item was deleted, with others being rewritten. The instrument with 67 items was named Inventory of Anticipatory Coping Skills for abstinence from Alcohol and Other Drugs (IDHEA-AD, as in portuguese). To check evidences of its internal structure validity, it was subjected to Exploratory Factor Analysis (EFA). The samples for this stage were 422 people in treatment for alcohol or crack abuse or dependence. The data obtained were considered adequate for performing factorial analysis, with KMO index of 0.88 and significant Bartlett sphericity test ( $\chi^2 = 9032.1$ ,  $p < 0.001$ ). The Maximum Likelihood method of extraction was used with Promax rotation and variables reduction with factorial loading lower than 0.40. A structure composed of three factors revealed itself adequate and reliable, with 30 items, Cronbach's alpha of 0.88 and total explained variance of 43.02%. The first factor, named "Assertiveness and planning for high-risk situations of substance use", composed of 14 items with an alpha of 0.89 and mainly involves refusal skills to the offer of substances. The second, "Expression of positive feelings for abstinence sustenance" is related to ability to demonstrate affection, which contributes to the development of less stressful social situations. It has eight items and alpha of 0.83. Finally, the third factor "Emotional self-control facing adverse situations" involves mainly the self-control of anger, has eight items and alpha of 0.77. This structure also showed good evidence of convergent validity by construct-related (self-efficacy for abstinence), concurrent criterion validity (with level of involvement with the substance and abstinence length), reliability for temporal stability and reliability by consistency in relation to the content. Furthermore, as expected, it was observed that variables such as gender, educational level and type of consumed substance seem to affect the obtained results. When using the instrument to characterize the repertoire of coping skills in substance dependents or abusers, only abstinence length has proved to be a critical variable. A longer abstinence is related to a higher repertoire of anticipatory coping skills. All results indicate the quality of the IDHEA-AD, which allows the proceeding of the investigation in order to meet the requirements set by the Federal Council of Psychology so it can be used by professionals in the clinical evaluation.

**Keywords:** coping skills, relapse prevention, alcohol, crack cocaine, drugs.

A Dependência de Substâncias pode ser caracterizada por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando constante autoadministração de substâncias psicoativas, ainda que isso resulte em problemas significativos ao indivíduo e em perda do controle voluntário do consumo, tolerância aos efeitos da droga e a sintomas específicos quando é realizada abstinência (American Psychiatric Association, 2002). Estudos indicam que o álcool e o crack (cocaína na sua forma impura, acrescida de bicarbonato de sódio e outras substâncias), parecem ser as drogas que mais geram busca por tratamento para dependência química no Brasil.

Conforme Noto e Galduróz (1999), entre os anos de 1988 e 1998, o alcoolismo foi o motivo de 90% das internações por dependência de drogas no país. Carlini (2006) informa que este número foi de 76%, em 367 hospitais psiquiátricos brasileiros investigados no ano de 2004. Já o uso de crack parece ter crescido nos últimos anos, a ponto de muitos considerarem a existência de uma epidemia dos dias atuais. De qualquer forma, embora esta seja uma questão polêmica, os dados indicam que, se até o início da década passada o tratamento para o alcoolismo era predominante, hoje ele divide espaço com intervenções relacionadas ao consumo de crack.

O crack é a forma prevalente das internações por dependência de cocaína no Brasil (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008) e responsável por até 84% do consumo de drogas ilegais no período anterior ao início do tratamento para dependência química, conforme relato de pacientes em período de internação (Borini, Guimarães & Borini, 2003). Além disso, Kessler e Pechansky (2008) relatam que ele foi responsável por 39.4% das buscas por atendimento ambulatorial e hospitalar para a dependência de substâncias, em quatro capitais brasileiras investigadas.

A dependência de drogas é considerada um transtorno complexo, no qual estão integrados fatores biológicos, sociais, ambientais e psicológicos, o que ajuda a explicar



o porquê, estabelecida a dependência, é tão difícil abandoná-la. Durante muitos anos foi comum a ideia de que fatores isolados poderiam explicar sozinhos os comportamentos dependentes. Hoje, embora modelos explicativos distintos concedam pesos também distintos a cada um dos fatores, não restam dúvidas de que um modelo multidimensional e integrativo é a melhor maneira de compreender a dependência de substâncias (Donovan, 2009).

Variáveis muito diversas compõem um modelo explicativo multifatorial para o consumo abusivo ou dependente de uma substância. Uma delas, parte dos fatores psicológicos, são as habilidades de enfrentamento, um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais adaptativas, disponíveis no repertório do indivíduo para serem usadas em momentos específicos de proteção à abstinência (Donovan, 2009). O pressuposto é que a dependência de substâncias pode ser mantida por uma maneira desadaptativa de lidar com situações cotidianas de estresse, sejam em família, no trabalho, com amigos ou mesmo em breves relacionamentos com desconhecidos.

O estresse, entendido como um desequilíbrio entre as exigências do ambiente e os recursos do indivíduo, poderia levar aqueles com repertórios de habilidades de enfrentamento pouco desenvolvidos a utilizarem a substância como tentativa de restabelecer o equilíbrio (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney & Abrams, 2005). Seria o caso, por exemplo, de uma pessoa que precisa beber para fazer uma crítica sobre algo que o incomoda ou de outra que usa crack para aliviar o mal-estar gerado por uma discussão. Alguns estudos mostram a relação entre estressores prévios e consumo de substâncias (Brown et al., 1990; Hassanbeigi, Askari, Hassanbeigi & Pourmovahed, 2013; Saha, 2013).

Para a promoção e manutenção da abstinência seria importante ensinar o indivíduo a discriminar quais situações de estresse oferecem risco de uso de substâncias

psicoativas e quais comportamentos alternativos podem ser utilizados para lidar com ou prevenir tais situações adversas, aumentando assim a probabilidade de evitar um “lapso”, breve momento de retorno ao uso de substâncias, ou uma “recaída”, retorno a um padrão prolongado de uso (Marlatt & Donovan, 2009). Portanto, desenvolver um repertório de habilidades de enfrentamento é fundamental nesse processo de promover comportamentos alternativos mais adaptativos.

O enfrentamento bem sucedido de situações cada vez mais difíceis, em termos de alto risco de uso de substâncias psicoativas, levaria o indivíduo a estabelecer um senso realista de confiança na própria capacidade de lidar com momentos adversos, prevenindo a recaída e facilitando o processo de manutenção da abstinência. Esse modelo, conhecido como Prevenção da Recaída, é descrito em detalhes em Marlatt e Donovan (2009).

### **Habilidades de enfrentamento na prevenção da recaída de álcool e outras drogas**

A Prevenção da Recaída, fundamentada em um modelo cognitivo-comportamental, está centrada no desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais visando evitar a ocorrência de um lapso ou, se isso não for possível, que ele se transforme em uma recaída (Marlatt & Witkiewitz, 2009). Esta fundamentação está em acordo com uma das definições mais populares de enfrentamento, descrito como “os esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança usados para manejar demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). O maior destaque é que, nesse caso, o enfrentamento não é visto como um perfil estável, mas um processo mutável e ligado a contextos específicos.

Tal definição, embora seja parte de uma teoria de enfrentamento mais ampla, se aplica perfeitamente ao contexto específico da dependência de substâncias. Como

colocado anteriormente, a dependência de álcool ou outra droga seria, entre outras variáveis, resultado de enfrentamento inadequado, uma resposta desadaptativa no manejo de exigências infligidas ao indivíduo. De acordo com Donovan (2009), as demandas mais comuns, impostas a pessoas que desejam manter a abstinência de álcool ou outra droga, são: (a) pressão para usar, o que inclui frequentar antigos locais onde era consumida a substância e manter contato com antigos companheiros de uso; (b) desejo de obter os benefícios que o uso proporcionava, como pertencer a um grupo social; (c) experiência de sentimentos negativos, como depressão, solidão e tédio; e (d) experiência de raiva e ressentimento resultantes de conflitos interpessoais. Portanto, para lidar adequadamente com estas demandas, o indivíduo precisa desenvolver um conjunto de habilidades de enfrentamento, diminuindo assim a probabilidade de consumo álcool ou outra droga.

Abrams e Niaura (1987, citado por Monti et al., 2005), consideram o repertório de habilidades de enfrentamento uma das variáveis que ajudam a determinar o uso ou não uso da substância. Contudo, diversas outras, classificadas dentro de fatores específicos, também colaboram para isso. Em Donovan (2009) há uma explicação bastante clara sobre o tema, como resumido a seguir.

Seguindo um *continuum* de tempo relacionado ao momento de lapso, o fator “pessoal distal”, envolve variáveis do próprio indivíduo, como sua história de vida e hereditariedade. O fator “intermediário de *background*” é composto por variáveis relacionadas ao estilo de vida, ao dia a dia de uma pessoa, como pressões do cotidiano, apoios sociais, senso de eficácia, expectativas e motivações em relação ao processo de mudança. O fator “precipitante proximal” abrange variáveis vinculadas a situações de alto risco de consumo de substância, como fissura e compromisso em manter a abstinência. E, por fim, o fator “transicional” abarca variáveis ligadas à quebra da

abstinência, como o compromisso em retornar ao estado de sobriedade. Cada um desses fatores, com exceção do distal, implica em um tipo distinto de habilidades de enfrentamento como variável, ou seja, cada momento do *continuum* de tempo relacionado a um lapso requer habilidades de enfrentamento que podem ser antecipatórias, imediatas ou restauradoras.

Ainda de acordo com o mesmo autor, no enfrentamento antecipatório, ligado ao fator intermediário de *background*, os pensamentos e comportamentos são direcionados para a construção de um ambiente menos suscetível a situações estressoras ou para sua rápida e eficaz solução, antes que possa ocasionar fissura, vontade grande e imediata de usar a substância. Se não há fissura, a chance de um lapso ou recaída diminui consideravelmente. Assim, de maneira metafórica, o emprego de habilidades antecipatórias, como fazer críticas de forma adequada e recusar oferta de bebida ou outra droga, funcionaria como a prevenção primária da recaída

Já no enfrentamento imediato, que pode ser consequência de baixo desempenho de habilidades antecipatórias, pensamentos e comportamentos são utilizados como uma forma de lidar com uma fissura já instalada, em um momento em que há alto risco de uso da substância. Está ligado ao fator precipitante proximal e uma habilidade importante seria, por exemplo, listar consequências negativas do uso e positivas de não usar a substância (Rohsenow, Martin & Monti, 2005). Na metáfora iniciada anteriormente, seria o equivalente à prevenção secundária da recaída.

Por fim, habilidades restauradoras, vinculadas aos fatores transicionais, visam minimizar as consequências afetivas e cognitivas geradas pelo consumo da substância, diminuindo a chance de uma recaída mais intensa e prolongada e levando o indivíduo de volta ao estado anterior de abstinência. Pedir ajuda e lembrar dos benefícios que haviam

sido conquistados com a sobriedade são exemplos de habilidades restauradoras. Na metáfora adotada, seriam como a prevenção terciária da recaída.

As mesmas habilidades possuem ainda, ao menos outras duas classificações importantes (Marlatt & Wikitewitz, 2009). Quanto à característica psicológica, elas podem ser cognitivas, se processos mentais são usados para controlar o comportamento, ou então comportamentais, se envolvem alguma forma de ação. Quanto ao contexto, podem ser dos tipos interpessoal, quando utilizadas para lidar com situação problema na qual outras pessoas constituem fator importante, ou então intrapessoal, quando utilizadas para situação problema na qual apenas o próprio indivíduo constitui o fator relevante. Desta maneira, cada habilidade de enfrentamento possui pelo menos três “qualidades” distintas: o momento, a característica psicológica e o contexto.

Vários autores (Araújo, Oliveira, Pedroso & Castro, 2009; Ciribelli, Luiz, Gorayeb, Domingos & Filho, 2008; Monti et al., 2005; Murta & Tróccoli, 2005; Rangé & Marlatt, 2008; Rohsenow et al., 2005) destacam diversas habilidades que poderiam contribuir para a manutenção da abstinência, sejam elas antecipatórias, imediatas ou restauradoras, cognitivas ou comportamentais, interpessoais ou intrapessoais. Exemplos seriam habilidades de conversação, fazer e receber elogios, fazer críticas construtivas, receber críticas, recusar bebida ou droga, resolver problemas de relacionamento, controlar a raiva e os pensamentos negativos, identificar, evitar e esquivar-se de situações de risco, pedir ajuda, pensar em consequências negativas de usar e positivas de não usar a droga, entre outras.

Ao examinar as diversas habilidades de enfrentamento citadas anteriormente, observa-se que muitas delas são habilidades sociais. Embora não sejam sinônimas, já que as de enfrentamento são um construto mais amplo, que inclui habilidades intrapessoais, é inegável que o enfrentamento na dependência de substâncias inclui

necessariamente o desempenho de habilidades sociais. Elas são parte importante das habilidades de enfrentamento, pois permitem a estruturação de vínculos responsáveis, estáveis e seguros, o que gera uma boa inserção social e previne o surgimento de fissuras, lapsos e recaídas (Sakiyama, Ribeiro, & Padin, 2012).

Um desempenho baseado em um repertório pouco habilidoso poderia gerar um conjunto de situações e sentimentos negativos mantenedores do consumo e levar a uma menor eficiência no enfrentamento de situações adversas, dificultando as tentativas de manutenção da abstinência (Longabaugh & Morgenstein, 1999). Rangé e Marlatt (2008, p.92) destacam que “o desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas”. Portanto, algumas subclasses de habilidades sociais acabam funcionando para o enfrentamento imediato, como no caso de pedir ajuda, mas principalmente no enfrentamento antecipatório, pois comumente evitam que uma situação social neutra se transforme em situação de risco de uso de substâncias psicoativas.

Para Del Prette e Del Prette (2009) o construto habilidades sociais é descritivo e representa as classes de comportamentos sociais que a pessoa deve utilizar para completar de forma bem sucedida uma determinada tarefa social, tal como iniciar uma conversa ou fazer novas amizades. É importante destacar seu caráter descritivo, pois possuir um bom repertório de habilidades sociais é condição necessária, embora não suficiente, para que um comportamento seja desempenhado de forma adequada. Um indivíduo pode, por exemplo, ser atrapalhado pela ansiedade e não completar a tarefa social de forma bem sucedida. Assim, é preciso que as habilidades sociais levem a um comportamento socialmente competente.

A competência social, por sua vez, é um construto avaliativo do desempenho apresentado pela pessoa diante de uma determinada tarefa social e das consequências obtidas com esse desempenho. Conforme Del Prette e Del Prette (2005, p.33), é a “capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura, gerando consequências positivas para o indivíduo e para a sua relação com as demais pessoas”. Destacam-se os critérios que caracterizam a funcionalidade da competência social e que servem de base para a avaliação do desempenho social: alcance dos objetivos de uma situação interpessoal, manutenção ou melhora na relação com outras pessoas, manutenção ou melhora na autoestima, manutenção ou ampliação dos direitos humanos socialmente reconhecidos e aprovação social da comunidade verbal (relacionada à forma e ocasião do desempenho). De acordo com tais critérios, as habilidades sociais contribuem para o reforçamento, tanto positivo (por exemplo, fazer um pedido e ser atendido) quanto negativo (por exemplo, interromper críticas injustas), do desempenho do indivíduo ( Del Prette, & Del Prette, 2008, Del Prette, & Del Prette, 2010).

Em resumo, a competência social é exatamente o que é fundamental para o enfrentamento bem sucedido do estresse gerado nos relacionamentos sociais, diminuindo a probabilidade de que o consumo da substância seja utilizado para lidar com esta situação. Portanto, no processo de manutenção da abstinência, as habilidades sociais, ao permitirem comportamentos socialmente competentes, ampliam a probabilidade de consecução de metas que, neste caso, incluiriam identificar e afastar-se das situações de risco e manter o autocontrole, além de melhorar a autoestima e a qualidade de suas relações com as demais pessoas (Villalba, 1995). Isso pode produzir relacionamentos interpessoais confortáveis para o indivíduo, protegendo-o de uma recaída, uma vez que a probabilidade ou intensidade de “fissuras” seria reduzida. Como

estes aspectos estão relacionados a importantes componentes sociais e psicológicos da dependência, podem ajudar a fortalecer a abstinência de álcool e outras drogas.

### **Habilidades de enfrentamento: Estudos atuais**

A afirmação de que o repertório de habilidades de enfrentamento está relacionado a aspectos da abstinência de substâncias psicoativas vem sendo encontrada na literatura desde a década de 1970. Como exemplos, Van Hasselt, Hersen e Millions (1978) fizeram uma revisão sobre os diversos estudos que até então tinham empregado o treinamento de habilidades sociais como técnica de intervenção, sugerindo sua utilidade para o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas. Oei e Jackson (1982) mostraram uma forte relação entre aumento do repertório de habilidades sociais e decréscimo no consumo de álcool. Monti et al. (1990) verificaram que, nos meses seguintes a um treinamento de habilidades de comunicação em um programa de tratamento para o alcoolismo, houve uma queda significativa na taxa de uso de álcool, quando comparada àquela registrada em um tratamento no qual não houve o mesmo treinamento. Em outro estudo, Monti et al. (1997) ensinaram a pacientes usuários de cocaína, habilidades para lidar com situações de frustração, raiva, sentimentos negativos e pressão social para usar a droga, entre outras. Os resultados mostraram que, nos três meses seguintes, esses pacientes fizeram menor uso da droga e tiveram períodos mais curtos de recaída quando comparados àqueles de um grupo controle. Scheier, Botvin, Diaz e Griffin (1999) encontraram que medidas de baixa competência social e pouca habilidade de recusa estão relacionadas a consumo de álcool. Felicíssimo, Casela & Ronzani (2013), em uma revisão de literatura de 20 anos, apresentam uma série de estudos sobre a relação entre habilidades sociais e de enfrentamento e alcoolismo.

Nos últimos anos, pesquisas continuam buscando evidências de que menores níveis de consumo de substâncias podem estar relacionados aos de exercício de



habilidades de enfrentamento. Para mapear a produção recente na área foi realizado um levantamento bibliográfico considerando estudos publicados a partir dos 10 anos anteriores ao início deste trabalho, ou seja, com início no ano 2000. Utilizando as bases de dados Scielo, Web of Science e Google Acadêmico, foram realizadas consultas cruzando palavras de dois grupos de descritores.

O primeiro continha as palavras *social skills, social competence, interpersonal, communication, nonverbal, assertive, communication skills, interaction, empathy, social adjustment, emotional adjustment, verbal communication, coping skills, substance abuse e relapse prevention*. O segundo era composto por *evaluation, assessment, inventories, scales, psychometric, measures, cocaine, opiates, drug-abuse, alcohol abuse, alcoholism, abstinence, addiction, crack cocaine, chemical dependence, psychoactive drugs*.

Os resultados provenientes desta consulta indicaram que, nos últimos anos, os estudos seguem essencialmente duas linhas de investigação. A primeira busca evidenciar se e quais habilidades de enfrentamento estão associadas aos aspectos do consumo de álcool ou outra droga. A segunda tem como objetivo testar intervenções baseadas em habilidades de enfrentamento, verificando sua eficácia, também em relação a diversos aspectos do consumo de substâncias.

Entre os que seguem a primeira linha, Ames e Roitzch (2000) encontraram que a frequência e a força de estressores menores predizem o surgimento de fissura por substâncias, sendo que suporte social modera a relação entre o número de estressores e a fissura. Barkin, Smith e DuRant (2002) apresentam resultados indicando que habilidades de tomada de decisão e habilidades para resistir às drogas estão entre os preditores significativos em relação ao uso substâncias de adolescentes. Gossop, Stewart, Browne e Marsden (2002) descrevem que dependentes de heroína que se

mantiveram abstinentes após intervenção relataram maior uso de habilidades de enfrentamento no pós, em comparação com o pré, tratamento. Aqueles que recaíram não relataram mudança nesse sentido. O uso de respostas de enfrentamento foi associado à redução das chances de retornar ao uso da droga e do risco de que lapsos levem a uma recaída.

Em investigação de Rohsenow et al. (2005) há o relato de que menor uso de cocaína está relacionado a 13 diferentes estratégias no enfrentamento imediato da fissura pela droga. Epstein, Zhou, Bang e Botvin (2007), encontraram que o uso de habilidades de recusa e de resistência à influência da mídia estão relacionados à menor probabilidade de estudantes consumirem álcool no momento atual e futuro. Para aqueles com alta percepção sobre benefícios da bebida, menor frequência no uso de habilidades de recusa aumenta a probabilidade de beber futuramente.

Estudo de Forys et al. (2007) indica que quanto maior o repertório de enfrentamento geral e específico para o consumo de álcool, menor o consumo, os problemas relacionados ao beber e a frequência de uso de outras drogas. Hasking e Oei (2007) mostraram resultados indicando que habilidades de enfrentamento imediato são preditoras da frequência, embora não do volume de consumo de álcool. Assim, o treinamento dessas habilidades poderia ser uma estratégia para adiar a recaída e prevenir a frequência de episódios de beber, mas não parece limitar o beber excessivo em uma única ocasião.

Na Índia, Mattoo, Chakrabarti e Anjaiah (2009) relatam que dependentes de álcool ou opióides que recaíram nos últimos seis meses de tratamento tinham menores médias nos escores de estratégias de enfrentamento adaptativas, quando comparados a um grupo sem episódios de recaída no mesmo período. Wagner e Oliveira (2009) compararam o repertório de habilidades sociais de adolescentes abusadores ou

dependentes de maconha com outros não usuários da droga, e encontraram que o primeiro grupo possuía menor repertório de habilidades de autoexposição a desconhecidos e situações novas e de autocontrole da agressividade. Wagner, Silva, Zanettelo e Oliveira (2010) encontraram que adolescentes usuários de maconha têm um repertório significativamente menor nas habilidades de autocontrole da agressividade em situações aversivas que não usuários.

Os resultados de Ritchie, Weldon, Freeman, MacPherson e Davies (2011) mostram que as maiores situações de risco que exigem enfrentamento, apontadas em um programa de prevenção da recaída com infratores com transtorno mental, foram, na ordem decrescente de importância: lidar com momentos agradáveis, com emoções negativas, com desconforto físico, com fissura, com pressão social, com conflito com outros, com sentimentos positivos e com ideias de testar controle. Dolan, Rohsenow, Monti e Marti (2013) indicam uma diferença significativamente maior no repertório de habilidades de enfrentamento imediatas de pessoas abstinentes, se comparadas àquelas que tiveram lapsos, tanto seis quanto doze meses após um tratamento em que foram ensinadas tais habilidades. Também que há uma correlação negativa significativa entre habilidades de enfrentamento e dias de consumo de álcool.

As investigações mostradas anteriormente não deixam dúvidas da relação existente entre habilidades de enfrentamento e o consumo de álcool, cocaína, heroína e maconha. Tanto estudos que avaliam diretamente grupos de dependentes em tratamento e grupos de dependentes pós-tratamento, quanto aqueles que os comparam, ou mesmo os que têm amostra de não dependentes, todos apresentam evidências de que, de alguma forma, o repertório dessas habilidades regula algum aspecto do uso de substâncias, como por exemplo, o tempo de abstinência ou a frequência de lapsos e recaídas.

Nesses últimos anos, ao mesmo tempo em que tais evidências se fortalecem e aprofundam cada vez mais, outra linha de investigação busca identificar se intervenções baseadas em habilidades de enfrentamento trazem resultados positivos. A lista de estudos a seguir exemplifica essa direção adotada.

Após utilizarem um programa multimídia para ensinar adolescentes a recusar maconha, Duncan, Duncan, Beauchamp, Wells e Ary (2000) verificaram maior eficácia e intenção em recusar a droga, e maior crença de que a recusa seria eficaz para interromper a oferta da substância, comparadas aos dados pré-intervenção. Litt, Kadden, Cooney e Kabela (2003) identificaram crescimento no repertório geral de habilidades de enfrentamento, após terapia cognitivo-comportamental, embora isso não tenha sido significativamente diferente do repertório observado em grupo submetido à outra modalidade de terapia. Os autores também sugerem que o número de habilidades de enfrentamento utilizado importa mais que o tipo que é empregado.

Investigação conduzida por Rohsenow et al. (2004) comparou um grupo de dependentes de cocaína que passou por treinamento de habilidades de enfrentamento a um grupo controle que não foi submetido a esta intervenção. Os participantes do primeiro relataram menos fissura para uso de cocaína que os do segundo. Um resultado secundário da intervenção foi a redução em 24% no número de pessoas usando álcool nos três meses seguintes, ainda que esse não tenha sido objetivo do estudo. Mulheres do grupo que passou por intervenção foram mais beneficiadas que as do grupo controle, com menor probabilidade de usar cocaína e álcool nos três primeiros meses e de usar álcool de sete a nove meses após a intervenção. Mulheres também se beneficiaram mais que homens em relação a recaídas com cocaína medidas após seis meses, e na frequência de uso de álcool e cocaína, após um ano.

Em estudo com 952 dependentes de álcool, Zywiak et al. (2006) sugerem que ingredientes ativos da terapia cognitivo-comportamental, como avaliação de situações de risco e treino de recusa de bebida, oferecem proteção contra recaídas e pressão social. Petry, Litt, Kadden e Ledgerwood (2007), embora não tenham estudado dependência química, mas sim o jogar compulsivo, encontraram que terapia cognitivo-comportamental, comparada a grupos anônimos, proporcionou maior aumento no uso de habilidades de enfrentamento, além de maior redução no relato de problemas com jogo, especialmente a curto prazo. Foram encontradas correlações negativas entre as habilidades de enfrentamento e o número de dias e dinheiro gasto com jogo, no segundo mês de avaliação.

Litt, Kadden, Kabela-Cormier e Petry (2008) encontraram que, em dependentes de maconha, terapia de entrevista motivacional e cognitivo-comportamental, somadas a manejo de contingências proporcionaram maior aumento nas habilidades de enfrentamento que outras combinações de terapias. Também que houve queda nos escores de habilidades de enfrentamento ao longo do período de seguimento, sugerindo que com maior tempo de abstinência o uso dessas habilidades seja menos necessário. Litt, Kadden e Kabela-Cormier (2009) observaram que tratamento individualizado, em comparação com um padronizado, gera maior probabilidade de emissão de respostas de enfrentamento, maiores respostas de evitação, distração, recusar bebida, escapar da situação quando tentado ou esperar a fissura ir embora, bem como maior variedade de habilidades de enfrentamento utilizadas. Quando foram usadas respostas de enfrentamento houve 30% menos probabilidade de beber.

No México, Mares e Torres (2010) avaliaram um treinamento para recusa de substâncias e relataram que a porcentagem de abstinência conseguida após a intervenção reafirma a importância desta habilidade, uma vez que ela favorece a

extinção dos convites para beber ou usar droga. Conrod, Castellanos-Ryan e Strang (2010) afirmam que intervenções mais breves e direcionadas, baseadas em habilidades de enfrentamento, parecem ser mais efetivas na redução do uso de álcool e de substâncias ilícitas em dependentes e na redução da quantidade de bebida, frequência do beber e problemas relacionados à bebida, em estudantes de ensino fundamental e médio.

Em estudo com 776 bebedores, Witkiewitz, Aracelliz, Hartzler e Donovan (2011) investigaram a hipótese de que treinamento para recusar bebida e pressão social para beber levam a diferentes resultados em grupos raciais diferentes. Foi encontrado que o treinamento esteve associado a níveis significativamente menores de dias de beber pesado e menor probabilidade de problemas relacionados ao álcool entre afro-americanos, quando comparados a clientes brancos não hispânicos e a grupo de afro-americanos que não receberam a intervenção.

As pesquisas descritas anteriormente indicam que habilidades de enfrentamento podem ser desenvolvidas por meio de diferentes tipos de intervenções, levando a importantes resultados na redução da fissura, do consumo e dos problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias. Embora investigações deste tipo ainda necessitem de maior sistematização, os resultados encontrados até o momento não permitem descartar o treinamento de habilidades de enfrentamento em qualquer nível da prevenção ao abuso e dependência de substâncias. Os estudos sugerem sua relevância tanto como um complemento da terapia cognitivo-comportamental quanto como uma terapia específica, equivalente a outras abordagens.

### **A avaliação das habilidades de enfrentamento**

Os vários estudos apresentados anteriormente mostram a existência de relação entre habilidades de enfrentamento e melhores resultados no consumo de álcool ou outras drogas. Contudo, mesmo após 40 anos, características mais intrínsecas desta

relação, sustentadas por evidências robustas, ainda não são conhecidas. Por exemplo, Scheier et al. (1999) já alertavam para a inexistência de dados confiáveis indicando o quanto cada uma das diversas habilidades de enfrentamento é responsável pela abstinência de substâncias psicoativas. Ainda hoje não parece haver uma resposta a essa lacuna.

Uma hipótese para explicar esta falha é que, ao longo dos anos, pouca prioridade foi dada a investigações psicométricas, raros foram os estudos que buscaram desenvolver ou aperfeiçoar instrumentos capazes de avaliar habilidades de enfrentamento especificamente na dependência de substâncias. Assim, o uso de medidas globais, tomadas com base em contextos inespecíficos, foi a alternativa disponível, mas em vez de ser algo provisório, tornou-se o padrão e parece ter se estabelecido indefinidamente. No entanto, a exemplo do que alertam Del Prette e Del Prette (2009) no caso das habilidades sociais, ao avaliar habilidades de enfrentamento parece ser relevante considerar sua característica situacional-cultural e analisar os diferentes contextos, interlocutores, cultura e subcultura dos indivíduos aos quais se destina. Diante de tal consideração, é possível supor que o enfrentamento no consumo de substâncias possui particularidades que não são captadas de forma confiável por medidas globais. Por isso a importância de instrumentos que sejam pautados por situações e comportamentos específicos desse contexto (Litt, Kadden & Tennen, 2012). O uso de medidas globais, não específicas a esta área, embora comum, parece limitar os resultados das pesquisas realizadas (Hasking & Oei, 2007).

Uma possível solução do problema seria, portanto, a inclusão de comportamentos específicos de enfrentamento à dependência química, conforme sugerem Forys et al. (2007). Foram encontrados poucos instrumentos que buscam avaliar habilidades de enfrentamento exclusivamente em dependentes de substâncias.

Um dos mais populares é o CRI (Coping Response Inventory), de Moos (1992), que avalia enfrentamento em geral, mas é usado em pesquisas na área de dependência química. Baseado no CRI, o The Marijuana Treatment Project (2004) desenvolveu o CSS (Coping Strategy Scale) para usuários de maconha. Este instrumento possui uma tradução para o português, sem descrição de suas qualidades psicométricas, em Jungerman e Zanelatto (2007).

O CBI (Coping Behaviours Inventory), de Litman, Stapleton, Oppenheim e Peleg (1983), possui 36 itens de mensuração do enfrentamento imediato para o alcoolismo. O USS (Urge Specific Strategies Questionnaire) foi desenvolvido por Rohsenow et al. (2001) a partir de um grupo de perguntas utilizados por Monti et al. (1993). Inicialmente continha 11 questões sobre o enfrentamento direto das fissuras de beber, passando depois a ter 16 perguntas. Em Monti et al. (2005), há uma versão do instrumento com 11 perguntas traduzida para o português, também sem descrição de suas propriedades psicométricas, nomeado de Questionário de Estratégias Específicas às Fissuras.

Uma adaptação do USS para dependentes de cocaína foi nomeado por Rohsenow et al. (2005) como USS-C (*Urge Specific Strategies Questionnaire-Cocaine Version*) e contém 21 questões. Também desenvolvido por Rohsenow et al. (2005), o GCS-C (*General Change Strategies-Cocaine Version*) investiga a frequência com que são utilizadas 21 habilidades para mudança de estilo de vida para a manutenção da abstinência de cocaína. Por fim, Humke e Radnitz (2005) fizeram uma adaptação para o alcoolismo do CWTI (*Coping With Temptations Inventory*), instrumento originalmente utilizado para o tabagismo, e produziram o AACRI (*The Alcohol Abuse Coping Response Inventory*), que contém 51 itens de enfrentamento às situações de alto risco de beber.



Além da falta de informações sobre as propriedades psicométricas dos instrumentos originais, a maior parte investiga apenas o repertório de habilidades de enfrentamento imediato. Em alguns poucos casos, há uma medida mais ampla, considerando habilidades antecipatórias, imediatas e restauradoras, em conjunto. Não há instrumentos que permitam uma avaliação específica de cada um dos subtipos.

Outro problema é que, além das simples traduções citadas, não parece ter havido ainda qualquer outro esforço para a utilização de tais instrumentos no Brasil. Uma adaptação seria possível, porém, características específicas da população brasileira de dependentes de substâncias poderiam não estar contempladas nos instrumentos originais. Assim, ainda mais útil que uma adaptação, seria a construção de um instrumento que contivesse evidências de validade do construto do enfrentamento na manutenção da abstinência e que fosse fidedigno e normatizado a partir do repertório de uma amostra da população brasileira.

Entende-se que um instrumento como esse poderia levar a uma melhor caracterização dos padrões cognitivos e de comportamentos sociais associados à abstinência e ao consumo de substâncias psicoativas, o que pode, por sua vez, subsidiar estratégias de intervenção mais eficazes. Ele permitiria identificar, tanto individualmente quanto em grupo, habilidades específicas e relevantes que precisariam ser aprendidas ou fortalecidas, além de produzir indicadores mais precisos e válidos para avaliar a efetividade das intervenções.

## Objetivos

Por todos os argumentos apresentados nas seções anteriores e considerando que o enfrentamento antecipatório, por ser o primeiro na linha temporal de prevenção da recaída, exerce papel fundamental na manutenção da abstinência, este estudo teve o objetivo geral desenvolver um instrumento específico para avaliar habilidades de enfrentamento antecipatório, exigidas no processo de manutenção da abstinência de álcool e outras drogas.

Objetivos específicos foram: (a) elaborar os itens para o instrumento; (b) investigar evidências de validade (de construto, de validade baseada na estrutura interna, de validade convergente, de validade concorrente); (c) analisar sua fidedignidade (consistência interna, estabilidade temporal, consistência do conteúdo); e (d) caracterizar o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório de abusadores ou dependentes de substâncias, a partir de variáveis como gênero, escolaridade, tipo de substância consumida e tempo de abstinência. Os métodos propostos para o alcance destes objetivos, os resultados obtidos e a discussão sobre eles são apresentados a seguir, em quatro capítulos distintos.

## **1. Habilidades De Enfrentamento Antecipatório Na Manutenção Da Abstinência De Álcool E Outras Drogas: Construção De Um Instrumento De Medida**

### **Método**

A construção do instrumento foi planejada em três fases, como pode ser observado na Tabela 1.1. A primeira delas foi dividida em três etapas e as seguintes em outras duas, cada uma. Todo o processo, com a descrição completa de cada uma das sete etapas, será apresentado a seguir.

Tabela 1.1

#### *Fases e Etapas do Processo de Construção do Instrumento*

Fase		Etapa
1. Elaboração dos itens	1	Verificação de instrumentos existentes
	2	Revisão da literatura
	3	Entrevistas com amostra de dependentes de álcool e outras drogas
2. Análise da qualidade dos itens: Evidências de validade de conteúdo	1	Análise de conteúdo
	2	Análise semântica
3. Pré-teste	1	Aplicação teste
	2	Aplicação piloto

### **Fase 1. Elaboração de itens para avaliar habilidades de enfrentamento na manutenção da abstinência de álcool e outras drogas**

O objetivo desta fase foi elaborar itens relevantes a um instrumento de habilidades de enfrentamento antecipatório. As questões foram construídas com base em três fontes: instrumentos já existentes, literatura específica da área, e entrevistas com amostra da população estudada, conforme orientam Bunchaft e Cavas (2002) e Pasquali (2003; 2010). A partir de cada fonte, foram listadas livremente todas as habilidades consideradas relevantes para o enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas. Em seguida, as respostas foram agrupadas sucessivamente, formando categorias menores de classificação. Por fim, selecionaram-se apenas aquelas com característica de

enfrentamento antecipatório. Cada uma foi descrita e utilizada como guia para a elaboração dos itens.

### **Etapa 1. Habilidades de enfrentamento em instrumentos já existentes.**

A revisão realizada para identificar métodos de medida já existentes de habilidades de enfrentamento resultou na seleção de sete instrumentos relatados em pesquisas e intervenções em dependência química, embora nem todos avaliem esse contexto específico:

1. CBI (Coping Behaviours Inventory), Litman et al. (1983)
2. CRI (Coping Response Inventory), de Moos (1992)
3. USS (Urge-Specific Strategies Questionnaire), de Monti et al. (1993) e Rohsenow et al. (2001)
4. CSS (The Coping Strategy Scale), de The Marijuana Treatment Project (2004)
5. USS-C (Urge Specific Strategies Questionnaire-Cocaine Version), de Rohsenow et al. (2005)
6. GCS-C (General Change Strategies-Cocaine Version), de Rohsenow et al. (2005)
7. AACRI (The Alcohol Abuse Coping Response Inventory), de Humke & Radnitz (2005).

No Brasil, como parece não haver um instrumento de medida de habilidades de enfrentamento específico à dependência de álcool e outras drogas, alguns estudos utilizaram escalas mais gerais, como o *IHS – Del Prette (Inventário de Habilidades Sociais-Del Prette)*, de Del Prette e Del Prette (2001). Como relatado anteriormente, habilidades sociais são consideradas parte importante das habilidades de enfrentamento. No país existe ainda o *Inventário de Estratégias de Coping de Folkmann e Lazarus*

(1985), validado no Brasil por Savóia, Santana & Mejias (1996) e a *EMEP (Escala Modos de Enfrentamento de Problemas)*, de Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). Nenhuma avalia enfrentamento específico para a dependência de álcool e outras drogas, mas enfrentamento para situações em geral.

## **Etapa 2. Habilidades de enfrentamento descritas em literatura específica da área.**

O levantamento de habilidades de enfrentamento divulgadas em literatura específica foi realizado a partir de livros e artigos científicos da área das dependências químicas. O livro “*Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*”, de Monti et al. (2005) é, provavelmente, o mais completo em termos de levantamento de habilidades requisitadas para o enfrentamento da dependência de álcool. Amparado por um número extenso de pesquisas, são descritas 17 sessões de tratamento para o alcoolismo. Cada sessão é organizada em torno do que poderia ser considerado uma classe, e contém diversas subclasses, de habilidades de enfrentamento à dependência de álcool. O modelo é semelhante ao apresentado por Carroll (1998) para usuários de cocaína e por Jungerman e Zanelatto (2007) para usuários de maconha, o que leva à hipótese de que grande parte das habilidades de enfrentamento necessárias à manutenção da abstinência de drogas seja comum, independentemente da droga mais consumida no passado, hipótese esta amparada por Donovan (2009).

Os artigos científicos foram escolhidos a partir de revisões de literatura nas plataformas de busca. Foram destacadas 31 publicações e listadas as habilidades investigadas no estudo ou citadas no texto como importantes para o enfrentamento e a manutenção da abstinência de álcool e outras drogas foram destacadas. Ao final, uma lista bruta, contendo 57 classes e subclasses de habilidades, foi selecionada.

**Etapa 3. Habilidades de enfrentamento selecionadas em entrevistas com amostra de dependentes em processo de manutenção da abstinência de álcool e outras drogas.**

Trinta e cinco pessoas que tiveram problemas com o consumo de álcool ou outras drogas, e procuraram tratamento para interromper o uso, responderam a uma entrevista sobre habilidades necessárias na manutenção da abstinência. Para participar era necessário estar abstinente há pelo menos um mês. O menor tempo foi de um mês e o maior de 23 anos, com mediana de seis meses. Desses, 97% eram homens, com média de idade de 37.4 anos. A maior parte ( $n = 23$ ) estava em manutenção da abstinência de crack/cocaína, outros 11 em abstinência de álcool e um de maconha.

Foi utilizada uma versão adaptada da “Entrevista sobre Gatilhos do Álcool e Estratégias Específicas às Fissuras”, contida em sua forma original em Monti et al (2005, pp.164-166). As adaptações foram realizadas com o objetivo de se conseguir também respostas de habilidades de enfrentamento antecipatório. Para aqueles em manutenção da abstinência de outras drogas, as palavras álcool e alcoolismo foram substituídas por droga/usar droga.

As entrevistas duraram em média 32 minutos para serem completadas. Foram combinadas previamente com o participante e conduzidas de forma individual, em sala ou local reservado, tentando evitar influências externas. As falas foram gravadas e posteriormente analisadas uma a uma, com transcrição das respostas de enfrentamento extraídas das perguntas do instrumento. Em seguida, respostas de conteúdo e função semelhantes foram agrupadas, formando-se categorias.

Os participantes ofereceram ao todo 754 respostas, cada uma representando uma subclasse de habilidades de enfrentamento para a manutenção da abstinência de substâncias. A média foi de 21.54 por participante, sendo que o menor número relatado

por um único participante foi de 12 e o maior, de 41 respostas. As subclasses com conteúdo e/ou função semelhantes foram agrupadas e contabilizadas como uma única classe de habilidades de enfrentamento. Ao final, foram identificadas 46 classes de habilidades apontadas como importantes para a manutenção da abstinência. Esse conjunto total de respostas obtidas nas entrevistas foi a principal fonte para redação posterior dos itens.

### **Redação dos itens**

Para redigir os itens, o primeiro passo foi agrupar e organizar as 46 classes de habilidades de enfrentamento obtidas com as entrevistas com as 57 classes e subclasses descritas na literatura. As duas listas foram comparadas e agrupadas sucessivamente por conteúdo e função semelhantes. Ao final deste processo, obteve-se uma lista de 47 diferentes classes de habilidades necessárias ao enfrentamento de situações relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

Até esta etapa não tinham sido feitas distinções em relação a habilidades de enfrentamento antecipatório, imediato e restaurador. Como o objetivo deste estudo envolve a elaboração de um instrumento de medida especificamente antecipatório, foram escolhidas apenas as classes de habilidades que podem ser utilizadas para evitar o surgimento de uma fissura. Desta maneira, foram mantidas 18 das 47 classes iniciais. Cada uma foi descrita e com base nessa descrição foram elaborados itens que poderiam representá-la. Os itens são frases contendo a descrição de diversas situações comuns ao contexto da dependência de substâncias e estratégias de ações relacionadas a elas. Os participantes são solicitados a responder a frequência com que desempenham o comportamento descrito no item, no momento atual. Foi tomado o cuidado para que fossem formados por sentenças curtas, objetivas e claras. As classes de habilidades, sua descrição e as subclasses em forma de itens são apresentadas no Anexo A.

O instrumento recebeu o nome de Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório (IDHEA) e possui versões para álcool (A) e para outras drogas (D). Os comportamentos avaliados pelos itens são idênticos em ambas, diferenciando-se apenas na sua redação, que em um caso inclui palavras como “bebida” ou “beber” e no outro, palavras como “droga” ou “usar droga”. Como exemplos, um item do IDHEA-A seria “Quando alguém me oferece bebida, digo que não bebo mais”, enquanto o mesmo item no IDHEA-D seria “Quando alguém me oferece droga, digo que não uso mais”.

A primeira versão foi formada por um total de 92 itens. É importante destacar que algumas subclasses de habilidades de enfrentamento antecipatório consistiam em evitar determinados comportamentos desadaptativos. No entanto, avaliar a evitação de algo negativo envolve dupla negação, o que torna o item confuso e pode gerar sérias confusões ao respondente. Por isso, em vez de buscar a mensuração da frequência de evitação de um comportamento desadaptativo, os itens foram construídos de forma a avaliar a frequência de dificuldade para desempenhar o próprio comportamento adaptativo. Por exemplo, em vez de “Evito mentir quando erro” o item poderia ser redigido como “Tenho dificuldade em dizer a verdade quando erro”. Este procedimento já havia sido adotado por Del Prette e Del Prette (2001), no Inventário de Habilidades Sociais. Assim, no momento da interpretação dos resultados gerados pelo instrumento, todos esses itens deverão ter sua pontuação invertida, de forma a se obter sempre uma medida uniforme, com sentido positivo, das habilidades de enfrentamento do indivíduo.

Tal procedimento foi adotado para que os itens pudessem ser descritos e respondidos com maior clareza, mas também para evitar que o instrumento contivesse apenas comportamentos desejáveis, o que poderia gerar efeitos de desejabilidade social ou automatismo de resposta, com respostas tipificadas nas extremidades. Isto poderia afetar a variabilidade das respostas e conseqüentemente a precisão do instrumento.



No fim desta fase, os 92 itens do IDHEA-AD foram comparados aos itens dos instrumentos já existentes. Todas as possíveis habilidades antecipatórias avaliadas nos instrumentos existentes estavam contempladas nos itens do IDHEA-AD. Sendo assim, nenhum item dos instrumentos já publicados, citados na Etapa 1, precisou ser usado literalmente. Por outro lado, cabe ressaltar que a maior parte dos que foram elaborados para o IDHEA-AD não estão presentes nos instrumentos já existentes.

## **Fase 2. Análise da qualidade dos itens: Evidências de validade de conteúdo**

Nesta fase os itens foram apresentados a juízes com o objetivo de que analisassem sua adequação em relação ao conteúdo do construto avaliado e à qualidade da redação. A lista de itens foi entregue, em momentos distintos, a dois tipos de juízes: especialistas em dependência de substâncias, que deveriam julgar a adequação do conteúdo e a não especialistas, que deveriam avaliar a adequação semântica do item.

### **Etapa 1. Análise de conteúdo**

O objetivo desta etapa foi verificar se os itens construídos para o IDHEA-AD realmente avaliavam habilidades de enfrentamento antecipatório e se elas eram importantes no processo de manutenção da abstinência de álcool e outras drogas. Os juízes foram 18 pessoas com experiência acadêmica ou profissional em dependência de substâncias, sendo 14 psicólogos e quatro assistentes sociais. Três eram doutores, três eram mestres, sete mestrandos e cinco especialistas em transtornos relacionados ao uso de substâncias. A média de idade do grupo foi de 33 anos e o tempo médio de experiência de oito anos, seja estudando o tema ou trabalhando diretamente com dependentes químicos.

Por sorteio, nove dos juízes receberam a versão com o fraseado voltado para o enfrentamento de situações relacionadas ao consumo de álcool e os demais a versão

com fraseado voltado para situações envolvendo outras drogas. Com base na definição de enfrentamento antecipatório de Donovan (2009), a primeira tarefa dos juízes consistia em avaliar se o item descrito poderia ser considerado uma habilidade de enfrentamento no processo de manutenção da abstinência de álcool ou crack. Para isso, era preciso assinalar apenas uma entre duas opções: “sim” ou “não”. Foi utilizado o critério de 70% de concordância entre os juízes para o item ser mantido no instrumento, de forma semelhante ao que sugere Pasquali (2010).

Uma segunda tarefa, realizada imediatamente após a primeira, consistia em avaliar o nível de importância das mesmas habilidades. Tal procedimento foi utilizado para selecionar somente habilidades altamente relevantes ao enfrentamento antecipatório de situações relacionadas ao contexto do uso de substâncias psicoativas. A hipótese é de que algumas habilidades, embora utilizadas com frequência, têm menos impacto sobre o processo de enfrentamento na manutenção da abstinência que outras. Assim, os juízes poderiam indicar algum item como sendo uma habilidade de enfrentamento, mas julgá-lo pouco importante para o processo de manutenção da abstinência.

Para cada item anteriormente considerado uma habilidade de enfrentamento, o juiz deveria avaliar ainda o quanto o comportamento descrito era importante para a manutenção da abstinência da substância. Para isso, escolhia um número entre zero (nada importante) e cinco (muito importante). Quanto maior o valor assinalado, maior o grau de importância atribuído. Foram mantidos os itens avaliados com média de importância igual ou superior a três, ou seja, aqueles que tiveram pelo menos 60% de importância avaliada.

Dos 92 itens construídos, nove tiveram concordância inferior a 70% quanto a serem habilidades de enfrentamento e foram eliminados (Tabela 1.2). Das 83 questões

restantes, doze tiveram média de importância atribuída menor que três, sendo também excluídos (Tabela 1.3). Assim, o instrumento passou a contar com 71 itens. Os índices de concordância e importância destes itens são mostrados no Anexo B.

Tabela 1.2.

*Itens excluídos por terem menos de 70% de acordo entre os juízes*

Itens	% de concordância
Quando alguém me oferece bebida, digo que já esgotei toda a minha cota de bebida pra vida inteira.	67
Quando alguém me critica por algo que fiz na época de bebedeira, saio de perto.	67
Procuro trabalhar muito para não deixar a fissura aparecer.	61
Quando alguém me oferece bebida, dou uma desculpa, como dizer que estou tomando remédio.	56
Quando estou irritado com alguém, peço para a outra pessoa mudar o comportamento dela.	44
Quando alguém me oferece bebida, digo que tenho um compromisso e não posso parar pra beber.	44
Quando passo por uma situação de conflito, me isolo para evitar discussão e brigas.	39
Quando tenho um problema com alguém, penso que discutir não vale a pena, que é melhor sair por cima.	28
Quando tenho um problema com alguém, abro mão do meu argumento para evitar uma discussão.	17

Tabela 1.3.

*Itens eliminados por terem média de importância atribuída inferior a três*

Itens	Média de importância	Concordância entre juízes
Quando alguém me faz uma gentileza ou um favor, eu agradeço.	2.89	78
Quando alguém desconfia e coloca em dúvida que estou sem beber, aceito e penso que minha história de vida levou a isso.	2.78	89
Quando estou irritado com alguém, tento pensar em outras coisas, mais positivas.	2.78	78
Quando estou irritado com alguém, saio de perto da pessoa.	2.67	78
Quando alguém faz chacota, gozação, piada com o fato de que eu parei de beber, ignoro e saio de perto.	2.61	83
Quando peço algum favor a alguém e a pessoa se recusa a fazer, aceito numa boa, sem ficar chateado ou irritado.	2.59	88
Ao encontrar alguém pela primeira vez no dia, falo “oi”, “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”.	2.56	78
Em uma festa, converso somente com pessoas que não estão bebendo.	2.50	83
Quando alguém me critica por algo que fiz na época de bebedeira, penso “deixa pra lá, não vou arriscar perder minha sobriedade” por tão pouco.	2.44	72
Quando as pessoas demonstram confiança em mim (deixando dinheiro à vista ou emprestando alguma coisa de valor, por exemplo), eu agradeço este voto de confiança que me deram.	2.33	72
Quando alguém me oferece bebida, saio correndo e vou pra casa ou pra outro lugar seguro.	2.22	83
Quando alguém me oferece bebida, digo que não quero naquela hora, que depois passo lá, mas não passo nada.	0.72	94

## **Etapa 2. Análise semântica.**

O objetivo desta segunda etapa da segunda fase foi verificar a qualidade da redação e a compreensão dos itens, avaliando os seguintes aspectos: correção gramatical, clareza e adequação à população. Em outras palavras, verificar se estavam bem escritos e suficientemente compreensíveis, tanto para pessoas de menor escolaridade quanto de maior escolaridade. Esta análise foi baseada nas regras para a elaboração de itens apresentada por Pasquali (2010).

Participaram 12 juízes, não especialistas em transtornos por uso de substâncias, sendo um doutor, cinco doutorandos, quatro mestres e dois bacharéis. Foi solicitado a cada um que avaliasse se o item estava bem redigido, organizado, se havia palavras de difícil compreensão, sentido dúbio ou incompleto ou qualquer outra imperfeição e dificuldade. Ressaltava-se que pessoas de baixa escolaridade deveriam ser capazes de responder as questões do instrumento. Se algo fosse detectado, a orientação era para que apontassem o problema, sugerindo as alterações a serem realizadas ou mesmo reescrevendo o item de modo a torná-lo mais compreensível. Uma última tarefa solicitada era observar atentamente se havia dois ou mais itens muito semelhantes, que poderiam ser transformados em apenas um.

Diversas sugestões foram oferecidas pelos juízes para melhorar a redação das frases. As principais envolviam maneiras de deixar as questões mais compreensíveis a pessoas de pouca escolaridade. Por isso, os itens foram redigidos da maneira mais simples possível, algumas vezes adequando-se mais à língua falada que escrita, motivo pelo qual alguns podem conter erros na língua culta, como por exemplo, na colocação de pronomes. A avaliação feita pelos juízes nessa etapa e acatada pelos pesquisadores, é que a compreensão dos itens pelos respondentes é mais importante que a correção formal da frase.

O resultado da outra tarefa solicitada está apontado na Tabela 1.4. Os juízes indicaram que três pares de itens estavam avaliando comportamentos muito semelhantes e poderiam ser fundidos, obtendo-se o mesmo resultado. Todas as sugestões foram acatadas pelos pesquisadores e o instrumento passou a conter 68 itens.

Tabela 1.4.

*Itens apontados como semelhantes pelos juízes e a forma final adotada após fusão*

Primeiro item	Segundo item	Item fundido
Quando recebo elogios sobre as mudanças positivas de estar sem beber, digo para a outra pessoa que fiquei feliz por ela ter percebido as mudanças.	Agradeço quando me fazem elogios sobre as mudanças positivas de ficar sem beber.	Quando alguém me diz que mudei para melhor depois que parei de beber, eu agradeço por ela ter percebido.
Quando vou receber algum dinheiro, peço para que entreguem diretamente para uma pessoa da minha confiança.	Quando recebo algum dinheiro, peço para alguém de minha confiança cuidar dele para mim.	Quando recebo algum dinheiro, peço para alguém da minha confiança cuidar dele para mim.
Quando vejo uma propaganda de bebida, eu avalio se aquilo é verdade mesmo.	Quando vejo uma propaganda de bebida, digo para mim mesmo que aquilo é exagerado, não pode ser real.	Quando vejo uma propaganda de bebida, digo para mim mesmo que aquilo é mentira.

Esta fase trouxe importantes modificações na estrutura do instrumento, pois com os critérios adotados, foram excluídos 24 dos itens inicialmente construídos. Analisando os resultados, foi possível perceber um padrão dos juízes ao julgar a adequação do item ao construto medido e sua importância para o enfrentamento de determinadas situações na dependência de álcool e outras drogas. Para o primeiro caso, os juízes avaliaram que diversos comportamentos de evitação, como sair de perto, isolar-se ou dar desculpas, não poderiam ser considerados como habilidades de enfrentamento e deveriam ser eliminados. De forma coerente, os mesmos juízes também julgaram como pouco importantes outros comportamentos de evitação, principalmente de aceitação passiva de situações difíceis e de comportamentos rotineiros de civilidade. Pelos critérios adotados, esses também foram excluídos da versão final do instrumento.

Interessante notar que a avaliação dos juízes, excluindo itens relacionados a habilidades de evitação, faz parte de uma discussão ainda em aberto na literatura. Embora Litt et al. (2003) tenham encontrado que enfrentamento de evitação foi efetivo na prevenção e redução do beber, Armeli, Dehart, Tennen, Todd e Affleck (2007) pouca evidência de que estilo de enfrentamento de evitação estava associado a problemas relacionados ao consumo de álcool e Farabee (2013) que estratégias de evitação possuem forte associação com a manutenção da abstinência, outros resultados sugerem o contrário.

Wunschel, Rohsenow, Norcross e Monti (1993) relatam que participantes que recaíram apresentaram maior probabilidade de utilizar comportamentos de evitação. Moser e Annis (1996) encontraram que abstinência após uma recaída está relacionada ao uso de enfrentamento ativo, em vez de passivo. Monti et al. (2005) afirmam que os estudos em dependentes de álcool sugerem que existe uma vantagem no uso de habilidades ativas em vez de evitativas. Forsys et al. (2007) descrevem que maior confiança na abstinência de substâncias esteve relacionada a menor uso de enfrentamento por evitação e que pacientes com maiores níveis de educação confiaram menos em habilidades de evitação, possivelmente porque aprenderam que elas são menos eficazes para lidar com estressores.

Não há como saber se os juízes deste estudo tinham conhecimento dessas pesquisas citadas, se seguiam alguma tendência teórica específica sobre o tema ou se esta posição é intuitivamente defensável. Intencionalmente ou não, corroboraram a ideia do segundo grupo de estudos apresentado. A tese aqui apresentada também apóia este segundo grupo de estudos. O argumento é que estratégias evitativas são eficazes apenas a curto prazo, em momentos específicos como o de início de um tratamento e se

utilizadas em conjunto com estratégias ativas, estas sim representantes reais do enfrentamento das situações.

De qualquer forma, independente da posição teórica sobre o tema, um possível futuro fator, composto por habilidades de enfrentamento por evitação, foi praticamente descartado com a eliminação da maior parte dos itens construídos para avaliar tal característica. Ainda que alguns tenham passado pela avaliação dos juízes, devido ao pequeno número restante, parece improvável que, após verificação de estrutura interna por análise fatorial exploratória, o instrumento contenha um agrupamento nesse sentido.

A decisão por eliminar tais itens foi mantida, seguindo critérios adotados previamente. Contudo, por avaliarem comportamentos comumente apresentados por pessoas em tratamento para dependência química, fica a dúvida se a ausência desse possível fator poderia interferir negativamente na variância total explicada do instrumento. Portanto, após esta etapa, a nova versão do IDHEA-AD ficou composta por 68 itens de habilidades de enfrentamento antecipatório, predominantemente ativas.

### **Fase 3. Pré-teste**

O objetivo desta fase foi testar procedimentos de aplicação e resposta ao IDHEA-AD. Para isso, o inventário foi aplicado inicialmente a uma amostra sem característica de consumo abusivo ou dependente de qualquer substância, para uma avaliação prévia geral. Em seguida, nova aplicação foi realizada, dessa vez em amostra de abusadores ou dependentes de substâncias, visando a avaliação de características mais específicas.

#### **Etapa 1. Aplicação teste**

A aplicação teste foi realizada para avaliar procedimentos de resposta ao instrumento, verificando possíveis problemas de clareza e compreensão das questões,

não perceptíveis aos juízes, mas perceptíveis para uma população semelhante à qual se destina o instrumento. Participaram três homens e três mulheres, sem diagnóstico de abuso ou dependência de álcool ou outras drogas, cada um com um nível de escolaridade distinto: fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo.

Foi simulada uma aplicação do instrumento, em que o participante era informado primeiramente de que se tratava de uma testagem de um instrumento de avaliação psicológica para dependentes de álcool e outras drogas. Em seguida, que o conteúdo das questões não lhe dizia respeito, mas o pesquisador faria as orientações como se ele fosse um participante da pesquisa e que por isso as respostas deveriam ser assinaladas, não importando em quais das quatro opções de resposta.

Após esse esclarecimento e quando houve a concordância em fazer parte do estudo, a simulação começou com cada participante sendo informado sobre a pesquisa original e o que seria solicitado dele. O Termo de Consentimento (Anexo C) era lido, sua assinatura solicitada e o caderno de perguntas, entregue. Este continha na primeira página um cabeçalho para preenchimento de dados de caracterização do participante e instruções sobre como responder as 68 perguntas contidas nas quatro páginas seguintes. A ordem dos itens foi estabelecida por sorteio, de forma a tentar evitar qualquer tendenciosidade nas respostas.

Um relógio marcava o tempo gasto entre a entrega do caderno de perguntas e sua devolução, totalmente preenchido. O pesquisador ficou ao lado do participante, acompanhando atentamente o preenchimento do instrumento e observando a resposta dada a cada questão. Quando o tempo de resposta a cada item era maior que a média dos demais ou o próprio participante solicitava esclarecimento, o relógio era pausado, as



dúvidas da questão discutidas, anotadas e uma redação mais clara elaborada. Após esse procedimento, o relógio era novamente ligado e a aplicação continuava.

O tempo de resposta foi de 41 minutos para o participante com ensino fundamental incompleto, 17 minutos para o que possuía fundamental completo, 33 minutos para aquele com ensino médio incompleto, 23 minutos para o que tinha ensino médio completo, 19 minutos para aquele superior incompleto e 20 minutos para o que havia concluído o ensino superior. Como esperado, o tempo total de resposta ao instrumento foi maior para pessoas de menor escolaridade, com exceção do participante com ensino fundamental completo, que respondeu no menor tempo. Apesar disso, ficou claro que, em geral, o nível menor de escolaridade implica em maior tempo de resposta ao instrumento, embora a compreensão das questões, em uma análise qualitativa, não tenha parecido ser diferente.

Não houve grandes dificuldades de compreensão das questões. Nenhuma palavra foi apontada como sendo difícil ou de significado incompreensível, embora alterações pontuais tenham sido sugeridas, principalmente relacionadas à inversão da ordem de sentenças ou de palavras específicas dentro de um item, de forma a deixá-lo mais claro.

A alteração mais significativa realizada após esta etapa foi a decisão de mudar a escala de resposta do instrumento. Inicialmente formulada com seis pontos (“nunca”, “raramente”, “poucas vezes”, “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre”), foi feita a opção por reduzir os pontos de resposta para quatro alternativas. Tal solução foi tomada por dois motivos. O primeiro devido a três dos seis participantes questionarem a diferença entre os pontos “raramente” e “poucas vezes” ou “muitas vezes” e “quase sempre”. O segundo foi que, mesmo fictícias, observou-se que após o preenchimento do instrumento as respostas tendiam a se concentrar em grande porcentagem nos extremos “nunca” e “sempre”, com as respostas intermediárias sendo pouco preenchidas.

Estes indícios podem significar que os participantes interpretaram os pontos do meio da escala de resposta como muito semelhantes, o que acabou gerando a concentração nas extremidades. Uma hipótese é de que menor tempo de escolaridade pode agravar esta interpretação. Assim, para diminuir o risco de que isso pudesse prejudicar as correlações necessárias para as análises fatoriais futuras, e tendo em vista que os quatro pontos do meio da escala de resposta pareciam ser percebidos apenas como dois, optou-se por utilizar uma escala com quatro pontos de resposta: “nunca”, “poucas vezes”, “muitas vezes”, “sempre”.

Embora comum em instrumentos psicológicos, a possibilidade de um ponto central de resposta foi descartada para evitar que os participantes, por indecisão ou por comodidade, respondessem utilizando excessivamente este ponto, levando a um efeito de tendência central. De qualquer maneira, conforme Pasquali (2010), desde que seja em número igual ou maior que três, a quantidade de pontos de resposta e a presença ou não de um ponto central parecem ser irrelevantes para os resultados das análises realizadas.

## **Etapa 2. Aplicação piloto**

Esta etapa teve como objetivo testar a aplicação do instrumento em amostra real da população alvo do estudo, ou seja, dependentes de álcool e outras drogas em tratamento. A amostra foi composta 100 pessoas, mas nove tiveram suas respostas descartadas por erros de preenchimento do caderno de respostas, como excesso de dados perdidos, ocasionado por saltar uma página inteira do caderno de respostas ou por simples desistência em participar do estudo.

Das 91 pessoas com respostas válidas, 54% estavam em tratamento por dependência de álcool, 42% por dependência de crack/cocaína e 4% por dependência de maconha. A média de idade foi de 39 anos, 92.3% eram homens, 42.9% possuíam

apenas ensino fundamental incompleto, 20.9% fundamental completo, 6.6% médio incompleto, 19.8% médio completo, 3.3% superior incompleto e 6.6% superior completo. O menor tempo de abstinência foi de três dias e o maior de 12 anos, com mediana de 2.5 meses.

Em relação ao tipo de tratamento, 49.5% estavam em regime intensivo, permanecendo no local de tratamento 24 horas por dia. Outros 48.4 % estavam em regime semi-intensivo, frequentando o local de tratamento em dias e horários específicos, nunca ultrapassando doze horas por dia e cinco dias por semana. Por fim, os demais 2.2% estavam em tratamento de grupos de ajuda mútua, frequentando reuniões semanais. A maior parte (45.1%) respondeu o instrumento oralmente, com o pesquisador lendo as perguntas e anotando as respostas; 35.1% leram as perguntas e assinalaram as respostas sozinhas, sem auxílio do pesquisador; os demais 19.8% anotaram as respostas no caderno após o pesquisador ler as perguntas em voz alta para pequenos grupos que variavam de três a seis componentes. A primeira forma de aplicação foi chamada de leitura oral individual (LOI), a segunda de autoaplicação (AP) e a terceira de leitura oral em grupo (LOG).

Após entrar em contato e obter autorização das instituições de tratamento da dependência de substâncias, cada participante foi informado sobre o tema, os objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo destacado o que seria solicitado dele na tarefa. Ao estar de acordo em participar, o Termo de Consentimento era lido, a assinatura era requerida e o caderno de perguntas entregue. Este continha na primeira página um cabeçalho para preenchimento de dados de caracterização do participante e instruções sobre como responder as perguntas contidas nas quatro páginas seguintes. Dúvidas e sugestões dos participantes eram anotadas e, quando pertinentes, as alterações já eram implementadas para as próximas aplicações.

As respostas obtidas nesta etapa foram transformadas em códigos numéricos e digitadas em uma planilha da versão 18 do programa de computador PASW Statistics. Para a opção de resposta “nunca” era dado valor 1, para “poucas vezes” valor 2, para “muitas vezes” valor 3 e para “sempre”, valor 4. Os itens com sentido negativo, que avaliam a frequência de dificuldade para desempenhar um comportamento, tiveram sua pontuação invertida, uniformizando os dados. Assim, na interpretação, todos os resultados referem-se a comportamentos positivos que podem colaborar para a manutenção da abstinência.

Para cada item foi calculada a média e o desvio padrão na habilidade avaliada, a porcentagem com que cada ponto da escala de resposta foi assinalado pelos participantes, além do valor de assimetria e curtose, para cada um dos itens do IDHEA-AD. Estes resultados descritivos são mostrados no Anexo B. Nele também são exibidas as porcentagens de concordância dos juízes e as médias de importância atribuída por eles, conforme relatado anteriormente.

Utilizando teste *t* de Student e Análise de Variância (ANOVA), foram testadas ainda possíveis diferenças nos resultados, conforme a modalidade de tratamento do participante e a forma de aplicação do instrumento ao qual foi submetido. A Tabela 1.5 mostra os resultados significativos do teste de comparação das médias de cada item, conforme o tipo de tratamento a que o paciente estava submetido, se intensivo ou semi-intensivo. Apenas 7.46% dos itens apresentaram alguma diferença significativa, ainda assim com tamanhos de efeito apenas pequenos ou no máximo moderados.

Tabela 1.5

*Diferenças Significativas por meio de Teste t de Student nas Habilidades de Enfrentamento Conforme o Tipo de Tratamento*

Habilidade	Intensivo	Semi-intensivo	t	d
	M (DP)	M (DP)		
Recusar favor	2.02 (0.94)	2.64 (0.97)	-3.04*	-0.65
Persistir para resolução de problema	2.91 (0.85)	3.28 (0.88)	-1.99**	-0.43
Pedir ajuda para resolver problema	2.38 (0.91)	2.82 (1.02)	-2.15**	-0.46
Identificar problema	3.04 (0.93)	3.41 (0.73)	-2.07**	-0.44
Expressar sentimento após chacota	1.91 (0.95)	2.71 (1.20)	-2.12**	-0.74

\*p<0.01 \*\*p<0.05

A Tabela 1.6 apresenta os resultados significativos de um teste de comparação das médias das habilidades de enfrentamento, conforme o tipo de aplicação do instrumento: Leitura Oral Individual (LOI), Leitura Oral em Grupo (LOG) ou Autoaplicação (AP). Neste caso, diferenças significativas foram sinalizadas em 14.93% dos itens. Por se tratar de uma comparação entre três formas de aplicação, foi necessário utilizar um teste pos hoc para identificar entre quais formas de aplicação as diferenças eram significativas. O procedimento da menor diferença significante de Fischer (LSD) mostrou que 17 das 30 diferenças possíveis eram significativas. Dessas, sete eram entre LOI e LOG, seis entre AP e LOG e quatro entre AP e LOI. Apesar disso, os tamanhos dos efeitos foram todos pequenos.

Tabela 1.6

*Diferenças Significativas por Meio de Análise de Variância (ANOVA) nas Habilidades de Enfrentamento Conforme o Tipo de Aplicação do Instrumento*

Habilidade de enfrentamento	AP	LOI	LOG	F	$\eta^2$	Diferenças significativas
	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
Pedir para interromper comportamento inadequado.	3.09 (1.17)	2.66 (1.20)	3.50 (0.92)	3.66**	0.08	LOI-LOG
Orar/rezar após frustração	3.00 (0.92)	2.56 (0.87)	3.39 (0.92)	5.81*	0.12	AP-LOI, AP-LOG, LOI-LOG
Evitar pessoas que trazem risco de beber	2.78 (1.21)	3.07 (1.10)	1.94 (1.06)	6.22*	0.12	AP-LOG, LOI-LOG
Planejar como passar por datas arriscadas	2.91 (1.15)	2.34 (1.26)	2.06 (1.35)	3.21**	0.07	AP-LOG
Recusar ofertas expressando que está melhor agora	3.28 (0.85)	2.98 (1.17)	2.44 (1.38)	3.23**	0.07	AP-LOG
Levar companhia sóbria em situações inevitáveis de risco	2.65 (1.25)	1.98 (1.08)	2.78 (1.26)	4.21**	0.09	AP-LOI, LOI-LOG
Recusar bebida com voz firme	2.91 (1.06)	2.83 (1.20)	3.61 (0.61)	3.65**	0.08	AP-LOG, LOI-LOG
Identificar problema	3.50 (0.62)	3.00 (1.00)	3.33 (0.69)	3.43**	0.07	AP-LOI
Agradecer ajuda recebida	3.38 (0.98)	2.83 (1.14)	3.65 (0.79)	4.75**	0.10	AP-LOI, LOI-LOG
Controlar ansiedade	3.00 (0.95)	2.68 (1.10)	3.72 (0.46)	7.39*	0.14	AP-LOG, LOI-LOG

\*p<0.01 \*\*p<0.05

Os resultados da aplicação teste e do estudo piloto permitiram verificar e corrigir aspectos de aplicação, resposta e interpretação do instrumento. Quanto à aplicação, foi possível constatar que as instruções e os itens elaborados parecem claros para a maior parte dos respondentes, até mesmo para pessoas com pouca escolaridade. Embora para estes o tempo de resposta tenha tendência a ser efetivamente mais elevado, foram levantadas poucas e pontuais dúvidas sobre o significado das palavras e o sentido das frases. Portanto, o instrumento parece adequado a uma variedade grande de participantes.

Em relação ao funcionamento do IDHEA-AD, os resultados da distribuição de porcentagem para cada ponto da escala de resposta sugerem que o problema da

distribuição concentrada nos seus pontos extremos, enfrentado inicialmente na aplicação teste, foi resolvido com a redução de seis para quatro pontos de resposta. Além de não ter havido mais dúvidas quanto ao significado e diferença dos quatro pontos da escala, a frequência de resposta a cada um deles parece bastante equilibrada na maior parte dos itens.

Outro indício de adequação do instrumento são os valores de assimetria e curtose, dentro de limites aceitáveis para a maior parte dos itens nesta amostra. Para esta análise, foram adotados como critério de interpretação da qualidade da distribuição os valores entre  $\pm 1.00$  para a assimetria e  $\pm 3.00$  para curtose, conforme proposto por Hair Jr., Babin, Money e Samouel (2005). Foi excluído apenas o item *“Ao receber um “oi”, “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”, respondo da mesma maneira, sem ficar envergonhado”*, por ter tido tanto assimetria quanto curtose muito acima dos limites estabelecidos. Para este item, a maior parte das respostas ficou concentrada no extremo superior da escala de resposta, ou seja, quase todos disseram apresentar este comportamento com grande frequência. De fato, responder a um cumprimento parece algo fácil, mais até que iniciar uma saudação, mas por isso mesmo é um comportamento difícil de ser avaliado, pois enseja um forte componente de desejabilidade social. Ainda que um indivíduo não o faça ou encontre dificuldade, ele dificilmente admitiria, pois isso é algo socialmente mal avaliado, que poderia gerar consequências negativas. De todo modo, não diferencia os respondentes.

Problemas semelhantes, mas com menor gravidade, foram encontrados em outros itens. No entanto, como os valores de assimetria e/ou curtose estavam apenas pouco acima dos valores de referência, optou-se por reescrevê-los em vez de excluí-los. O mesmo procedimento foi adotado para itens avaliados como potencialmente perigosos, no sentido de facilitarem respostas socialmente desejáveis, ainda que não

tenham apresentado problemas de assimetria ou curtose. Estes problemas foram observados principalmente em subclasses de habilidades relacionadas a civilidade e expressão de sentimentos positivos. Aparentemente os indivíduos tendem a simplesmente concordar que desempenham habilidades deste tipo com alta frequência. Por outro lado, se é perguntado sobre a dificuldade, uma avaliação menos automática é realizada, obtendo-se uma resposta mais precisa. A ideia, portanto, era que a distorção das respostas poderia estar sendo causada pela tendência do indivíduo a simplesmente concordar com a frase do item. Para sanar este problema, a questão passou a avaliar a dificuldade para desempenhar a habilidade, com o respondente tendo que assinalar a frequência do inverso do socialmente esperado.

Quanto à pequena porcentagem de questões nas quais foram encontradas diferenças significativas em relação ao tipo de tratamento ao qual o participante estava submetido, é possível supor que o instrumento pode ser aplicado tanto a pessoas que buscam tratamento intensivo quanto àquelas que buscam tratamento semi-intensivo. Para os cinco itens em que foram encontradas diferenças significativas nesse estudo piloto, participantes em tratamento semi-intensivo apresentaram médias mais elevadas nas habilidades avaliadas. Futuramente, a avaliação desta variável deverá ser melhor analisada, mas a princípio não parece interferir nos procedimentos de aplicação, resposta e interpretação dos resultados do instrumento.

Em relação à forma de aplicação, foram encontradas diferenças significativas em um número que, se não pode ser considerado elevado, merece atenção. Com os resultados dos testes pos hoc, foi possível constatar que a maior parte das diferenças significativas se dava em relação à forma de aplicação “Leitura Oral em Grupo”. Por algum motivo, a leitura em grupo pode levar à superestimação de algumas respostas, já que nesses casos as médias foram mais elevadas que outras formas de aplicação. Uma



hipótese é que o ambiente com presença de outras pessoas e o intervalo de espera entre uma pergunta e outra permitem a observação ou mesmo a comunicação das respostas alheias, o que poderia provocar uma comparação implícita ou mesmo explícita entre os participantes, elevando as pontuações. Por isso, em aplicações assim, seria fundamental um controle mais rígido do ambiente, impedindo qualquer tipo de comparação. Embora as diferenças desse tipo tenham ocorrido em menos de 15% das variáveis e o tamanho das diferenças tenham sido pequenas, em aplicações futuras, por precaução, somente as formas autoaplicação e leitura oral individual serão utilizadas. Pelo menos até que novos estudos investiguem melhor a questão da aplicação com leitura oral em grupo.

Encerrada esta fase, com a exclusão de um item e nova redação de outros 12, o instrumento passou a conter 67 questões, sendo 53 avaliando a frequência de desempenho de comportamentos adaptativos e 14 a dificuldade em desempenhá-los. Foram mantidas duas versões de conteúdo idêntico, com uma redação voltada para usuários de álcool e outra para usuários de outras drogas.

## **2. Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD): Evidências de Validade Baseada na Estrutura Interna e Análise de Consistência Interna**

A sequência do desenvolvimento do IDHEA-AD teve como objetivo analisar evidências de validade baseada na sua estrutura interna. Para isso, o instrumento foi submetido à Análise Fatorial Exploratória, conforme processo descrito a seguir.

### **Método**

#### **Participantes**

Participaram do estudo 457 pessoas que buscaram tratamento para as dependências de álcool ou crack em serviços públicos ou entidades beneficentes de atenção ao dependente químico. Após análises de dados perdidos e observações atípicas, 422 participantes formaram a amostra final, utilizada nas análises. Desses, 58% relataram estar em tratamento para a dependência de crack, embora também fizessem uso de álcool. Os demais afirmaram estar em tratamento para o alcoolismo e não serem dependentes de substâncias ilegais.

A média de idade da amostra foi de 36.66 anos ( $DP = 12.25$ ), mas com diferença significativa entre aqueles em tratamento para o alcoolismo ( $M = 45.06$ ;  $DP = 10.04$ ) e para o crack ( $M = 30.48$ ;  $DP = 9.83$ ;  $t = 14.75$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 1,47$ ). A maior parte da amostra, 85.5%, era do sexo masculino e com nível baixo de escolaridade: 15.6% possuíam apenas o ensino fundamental completo, 39.9% sequer o completaram e apenas 4.3% terminaram o ensino superior. Outros 12.5% começaram e não terminaram o ensino médio, 23.8% conseguiram ao menos terminá-lo e 3.8% afirmaram ter ensino superior incompleto.

Quanto à modalidade de tratamento, 78% estavam em atendimento ambulatorial, semi-intensivo, o que corresponde a tratamento de até 12 horas diárias, no máximo cinco dias por semana. Os outros 22% estavam em regime de internação, intensivo, o

que significa 24 horas por dia de tratamento, sete dias por semana. O tempo de abstinência dos participantes foi em média 3.57 meses ( $DP = 10.01$ ), com mediana de um mês. Uma diferença significativa, porém com tamanho de efeito pequeno, foi encontrada entre a média de dependentes de crack ( $M = 2.57$ ;  $DP = 4.62$ ) e álcool ( $M = 4.97$ ;  $DP = 14.95$ ;  $t = 2.41$ ,  $p < 0.05$ ;  $d = 0.23$ ), com mediana de 0.9 meses para o primeiro grupo e 2.00 para o segundo.

### **Instrumento**

O instrumento utilizado foi o Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), na versão com 67 itens obtida na fase anterior. Embora no processo de construção do inventário tenha sido adotada uma escala de resposta entre um e quatro, nesta etapa ela foi alterada para um intervalo entre zero e três, de forma a facilitar a posterior compreensão das pontuações totais e parciais do instrumento. Entende-se que um intervalo de pontuação partindo sempre de zero é mais fácil de interpretar. Assim, é dado valor zero à opção “nunca”, um à “poucas vezes”, dois à “muitas vezes” e três à “sempre”.

### **Procedimentos**

O instrumento foi aplicado nos locais de tratamento nos quais os participantes buscaram atendimento, todos eles serviços públicos de saúde ou entidades beneficentes de atenção ao dependente químico. Estar sob efeito aparente de álcool ou outra droga ou apresentar alguma comorbidade que incapacitasse a compreensão das questões eram critérios de exclusão. O IDHEA-AD foi aplicado de duas formas. Na primeira, o pesquisador lia as perguntas em voz alta, ouvia as respostas e as anotava no formulário devido. Na segunda, ele entregava este formulário e o próprio participante lia e assinalava as respostas. A escolha por uma das opções era feita pelo próprio participante.

Para definir qual das duas versões do inventário, A ou D, seria respondida, era perguntado ao participante: “Você procurou tratamento para parar de usar qual substância?”. Nos casos em que ele afirmava estar em tratamento para mais de uma, era solicitado que escolhesse aquela que considerasse mais difícil de ter seu uso interrompido ou em linguagem mais próxima dessa população, qual seria sua “droga de preferência”.

As respostas de cada participante foram digitadas em uma planilha da versão 18 do programa de computador PASW Statistics. Para a realização das análises pretendidas, uma série de passos prévios foi seguida visando à preparação e adequação da amostra para a realização de técnicas multivariadas. Em um primeiro momento verificou-se a adequação dos dados coletados, como dados perdidos e possíveis observações atípicas. Em seguida, foram checados os pressupostos básicos para realização de técnicas multivariadas, como a normalidade, linearidade, homocedasticidade e ausência de multicolinearidade dos dados da amostra.

Após estes passos prévios iniciou-se a busca por evidências de validade da estrutura interna do instrumento, com os dados sendo submetidos à Análise Fatorial Exploratória (AFE). Inicialmente foram analisados os índices de adequação da amostra para a extração de fatores. Foram observadas as correlações entre as variáveis, as medidas individuais de adequação amostral (MSA, sigla em inglês) e a medida geral de adequação da amostra pelo índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo teste de esfericidade de Bartlett.

Em seguida foi verificado o gráfico de sedimentação e realizada uma análise paralela para determinar com maior precisão o número máximo de fatores possíveis de serem obtidos. A partir dos resultados destas análises, foi realizada a extração, utilizando-se o método de Máxima Verossimilhança, com rotação Promax, solicitando-

se o número máximo de fatores indicado pela análise paralela e suprimindo itens com carga fatorial inferior a 0,40. Este valor adotado para a supressão está acima do mínimo comumente aceito, sendo o recomendado por Field (2005) e considerado bastante rigoroso por Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009) e Tabachnik e Fidell (2007).

### **Resultados**

Foram excluídos 18 participantes que deixaram de responder a mais de 10% das questões, máximo tolerado para dados perdidos por caso (Hair et al., 2009). Na amostra de 439 participantes restantes, apenas 0.4% do total de dados não foi preenchido, sendo esta pequena porcentagem distribuída em 54 das 67 variáveis. A porcentagem mais elevada de dados perdidos para uma única variável foi de 1.1%, valor abaixo dos 5% tolerados (Tabachnik & Fidell, 2007).

Estes resultados permitiram inferir a aleatoriedade dos dados perdidos, ou seja, a inexistência de um padrão que apontasse algum problema com os itens do instrumento. Por isso, qualquer método de preenchimento desses dados poderia ser utilizado, sem grandes riscos de prejuízo nas análises posteriores. Ainda que qualquer forma de preenchimento levasse a resultados semelhantes, o método *Expectation Maximization* (EM) foi escolhido por ser considerado o mais simples e razoável para o preenchimento de dados, além de especialmente apropriado para técnicas como análise fatorial exploratória, de acordo com Tabachnik e Fidell (2007).

Para a verificação de observações atípicas univariadas os dados foram transformados em pontuação Z, não sendo encontrado qualquer caso com valor superior a 3.29. Para verificação de observações atípicas multivariadas, foram analisados os valores de Leverage e a distância de Mahalanobis. No primeiro caso, nenhum valor foi

superior a um, mas no segundo, 17 casos foram eliminados por terem valor de chi-quadrado superior a 108.53, valor calculado para 67 graus de liberdade e  $p < 0.001$ .

A próxima etapa, ainda de preparação da amostra, agora contendo 422 casos, envolveu a verificação de pressupostos básicos para realização de análises multivariadas de dados. A normalidade foi analisada por meio da assimetria, curtose e inspeção visual dos gráficos de histograma e gráficos Q-Q. Apenas as variáveis “Agradecer ajuda recebida” e “Lidar com gozação evitando contato com o outro” apresentaram valores acima do intervalo de - 1 e + 1, conforme critério de adequação para a assimetria proposto por Hair Jr. et al. (2005). Por apresentarem desvio pouco acima do recomendado, as duas variáveis foram mantidas, mas passaram a ser acompanhadas com cuidado. Para a curtose, conforme critério dos mesmos autores, todos os valores estavam dentro do intervalo aceitável, entre - 3 e + 3. A observação dos gráficos corroborou estas informações.

A linearidade foi verificada por meio de gráficos de dispersão entre os diversos pares de variáveis e a maior parte sustentou a hipótese de linearidade entre eles. Já a homocedasticidade foi inferida com a observação de que os desvios padrões das variáveis eram baixos e de que a diferença entre a menor e a maior variância das mesmas era pequena. Por fim, multicolinearidade em excesso foi descartada ao serem encontradas somente correlações abaixo de 0.90, variâncias proporcionais todas abaixo de 0.50, valores de tolerância entre 0.41 e 0.81, bastante acima de 0.10, mínimo recomendado e fator de inflação de variância (VIF) entre 1.23 e 2.44, abaixo de 10, valor máximo tolerado, conforme Hair et al. (2009).

Com os pressupostos cumpridos, a próxima etapa foi verificar se os dados eram adequados especificamente para a realização de análise fatorial exploratória. A maior parte das correlações entre as variáveis foi significativa, sendo que aproximadamente

metade delas possuía valores acima de 0.30. Embora baixo, como é frequente em estudos envolvendo construtos psicológicos, o valor do determinante da matriz de correlações, de 7.03E-011, foi diferente de zero. O teste de Bartlett significativo (chi-quadrado 9300.44;  $gl$  2211;  $p < 0.001$ ), permite rejeitar a hipótese nula de que não há intercorrelações entre os valores. Os dados indicam, portanto, adequação para a realização da análise fatorial exploratória.

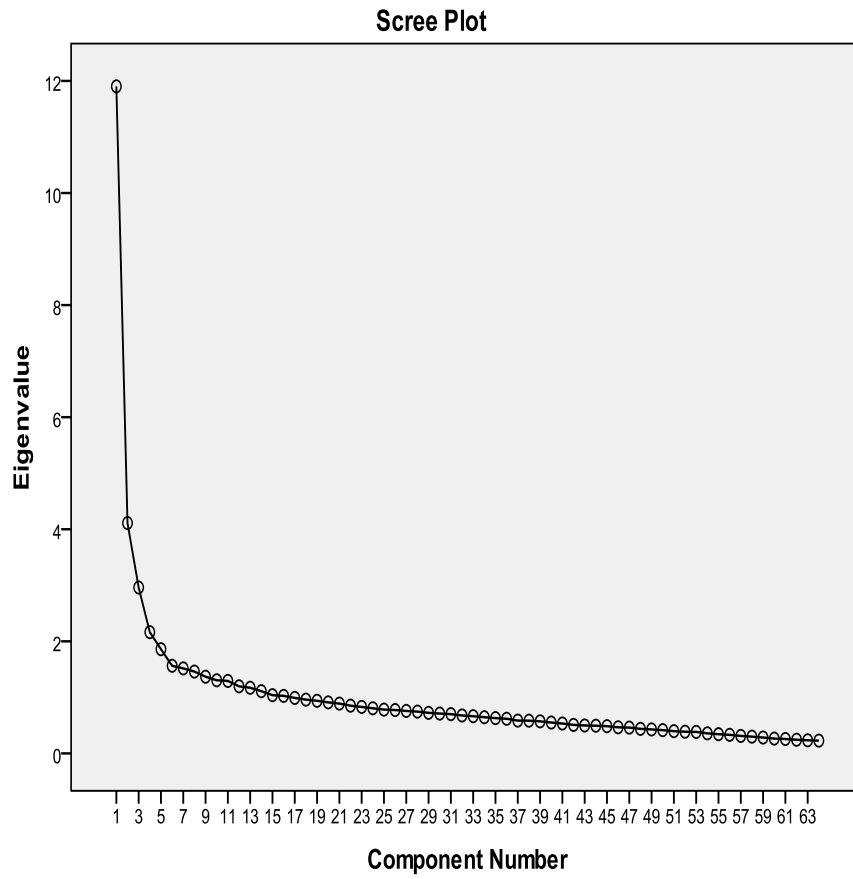
A matriz anti-imagem das correlações apresentou correlações parciais baixas e medidas de adequação amostral para as variáveis em um intervalo entre 0.38 e 0.95. Como valores abaixo de 0.50 são inaceitáveis, a variável “Recusar favor” foi excluída por ter MSA de apenas 0.38. Nova matriz anti-imagem de correlações foi gerada sem essa variável e nenhum valor ficou abaixo de 0.50. Contudo, optou-se por excluir também “Evitar pensar em problemas” e em seguida “Lidar com gozação evitando contato com o outro”, por terem MSA de 0.60 e 0.64, respectivamente, abaixo do valor de 0.70, mínimo recomendado como ideal. Com isso, as medidas de adequação amostral para as variáveis ficaram em um intervalo entre 0.72 e 0.95. O índice de adequação total, oferecido pelo KMO, foi de 0.88, valor considerado “admirável” por Hair et al. (2009).

Confirmada a adequação dos dados para a análise fatorial exploratória, foi realizada inicialmente uma Análise de Componentes Principais, utilizando-se as 64 variáveis restantes. Nessa etapa, não houve solicitação de um número pré-determinado de fatores, escolha de método de rotação e supressão de variáveis de acordo com a carga fatorial. Os valores das comunalidades dos itens do instrumento foram considerados adequados, próximos a 0.50 como recomenda Hair et al. (2009), com mínimo de 0.38 e máximo de 0.74. De acordo com esta análise inicial, seguindo o critério de Kaiser as variáveis comporiam um máximo de 16 componentes, uma vez que acima desse número

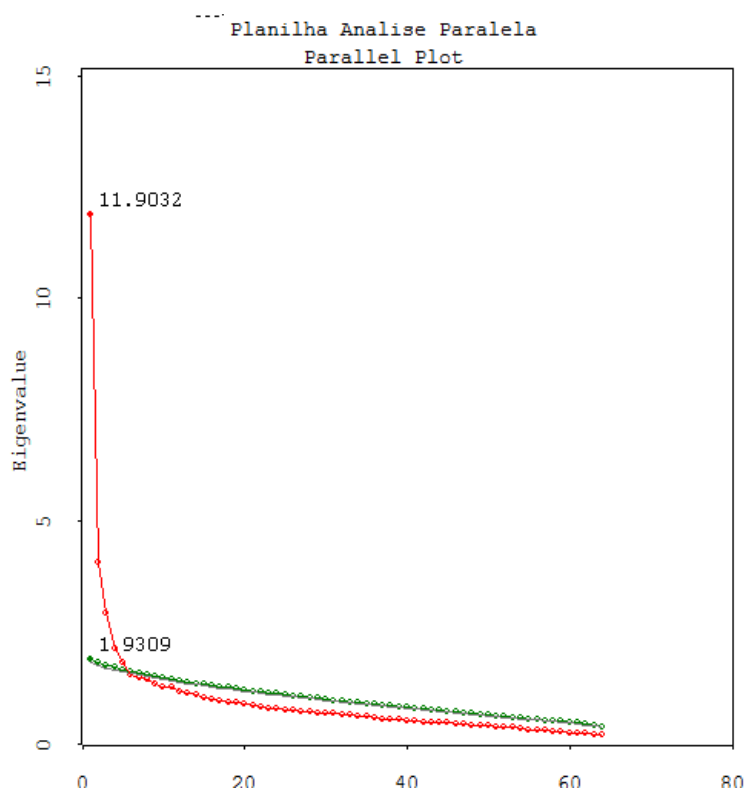
os autovalores passaram a ser menores que um. O total de variância explicada nesse caso seria de 57.89%. No entanto, como advertido por Costello e Osborne (2005), o critério de Kaiser pode muitas vezes superestimar o número de dimensões possíveis de serem extraídas. É o que parece ter ocorrido neste caso, já que a análise do gráfico de sedimentação (Figura 2.1) sugere uma estrutura de até cinco componentes.

Com estas indicações e a fim de não deixar dúvidas sobre a estrutura fatorial mais parcimoniosa, foi realizada a análise paralela dos dados utilizando-se o programa ViSta, de Ledesma, Molina, Mora e Poó (2007). Com base no gráfico resultante dessa análise (Figura 2.2), pode-se observar que são cinco pontos acima da interseção entre as linhas, sendo que uma representa a amostra real utilizada e a outra, amostras paralelas simuladas. Isso sugere que cinco é o número máximo de fatores possíveis de serem extraídos. Na Figura 2.3 esta informação é confirmada por meio da comparação entre os autovalores da amostra real e a média dos autovalores simulados, já que a partir do sexto fator, os autovalores simulados passam a serem superiores aos reais. Desse modo, pode-se inferir que a indicação por meio da análise paralela é mesmo de um agrupamento das variáveis em no máximo cinco fatores.





**Figura 2.1.** Gráfico de sedimentação sugerindo cinco fatores a serem extraídos



**Figura 2.2.** Gráfico do programa Vista-Visual Statistics indicando o número máximo de fatores a serem extraídos.

```

PARALLEL ANALYSIS REPORT
by Ruben Ledesma & Pedro Valero Mora

MODEL: Planilha Analise Paralela

VARIABLES: (Var1 Var2 Var3 Var4 Var5 Var6 Var7 Var8 Var9

Model: (Principal Component of correlation matrix)
Method: (Normal Data Simulation)
Number of simulated samples: 100
Eigenvalues at percentile: 95.0

```

	Observed	Mean	Perc95.0
Eigenvalue1	11.90321	1.86029	1.93092
Eigenvalue2	4.11039	1.78603	1.84510
Eigenvalue3	2.96034	1.72799	1.77572
Eigenvalue4	2.16375	1.68070	1.74170
Eigenvalue5	1.85985	1.63778	1.68714
Eigenvalue6	1.56428	1.59960	1.64605
Eigenvalue7	1.51711	1.56320	1.59556
Eigenvalue8	1.46039	1.53133	1.56317
Eigenvalue9	1.36856	1.49873	1.52986
Eigenvalue10	1.30482	1.46888	1.49218
Eigenvalue11	1.29328	1.43751	1.46663
Eigenvalue12	1.19744	1.40776	1.43309
Eigenvalue13	1.17152	1.38004	1.40644
Eigenvalue14	1.11022	1.35301	1.38136

**Figura 2.3.** Tabela do programa Vista-Visual Statistics com a comparação entre autovalores simulados e reais

Com esta definição, foi iniciada a Análise Fatorial Exploratória, solicitando-se a extração de cinco fatores, com método Máxima Verossimilhança e rotação Promax, por haver pressuposição de correlação entre os fatores, o que foi posteriormente observado na matriz fatorial. De qualquer forma, a escolha prévia pela rotação Promax foi justamente devido ao fato deste tipo utilizar uma rotação ortogonal inicial e então transformá-la em oblíqua, mantendo a simplicidade dos resultados (Tabachnik & Fidell, 2007). Variáveis com carga fatorial inferior a 0.40 foram suprimidas.

Os dados apresentados na Tabela 2.1 mostram que 35 itens foram distribuídos nos cinco fatores solicitados, com comunalidades entre 0.22 e 0.76, total de variância explicada de 47.21% e precisão de 0.88, medida pelo alfa de Cronbach. A composição de um dos fatores, formado por apenas dois itens, somado a baixos valores de fidedignidade em dois deles, foram indícios de que a estrutura não era a adequada e precisava ser revista.

Desta maneira, a análise seguinte foi realizada solicitando-se a extração de quatro fatores. A porcentagem total de variância explicada deste modelo, de 44.12%, continuou aceitável, assim como a fidedignidade, cujo alfa de Cronbach total seguiu em 0.88. As comunalidades passaram a variar entre 0.21 e 0.59. Dessa vez, como apresentado na Tabela 2.2, a estrutura teve seus 34 itens distribuídos satisfatoriamente nos quatro fatores. Contudo, a baixa precisão de um deles não foi alterada, sendo motivo para nova revisão do modelo. Embora isto possa ter sido resultado do menor número de itens que constituíram o fator, optou-se por uma nova tentativa, solicitando-se três fatores.

A estrutura trifatorial mostrou ser adequada, pois é simples, teoricamente clara e confiável (Tabela 2.3). É composta por 30 itens, com alfa de Cronbach de 0.88, total de variância explicada de 43.02% e comunalidades variando entre 0.21 e 0.57. Gera um

escore bruto que varia entre 0 e 90. Os conteúdos dos itens de cada um dos fatores foram analisados, visando interpretar o que cada dimensão representa e também nomear cada uma delas de maneira apropriada.

Tabela 2.1

*Estrutura Interna Do IDHEA-AD Com Cinco Fatores*

Habilidade	Fator				
	1	2	3	4	5
Recusar dizendo que não bebe/usa droga.	0.76				
Recusar com voz adequada.	0.73				
Recusar pedindo para não haver mais oferecimento.	0.71				
Recusar dizendo que parou de beber/usar droga.	0.70				
Recusar oferta abandonando a situação.	0.69				
Abandonar local de risco.	0.66				
Planejar datas de risco.	0.56				
Recusar oferta sugerindo outra atividade.	0.55				
Recusar oferta mudando de assunto.	0.52				
Avaliar antecipadamente engajamento em situação de risco.	0.51				
Recusar dizendo estar em tratamento.	0.52				
Usar estratégias para frequentar locais de risco.	0.46				
Lidar com propaganda dizendo que bebida/droga não é bom.	0.45				
Agradecer apoio recebido		0.78			
Agradecer elogio sobre as mudanças da sobriedade.		0.68			
Lidar com erro pedindo desculpa rapidamente.		0.67			
Lidar com erro pedindo desculpas sem dificuldade.		0.61			
Expressar carinho e afeto.		0.60			
Ouvir conselhos com atenção.		0.59			
Retribuir carinho e afeto.		0.58			
Admitir erros cometidos.		0.43			
Lidar com raiva respirando fundo.			0.66		
Lidar com raiva utilizando frases de tranquilização.			0.62		
Lidar com raiva pensando que é inútil manter esse sentimento.			0.55		
Lidar com raiva observando o ponto de vista do outro.			0.54		
Lidar com desentendimento sem agir precipitadamente.			0.50		
Lidar com raiva contando até dez			0.49		
Lidar com raiva engajando em outra atividade.			0.45		
Lidar com desentendimento fazendo uma autoavaliação.			0.45		
Lidar com tristeza desabafando com outras pessoas.				0.64	
Lidar com frustração conversando com outras pessoas.				0.55	
Lidar com gozação expressando o sentimento a outra pessoa.				0.48	
Lidar com problema pedindo ajuda				0.42	
Lidar com desconfiança explicando que a situação agora é diferente.					0.88
Lidar com desconfiança pedindo confiança.					0.53
% de variância explicada	21.14	10.48	6.79	5.13	3.67
Alfa de Cronbach	0.89	0.83	0.77	0.66	0.67

Tabela 2.2

*Estrutura Interna Do IDHEA-AD Com Quatro Fatores*

	Fator			
	1	2	3	4
Recusar dizendo que não bebe/usa droga.	0.75			
Recusar pedindo para não haver mais oferecimento.	0.73			
Recusar com voz adequada.	0.73			
Recusar dizendo que parou de beber/usar droga.	0.72			
Recusar oferta abandonando a situação.	0.67			
Abandonar local de risco.	0.65			
Recusar oferta sugerindo outra atividade.	0.55			
Recusar oferta mudando de assunto.	0.52			
Recusar dizendo estar em tratamento.	0.52			
Planejar datas de risco.	0.52			
Avaliar antecipadamente engajamento em situação de risco.	0.52			
Lidar com propaganda dizendo que bebida/droga não é bom.	0.46			
Usar estratégias para frequentar locais de risco.	0.45			
Agradecer apoio recebido		0.77		
Agradecer elogio sobre as mudanças da sobriedade.		0.68		
Lidar com erro pedindo desculpa rapidamente.		0.66		
Expressar carinho e afeto		0.61		
Lidar com erro pedindo desculpas sem dificuldade.		0.60		
Ouvir conselhos com atenção		0.59		
Retribuir carinho e afeto		0.59		
Admitir erros cometidos.		0.42		
Lidar com raiva respirando fundo.			0.65	
Lidar com raiva utilizando frases de tranquilização.			0.62	
Lidar com raiva pensando que é inútil manter esse sentimento.			0.59	
Lidar com raiva observando o ponto de vista do outro.			0.53	
Lidar com desentendimento sem agir precipitadamente.			0.48	
Lidar com desentendimento fazendo uma autoavaliação.			0.47	
Lidar com raiva contando até 10.			0.44	
Lidar com raiva engajando em outra atividade.			0.43	
Lidar com problemas listando soluções.			0.40	
Lidar com tristeza desabafando com outras pessoas.				0.63
Lidar com frustração conversando com outras pessoas.				0.57
Lidar com gozação expressando o sentimento a outra pessoa.				0.51
Lidar com problema pedindo ajuda				0.44
% Variância explicada	21.36	10.79	7.06	5.01
Alfa de Cronbach	0.89	0.83	0.78	0.66

Tabela 2.3  
*Estrutura interna do IDHEA-AD com três fatores*

	Fator			h <sup>2</sup>
	1	2	3	
Recusar dizendo que não bebe/usa droga.	0.75			0.53
Recusar pedindo para não haver mais oferecimento.	0.74			0.55
Recusar dizendo que parou de beber/usar droga.	0.73			0.51
Recusar com voz adequada.	0.72			0.57
Recusar oferta abandonando a situação.	0.70			0.43
Abandonar local de risco.	0.67			0.39
Recusar sugerindo outra atividade.	0.55			0.35
Recusar mudando de assunto.	0.54			0.38
Recusar dizendo estar em tratamento.	0.53			0.30
Planejar datas de risco.	0.52			0.29
Avaliar antecipadamente engajamento em situação de risco.	0.49			0.35
Lidar com propaganda dizendo que bebida/droga não é bom.	0.45			0.28
Usar estratégias para frequentar locais de risco	0.45			0.21
Pedir para interromper comportamento inadequado	0.42			0.26
Agradecer apoio recebido		0.76		0.57
Agradecer elogio sobre as mudanças da sobriedade.		0.69		0.46
Lidar com erro pedindo desculpa rapidamente.		0.67		0.48
Expressar carinho e afeto		0.61		0.39
Lidar com erro pedindo desculpas sem dificuldade.		0.60		0.38
Retribuir carinho e afeto		0.59		0.38
Ouvir conselhos com atenção		0.58		0.38
Admitir erros cometidos.		0.42		0.22
Lidar com raiva pensando que é inútil manter esse sentimento.			0.56	0.34
Lidar com raiva utilizando frases de tranquilização.			0.56	0.33
Lidar com raiva respirando fundo.			0.56	0.32
Lidar com raiva observando o ponto de vista do outro.			0.56	0.29
Lidar com desentendimento sem agir precipitadamente.			0.53	0.29
Lidar com desentendimento fazendo uma autoavaliação.			0.52	0.32
Lidar com raiva engajando em outra atividade.			0.48	0.31
Lidar com desentendimento fazendo um acordo.			0.42	0.23
% Variância explicada	23.43	12.08	7.52	
Alfa de Cronbach	0.89	0.83	0.77	

O primeiro fator, “Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias”, é composto por 14 itens, alfa de Cronbach de 0.89 e envolve principalmente habilidades para recusar oferta de substâncias. Gera um escore bruto que varia entre 0 e 42. O segundo, “Expressão emocional de sentimentos positivos para a manutenção da abstinência” está relacionado a habilidades para demonstrar sentimentos que colaboram para o estabelecimento de situações sociais menos estressoras. Possui alfa de Cronbach de 0.83 e seus oito itens geram escore bruto entre 0 e 24. Por fim, o terceiro fator, “Autocontrole emocional em situações adversas”, tem oito itens, alfa de Cronbach de 0.77 e envolve principalmente manejo da raiva. O escore bruto também varia entre 0 e 24. Há uma correlação moderada, de 0.46, entre o Fator 1 e o Fator 3 e correlações fracas, de 0.17 entre os fatores 1 e 2 e de 0.18 entre o Fator 2 e o Fator 3.

### **Discussão**

A estrutura do IDHEA-AD manteve-se estável em todas as extrações, independentemente do número de fatores solicitados. Isso significa que as três dimensões que compõem a versão final do instrumento aqui apresentado sempre estiveram presentes, conservando inclusive, após cada extração, a mesma ordem em termos de variância explicada. A maior dificuldade do processo foi chegar a uma estrutura confiável, tanto como um todo como em suas dimensões, o que foi alcançado com a estrutura trifatorial. Nela, o primeiro fator está relacionado à assertividade, o segundo à expressão de sentimentos positivos e o terceiro ao autocontrole emocional.

Nas extrações que antecederam a estrutura final, dois agrupamentos de itens foram identificados. O primeiro deles, formado por apenas dois itens, estava relacionado ao enfrentamento da desconfiança de outras pessoas, em geral familiares, sobre o uso de substâncias no período de manutenção da abstinência. As habilidades deste grupo foram identificadas nas entrevistas realizadas para elaboração de itens para o instrumento. Elas



eram citadas como forma de lidar com a desconfiança por parte principalmente de familiares, considerado um forte antecedente da fissura e, muitas vezes, gatilho para uma recaída. A ideia é que o comportamento de consumir alguma substância seria uma resposta de enfrentamento, obviamente inadequada, para o estresse gerado pela desconfiança. Uma frase que resumiria esse raciocínio seria algo como “já que estão desconfiando mesmo, é melhor beber/usar, não faz diferença”. Assim, saber enfrentar de maneira adequada tal situação seria uma habilidade importante, requerida na manutenção da sobriedade.

No entanto, além da baixa fidedignidade, o número reduzido de itens inviabilizava a interpretação de um fator. Havia a expectativa de que em extrações seguintes os itens pudessem ser realocados em outros fatores, como expressão emocional de sentimentos negativos, positivos ou mesmo de assertividade. Entretanto, isso não se concretizou e uma das hipóteses é que justamente por ser uma habilidade possivelmente multifatorial ela não conseguiu manter-se confiável em nenhum outro agrupamento. Outra possibilidade é de que ela pode mesmo formar um fator independente, mas seria necessário expandir sua descrição teórica, aumentando o número de itens.

O outro agrupamento encontrado antes da definição da estrutura trifatorial foi formado por quatro itens ligados à expressão emocional de sentimentos negativos. As habilidades desse grupo seriam importantes porque emoções negativas e a tensão por elas gerada poderiam fazer o consumo de bebida ou outras drogas ser uma válvula de escape desadaptativa para estes sentimentos (Monti et al., 2005). Desta maneira, expressá-los de maneira adequada serviria como válvula de escape adaptativa, aumentando a probabilidade de suporte social e favorecendo a manutenção da abstinência.

Se aqui o número de itens foi minimamente suficiente, tanto na primeira extração, com cinco fatores, quanto na segunda, com quatro, em ambos os casos a fidedignidade foi baixa. Uma possibilidade era de que na extração com quatro fatores, novos itens pudessem se agrupar, aumentando a precisão deste fator. Outra era que na extração com três fatores uma grande dimensão que incluísse esses itens, como, por exemplo, “expressão de sentimentos em geral” pudesse ser formada. No entanto, nenhuma das duas se confirmou e por precaução, um fator avaliando habilidades para expressar sentimentos negativos não foi incluído na versão do instrumento aqui apresentada.

Em relação aos três fatores que compõem adequadamente o IDHEA-AD, destacam-se os resultados indicando que, no processo de manutenção da abstinência, ser assertivo em um ambiente que tradicionalmente estimulava o consumo da substância parece ser a classe de habilidades mais importante. Este resultado já era esperado, uma vez que há tempos a assertividade vem sendo associada a bons resultados em relação à abstinência de substâncias. Freedberg e Johnston (1978, citado por Monti et al., 2005) já apontavam que dependentes de álcool que passaram por treinamento de assertividade tiveram melhores resultados no comportamento de beber quando comparados a um grupo que não passou pela intervenção. Ferrel e Galassi (1981), em estudo de seguimento de dois anos, relataram que pacientes que receberam treinamento de habilidades assertivas mantiveram a abstinência por um período significativamente mais longo que os que receberam outro tipo de tratamento.

Atualmente, os resultados apontam a assertividade específica para recusar oferta de bebida ou outra droga como estando ligada a aspectos do consumo de álcool e outras drogas. Alguns estudos com adolescentes não dependentes mostram esta relação. Scheier et al (1999) afirmam que baixo repertório de habilidades de recusa está

associado ao envolvimento com álcool. Duncan et al (2000) relatam maior eficácia para recusar maconha em jovens que passaram por um programa multimídia que ensinava a recusar esta droga. Epstein et al (2007) relatam que o uso de habilidades de recusa está ligado à menor probabilidade de beber.

Para indivíduos já dependentes, o desempenho adequado destas habilidades diminuiria a probabilidade de surgimento de fissuras, que poderiam ser geradas pela adoção de um comportamento passivo ou agressivo diante da insistência de outras pessoas para consumir a substância. Ziwyak et al (2006) sugerem que o treino de recusa de substâncias é um ingrediente ativo da terapia para o tratamento do alcoolismo. Monti et al (2005, p.74) consideram que “receber uma oferta de bebida ou ser pressionado pelos outros a beber é uma situação de alto risco muito comum para dependentes de álcool que decidiram parar de beber”. Para os mesmos autores, o fato do uso social do álcool ser amplamente aceito na nossa cultura faz com que seja necessário mais que uma decisão sincera de não beber, é preciso haver o desenvolvimento de habilidades assertivas específicas para que tal decisão seja cumprida, evitando que o assédio, seja ele ocasional ou repetido, leve ao surgimento de fissuras.

Carroll (1998) segue a mesma justificativa e também afirma que assertividade, na forma de habilidades de recusa, é fundamental para dependentes de cocaína que desejam manter a sobriedade. Para Mares e Torres (2010), se uma resposta firme de recusa é executada, há menor probabilidade de haver insistência no oferecimento. Assim, a firmeza da recusa permite ao indivíduo ter controle do ambiente e reafirma sua segurança em não consumir a substância. As mesmas autoras apresentam resultados de um estudo em que dependentes de álcool e maconha que passaram por treinamento de habilidades de recusa, mantiveram-se em total abstinência ou tiveram poucos e isolados episódios de consumo nos meses seguintes. Resultado semelhante, em estudo

envolvendo afro-americanos dependentes de álcool, foi relatado por Witkiewitz et al. (2011). Dolan et. al (2013) apresentam resultados indicando que a habilidade para recusar oferta de álcool, em momento de fissura já instalada, é maior em pessoas abstinentes que nas que tiveram lapsos após o tratamento.

Carroll (1998), Monti et al. (2005) e Mares e Torres (2010) sugerem ainda uma lista de habilidades de recusa que seriam necessárias para a manutenção da abstinência diante de uma oferta de álcool ou outra droga: negar assertivamente, sugerir alternativas, mudar o assunto da conversa, oferecer uma justificativa, solicitar que a outra pessoa pare de oferecer e interromper a conversa. Todas elas estão presentes no primeiro fator do IDHEA-AD, o que explica a representatividade da dimensão e permite supor uma boa avaliação desta classe de habilidades por meio do instrumento.

Além da assertividade para a recusa de substâncias, há uma série de itens distintos que complementam o primeiro fator do IDHEA-AD. Eles avaliam o planejamento para lidar com locais de risco e, ao contrário das habilidades para recusa, claramente interpessoais, possuem uma característica intrapessoal, pois não envolvem outras pessoas, mas “recursos mentais” que o indivíduo usa com ele mesmo para lidar com situações de risco que pode vir a enfrentar. Englobam essencialmente habilidades para identificar possíveis situações de risco e planejar atividades adequadas para substituí-las no momento em que acontecem, enfrentando-as com segurança ou escapando da situação.

Tais habilidades podem ser incluídas no que Carroll (1998) trata como “diminuir a disponibilidade” da substância. De acordo com a autora, para que as habilidades de recusa sejam mais efetivas, é necessário desenvolver também um repertório de habilidades que levem à redução da disponibilidade da substância no ambiente diário do indivíduo. Seguir abstinente mantendo as mesmas atividades anteriores à decisão de

interromper o consumo é uma tarefa quase impossível. Por isso a relevância de habilidades relacionadas a planejamento, capazes de diminuir a frequência a locais de risco e o contato com pessoas que possam levar a riscos. Elas estariam assim estreitamente ligadas à habilidades de recusa, o que pode ser visto no primeiro fator do IDHEA-AD, nomeado como “Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias”.

As habilidades avaliadas pelo segundo fator do instrumento, nomeado “Expressão emocional de sentimentos positivos para a manutenção da abstinência”, são claras quanto à característica antecipatória do construto avaliado, pois envolvem comportamentos que visam criar um ambiente menos estressor e mais acolhedor. Isso fica evidente ao observar que seus dois itens principais avaliam habilidades para receber críticas de forma adequada e para fazer elogios sobre apoio recebido no processo de mudança de comportamento. Os demais mantêm essa característica e envolvem habilidades para receber elogios sobre o esforço na manutenção da abstinência, para ouvir conselhos, retribuir afeto positivo de outras pessoas, desculpar-se por críticas justas e expressar afeto a pessoas queridas.

Considerando que o período de dependência de qualquer substância é frequentemente marcado por problemas de relacionamento, no de manutenção da abstinência é importante ser hábil para expressar afetos positivos, ainda que em situações aversivas. Ao elogiar, desculpar-se e manifestar afeto, há demonstração de que comportamentos desadaptativos característicos da dependência estão sendo substituídos por outros, adaptativos, ligados à abstinência. Para a família ou outras pessoas próximas, é uma evidência de que está havendo mudança de comportamento. Portanto, isso aumenta as chances de se estabelecer um bom ambiente de relacionamentos e

receber suporte social, o que conseqüentemente pode diminuir as chances de ocorrência ou força das fissuras e recaídas.

Todas as habilidades desse segundo fator estão descritas em Monti et al. (2005). No entanto, enquanto estes autores as descrevem separadamente, no IDHEA-AD elas foram agrupadas, sugerindo que não são totalmente independentes, mas subclasses de uma classe mais ampla de habilidades de enfrentamento. Em comum, todas parecem ter uma função direta de gerar um ambiente menos conflituoso, favorecedor da abstinência.

Por sua vez, o terceiro fator, nomeado “Autocontrole emocional em situações adversas”, é composto principalmente por habilidades de manejo da raiva, mas incluem habilidades de resolução de problemas relacionados a conflitos interpessoais. Ao contrário dos dois fatores anteriores, que continham essencialmente habilidades interpessoais, este é representado prioritariamente por habilidades intrapessoais, essencialmente cognitivas, mas também comportamentais.

As habilidades avaliadas nesta terceira dimensão são necessárias ao longo de toda a vida do indivíduo em manutenção da abstinência, mas parecem ser ainda mais necessárias durante o período de tratamento. Nessa fase, devido ao passado recente de problemas de comportamento relacionados ao consumo de álcool ou outra droga, é frequente que as pessoas recebam críticas justas e injustas, cobranças excessivas, provocações ou pressão para consumir a substância. Muitas vezes, acabam se envolvendo em conflitos interpessoais.

É necessário, portanto, autocontrole das próprias emoções para agir de forma assertiva, resolvendo a situação de maneira adequada. O “sentimento” de raiva precisa ser enfrentado adequadamente para que não haja “*conseqüências* comportamentais da raiva, como agressão, atitudes impulsivas, passividade e comportamento passivo-agressivo” (Monti et al., 2005, p.114). De acordo com os mesmos autores, não é o

sentimento de raiva em si, mas estas conseqüências que poderiam aumentar a probabilidade de consumir a substância, uma vez que poderiam criar um ambiente de comunicação ineficaz, distante emocionalmente e hostil.

Um repertório pouco elaborado de habilidades de autocontrole das emoções é descrito, portanto, como um dos fatores que dificultam a manutenção da abstinência, entre outros motivos porque favorece a emissão de respostas passivas ou agressivas que facilitam o uso de substâncias. Respostas assertivas, que podem colaborar para a abstinência, dependeriam do autocontrole das emoções. Esta relação entre assertividade e autocontrole das emoções fica evidente quando se observa a correlação mais elevada encontrada entre os fatores um e três do IDHEA-AD, que avaliam justamente os dois repertórios. Um bom repertório de habilidades de autocontrole emocional parece colaborar com a assertividade para o estabelecimento de um ambiente mais saudável, com bons relacionamentos e capaz de manter a abstinência.

Os dados deste estudo mostram evidências de validade baseada na estrutura interna e boa consistência interna, indicando a adequação do IDHEA-AD. No entanto, determinar a qualidade de um instrumento é um processo longo e contínuo. Além destas primeiras evidências necessitarem de atualizações frequentes, outras, baseadas em variáveis externas, também precisam ser investigadas. Estudos futuros devem envolver o levantamento de dados sobre as correlações dos escores do IDHEA-AD com outros construtos, sejam eles relacionados (convergência) ou não relacionados (divergência). Também devem buscar dados sobre a capacidade concorrente ou preditiva do instrumento em relação a fatores de interesse direto e informações sobre sua fidedignidade. Algumas dessas informações foram investigadas e serão apresentadas no capítulo 3, a seguir.

### 3. Evidências Adicionais de Validade e Fidedignidade do IDHEA-AD

#### Método

##### Participantes

A amostra foi composta por 100 pessoas em tratamento por abuso ou dependência de substâncias, em instituições governamentais de atenção especializada à dependência química. Todos estavam em tratamento ambulatorial, cumprindo no máximo 12 horas de tratamento, cinco vezes por semana. A média de idade foi de 35.97 anos ( $DP = 11.00$ ) e como mostra a Tabela 3.1, é uma amostra essencialmente masculina, de baixa escolaridade e consumidora de drogas ilegais, especialmente o crack. O tempo de abstinência no momento da participação variou entre zero e 56 semanas, com média de 8.75 ( $DP = 12.69$ ).

Tabela 3.1

*Dados de caracterização da amostra*

Variável	Categoria	Frequência
Sexo	Masculino	94
	Feminino	6
Escolaridade	Até 1º grau completo	51
	Até 2º grau completo	36
	Superior incompleto ou acima	9
	Não responderam	4
Principal substância utilizada	Crack	55
	Álcool	40
	Maconha	5



## **Instrumentos**

Quatro instrumentos foram utilizados neste estudo:

(1) Um questionário de caracterização geral, com informações sobre idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de abstinência, medido em semanas;

(2) o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), na versão em português ‘Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias’, validado para o Brasil por Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda e Formigoni (2004). Possui oito questões que investigam o uso de nove diferentes tipos de substâncias, nos três meses anteriores a aplicação. O escore, que pode variar de 0 a 39, mede o nível de envolvimento para cada uma das substâncias, sendo que quanto maior o valor, maior o envolvimento. A consistência interna do instrumento, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, é 0.80 para a versão “álcool”, 0.79 para “maconha” e 0.81 para “crack/cocaína”;

(3) O Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), em versão obtida na fase anterior (Anexo D). Possui 30 itens, alfa de Cronbach total de 0.88 e três fatores: “Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias” (14 itens,  $\alpha = 0.89$ ); “Expressão de sentimentos positivos para manutenção da abstinência” (oito itens,  $\alpha = 0.83$ ); e “Autocontrole emocional em situações adversas” (oito itens,  $\alpha = 0.77$ ). O primeiro gera um escore que pode variar entre zero e 42, o segundo e o terceiro escores entre zero e 24. A soma dos três resulta em um escore total que varia entre zero e 90. Quanto maior o valor, maior o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório;

(4) Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD), de Freire (2009), que avalia a segurança do respondente para manter a abstinência ao passar por 24 situações comuns ao contexto do uso de substâncias. Para isso utiliza uma escala de

resposta entre 1 (Nada seguro) e 5 (Extremamente seguro). O instrumento é dividido em quatro fatores (Emoções negativas, Social/Positivo, Preocupações, Abstinência/Fissura) e sua fidedignidade varia entre 0.72 e 0.92. Embora tenha sido validado em amostra de usuários de crack e cocaína, neste estudo foi adaptado para ser usado também com consumidores de álcool, já que não foi encontrado instrumento semelhante para esta população.

### **Procedimentos de aplicação**

Os instrumentos foram aplicados no local de tratamento do participante, com o pesquisador sempre presente para cumprir os procedimentos éticos, explicar as instruções aos participantes, supervisionar a aplicação, esclarecer eventuais dúvidas e verificar se todos os itens foram corretamente respondidos. O participante poderia não ter interrompido completamente o consumo de álcool ou outra droga, mas deveria necessariamente estar em tratamento voluntário para iniciar ou manter a abstinência da substância, além de não estar sob efeito no momento da aplicação. Critérios de exclusão foram: ser menor de 18 anos sem autorização de pais ou responsáveis para participar e apresentar comorbidades psiquiátricas que pudessem impedir a compreensão das instruções e dos itens dos instrumentos.

Para que a avaliação da fidedignidade por estabilidade temporal fosse possível, todos os participantes receberam um código formado pelas iniciais do nome e a data de nascimento. Exatamente sete dias após a primeira aplicação era feito novo contato com os mesmos indivíduos, sempre no local de tratamento. Aqueles que afirmavam não terem feito uso de qualquer substância nesse intervalo de tempo eram convidados a participar novamente do estudo, dessa vez respondendo apenas ao IDHEA-AD.

## **Procedimentos de análise dos dados**

As respostas foram digitadas em uma planilha do programa *PASW Statistics 18*. Para investigar evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas dois procedimentos foram utilizados. Primeiro, os escores totais e fatoriais do IDHEA-AD foram correlacionados àqueles gerados pela EAAD, pelo ASSIST e ao tempo de abstinência. Os coeficientes de correlação de Pearson foram analisados. No segundo, por meio de análises de regressão linear múltipla, os escores fatoriais do IDHEA-AD foram utilizados como variáveis preditoras para três variáveis de critério distintas: escore total de autoeficácia para a abstinência de substâncias, envolvimento com a substância e tempo de abstinência. Utilizando o método “padrão”, as variáveis preditoras foram introduzidas simultaneamente na análise, observando-se então a contribuição específica de cada uma na variabilidade das variáveis de critério.

Para a análise da fidedignidade do instrumento outros dois procedimentos foram realizados. No primeiro, um teste-reteste, os dados da primeira aplicação do IDHEA-AD foram correlacionados aos da segunda. No segundo, um método das metades, os itens do IDHEA-AD divididos por sorteio em duas partes de igual tamanho. Os escores resultantes das duas partes foram correlacionados.

## **Resultados**

### **Evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas**

Os resultados indicaram que todas as correlações entre habilidades de enfrentamento antecipatório e autoeficácia para a abstinência foram significativas, positivas e com força moderada ou forte, seguindo padrões propostos por Aron, Coups e Aron (2013). Quanto maior o repertório de habilidades de enfrentamento, maior a autoeficácia para a abstinência, com destaque para correlações mais fortes obtidas para

o fator “Assertividade para a recusa” e correlações mais fracas para “Expressão de sentimentos positivos” (Tabela 3.2).

Tabela 3.2

*Coefficientes de Correlação de Pearson Entre o IDHEA-AD e o EAAD, o ASSIST e Tempo de Abstinência.*

Autoeficácia para abstinência	Habilidades de enfrentamento			
	Total	Assertividade para a recusa	Expressão de sentimento positivo	Autocontrole emocional
Total	0.69***	0.69***	0.34**	0.50***
Emoções negativas	0.62***	0.60***	0.33**	0.44***
Social/Positivo	0.67***	0.69***	0.29**	0.47***
Preocupações	0.59***	0.55***	0.33**	0.43***
Fissura	0.68***	0.68***	0.30**	0.49***
Escore ASSIST	-0.50***	-0.51***	-0.18	-0.39***
Tempo de abstinência (em semanas)	0.46***	0.52***	0,14	0.30**

*Nota.* \*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$

A Tabela 3.2 mostra ainda que quanto maior o repertório de habilidades de enfrentamento, menor o nível de envolvimento com a substância, exceto para o fator relacionado à expressão de sentimentos positivos, cuja correlação é fraca e não significativa. Também que quanto maior o repertório de habilidades de enfrentamento maior o tempo de abstinência relatado pelos participantes, novamente com exceção de habilidades de expressão de sentimentos positivos, pelos mesmos motivos.

A Tabela 3.3 apresenta dados que fortalecem as evidências de validade do IDHEA-AD. Mais precisamente que, em conjunto, as habilidades de enfrentamento medidas pelos fatores do instrumento explicam significativamente 48% da variabilidade na autoeficácia para a abstinência de substâncias, 25% no nível de envolvimento com a substância e 25% no tempo de abstinência. No entanto, apenas “assertividade para a

recusa” e “expressão de sentimentos positivos” estão significativamente relacionadas à autoeficácia para a abstinência e apenas assertividade está significativamente relacionada ao envolvimento com a substância e tempo de abstinência.

Tabela 3.3

*Análises de Regressão Linear Múltipla para Habilidades de Enfrentamento Como Preditoras de Autoeficácia para Abstinência, Envolvimento com a Substância e Tempo de Abstinência*

Variável critério	Variáveis preditoras	$\beta$	$t$	$p$	Modelo
Autoeficácia para abstinência	Assertividade para a recusa	0.61	6.59	0.001	F (3, 96) = 31.94; $p < 0.001$ ; R = 0.71; R <sup>2</sup> ajustado = 0.48
	Expressão de sentimentos positivos	0.16	2.06	0.04	
	Autocontrole emocional	0.06	0.68	0.50	
Envolvimento com substância	Assertividade para a recusa	- 0.44	- 3.94	0.001	F (3, 96) = 12.04; $p < 0.001$ ; R = 0.52; R <sup>2</sup> ajustado = 0.25
	Expressão de sentimentos positivos	- 0.03	- 0.28	0.78	
	Autocontrole emocional	- 0.12	-1.00	0.32	
Tempo de abstinência	Assertividade para a recusa	0.54	4.85	0.001	F (3,94)= 11.71; $p = 0.001$ R = 0.52 R <sup>2</sup> ajustado = 0.25
	Expressão de sentimentos positivos	0.02	0.23	0.82	
	Autocontrole emocional	-0.04	-0.38	0.70	

### Fidedignidade

Para a análise da estabilidade temporal do IDHEA-AD, após sete dias, 22 pessoas foram encontradas, preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar novamente do estudo. A Tabela 3.4 contém as médias e desvios padrão dos escores totais e fatoriais da aplicação inicial e da reaplicação do instrumento, assim como os coeficientes de correlação de Pearson obtidos entre as duas aplicações. Todas as correlações são significativas, positivas e fortes, conforme critério sugeridos por Aron et

al. (2013). Na mesma tabela também é apresentado o resultado da correlação entre os escores de duas metades do IDHEA-AD, compostas por sorteio de itens. A correlação encontrada foi significativa, positiva e forte.

Tabela 3.4

*Fidegnidade por Estabilidade Temporal e Equivalência de Metades Paralelas do IDHEA-AD*

Escore	Aplicação 1	Aplicação 2	Correlação ( <i>r</i> )
	( <i>n</i> = 22)	( <i>n</i> = 22)	
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	
Total de habilidades de enfrentamento	59.41 (17.87)	61.18 (17.91)	0.67**
F1- Assertividade para recusa	25.91 (11.33)	26.73 (11.09)	0.73***
F2- Expressão de sentimentos positivos	17.45 (5.34)	18.50 (6.27)	0.73***
F3- Autocontrole emocional	16.05 (5.93)	15.95 (5.74)	0.54**
	Metade 1	Metade 2	
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	
Metades de 15 itens	27.26 (10.21)	29.08 (9.56)	0.85***

*Nota.* \*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$

### Discussão

Os resultados apresentados anteriormente indicam que o IDHEA-AD possui evidências de validade com base em relações com variáveis externas e de que é fidedigno. De forma mais específica, são evidências de validade convergente por construto relacionado, validade de critério concorrente, estabilidade temporal e consistência em relação ao conteúdo. Analisadas em conjunto, ampliam os indícios de qualidade do instrumento.

A autoeficácia para a abstinência de substâncias foi a variável externa escolhida para analisar possível validade convergente do IDHEA-AD. Com base no conceito de Bandura (1977), esse tipo específico de autoeficácia pode ser definido como o grau de

confiança de um indivíduo para lidar com situações que envolvam o risco de usar a substância. Marlatt e Witkiewitz (2009) a consideram um dos mais importantes determinantes intrapessoais da recaída. Dolan, Martin e Rohsenow (2008) citam uma série de estudos indicando que maiores níveis de autoeficácia para a abstinência estão associados a melhores resultados no tratamento do alcoolismo e de substâncias como opioides, nicotina e cocaína. Além disso, ela é descrita como uma variável que se relaciona a diversas outras, inclusive habilidades de enfrentamento.

Como explicam Monti et al. (2005), a autoeficácia para a abstinência desenvolve-se gradualmente, conforme o indivíduo vai enfrentando situações que podem trazer risco de consumir a substância. Se ele possui um bom repertório de habilidades de enfrentamento, a tendência é que consiga lidar de maneira bem sucedida com essas situações de risco, aumentando assim os níveis de autoeficácia. Se não possui as habilidades necessárias, o enfrentamento pode ser mal sucedido, reduzindo a autoeficácia para a abstinência.

Por serem variáveis relacionadas, para haver evidência de validade convergente, esperava-se uma correlação moderada entre autoeficácia para abstinência e habilidades de enfrentamento, conforme critérios citados por Primi, Muniz e Nunes (2009). Portanto, os resultados, com correlações variando entre 0.30 e 0.69, permitem acrescentar mais um indício de validade do IDHEA-AD. Esta conclusão é corroborada pelos dados indicando que metade da variabilidade em autoeficácia foi explicada pelas habilidades de enfrentamento. De certa forma, isso apoia a teoria citada, de que habilidades de enfrentamento influenciam a autoeficácia para a abstinência.

Outra evidência de validade do IDHEA-AD está relacionada a um critério concorrente. Duas variáveis foram utilizadas e cada uma teve um quarto da sua variabilidade explicada significativamente pelas habilidades de enfrentamento avaliadas

pelo instrumento. Embora a porcentagem de variância tenha sido menor que a obtida para o modelo com a autoeficácia como variável de critério, é importante destacar que tanto nível de envolvimento com a substância quanto tempo de abstinência parecem ser variáveis mais complexas, no sentido de que são influenciadas por uma gama maior de outras variáveis. Assim, cada uma ter um quarto da sua variabilidade explicada pelas habilidades de enfrentamento avaliadas pelo IDHEA-AD é um resultado importante. E mais, a direção da relação segue um sentido lógico, em que maior repertório de habilidades de enfrentamento está relacionado a menor nível de envolvimento com a substância e a maior tempo de abstinência. Portanto, os dados parecem suficientes para concluir que o instrumento possui também boas evidências de validade de critério concorrente.

Dos resultados relacionados aos diferentes tipos de validade baseada em variáveis externas, destaca-se a força do fator “Assertividade e planejamento para a recusa de oferta de substâncias”. O tamanho do efeito avaliado pelas correlações e pelos valores de  $\beta$  mostra que esta é provavelmente a classe de habilidades de enfrentamento mais importante para a manutenção da abstinência. Embora expressão de sentimentos positivos e autocontrole emocional não comprometam um modelo explicativo significativo, também não contribuem individualmente para incrementar essa explicação. De certa forma, são coadjuvantes da assertividade, pelo menos para as variáveis de critério analisadas neste estudo. Estudos futuros podem investigar outras variáveis de critério, que teoricamente possam estar mais relacionadas à expressão de sentimentos e ao autocontrole emocional.

Sobre a fidedignidade, os dados também foram favoráveis. Os resultados relacionados à estabilidade temporal indicam que as respostas se mantêm precisas em um intervalo de tempo. As correlações entre as aplicações foram fortes e significativas.



Além disso, como esperado, foram todas positivas. Por fim, também como esperado, a correlação de Pearson obtida por meio do método das metades foi significativa, positiva e forte. Isto é um indicador de consistência em relação à amostragem do conteúdo, que mesmo dividido aleatoriamente avalia o construto de forma coerente. Somado aos dados de estabilidade temporal e de consistência interna, compõe um conjunto de indícios de que o IDHEA-AD é capaz de fazer avaliações com chances menores de erros. Estudos futuros podem buscar a replicação destes indícios, por exemplo, utilizando amostras mais homogêneas e verificando se os resultados se mantêm.

#### 4. Caracterização do repertório de habilidades de enfrentamento de consumidores de álcool e outras drogas

O objetivo geral deste estudo foi caracterizar o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório de pessoas em tratamento por uso, abuso ou dependência de substâncias. Objetivos específicos foram comparar o repertório de acordo com variáveis de caracterização (gênero, escolaridade, tipo de substância preferencialmente consumida, tempo de abstinência) e criar normas provisórias de interpretação dos escores.

#### Método

##### Participantes<sup>1</sup>

A amostra foi composta por 539 pessoas em tratamento por uso, abuso ou dependência de substâncias, em serviços públicos ou filantrópicos de atenção ao dependente químico. A média de idade foi de 36.10 anos ( $DP = 12.13$ ) e o tempo médio de abstinência foi de 3.27 meses ( $DP = 9.00$ ), com mediana de um mês. A Tabela 4.1 mostra outras características da amostra.

Tabela 4.1

##### *Dados De Caracterização Da Amostra*

Variável	Categoria	Frequência válida (%)
Sexo	Masculino	86.1
	Feminino	13.9
Escolaridade	Até 1º grau completo	54.4
	Até 2º grau completo	36.2
	Superior ou acima	9.5
Classificação da substância utilizada	Ilícita (Crack, cocaína, maconha)	59.9
	Lícita (Álcool)	40.1

<sup>1</sup> Essa amostra é composta por participantes das duas etapas anteriores.

## **Instrumento**

O Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD).

## **Procedimentos**

As respostas dos participantes foram digitadas em uma planilha do programa de computador PASW Statistics 18. A primeira análise, apenas descritiva, caracterizou a pontuação mínima e máxima, a média e o desvio padrão, para o escore total e os três escores fatoriais do IDHEA-AD, de toda a amostra em conjunto.

Para a segunda análise, foram definidas quatro variáveis de caracterização da amostra, cada uma dividida em duas categorias: (1) gênero (masculino / feminino), (2) escolaridade (baixa - até ensino fundamental completo / alta - ensino médio ou acima), (3) classificação da substância preferencialmente consumida (lícita / ilícita), (4) tempo de abstinência (alto - metade da amostra com mais tempo de abstinência / baixo - metade da amostra com menos tempo de abstinência). Em seguida, utilizando o programa *PASW Statistics 18*, foi realizada uma seleção aleatória de participantes para que as duas categorias de cada variável tivessem sempre número igual de pessoas. As médias dos grupos foram comparadas utilizando ANOVA para o escore total e MANOVA para os três escores fatoriais do IDHEA-AD.

Uma terceira análise, complementar à segunda, foi realizada dividindo-se a variável “tempo de abstinência” em quatro categorias: (1) uso (indivíduos que ainda não haviam estabelecido a abstinência), (2) abstinência inicial (pessoas entre sete e 30 dias sem consumir a substância), (3) abstinência média (participantes entre um e seis meses de abstinência), e (4) abstinência avançada (indivíduos que estavam há mais de seis meses sem consumir a substância). Assim como na segunda análise, os grupos foram

compostos por número igual de participantes e para as análises também foram utilizadas ANOVA e MANOVA.

Antes da realização das MANOVA, alguns pressupostos foram checados. Em todos os casos, a observação dos dados das variáveis dependentes, em cada grupo das categorias analisadas, sugeriu distribuição normal. Além disso, os grupos comparados tinham tamanhos equivalentes e os Testes M de Box não indicaram a violação das matrizes de variância-covariância.

Para a criação das normas provisórias, calculou-se a porcentagem relativa de cada escore e, de forma cumulativa, obteve-se o valor dos percentis que irão orientar a interpretação, indicando qual a porcentagem de pessoas está abaixo de um determinado escore. Os escores obtidos por cada indivíduo foram classificados em quatro níveis de repertório: baixo (percentis iguais ou menores que 25), médio inferior (percentis entre 26 e 50), médio superior (percentis entre 51 e 75) e alto (percentis acima de 75).

### **Resultados**

Os resultados da análise descritiva da amostra total são apresentados na Tabela 4.2. Na mesma tabela também são apresentados os resultados de caracterização por variáveis distintas. Como pode ser observado, não foram encontradas diferenças significativas nos escores totais do IDHEA-AD para as variáveis analisadas, exceto “tempo de abstinência”. Os dados das análises multivariadas, considerando os três fatores do IDHEA-AD em conjunto, corroboram estes resultados. Não houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis gênero ( $F = 1.78$ ;  $p = 0.15$ ; Traço de Pillai = 0.04), escolaridade ( $F = 0.82$ ;  $p = 0.48$ ; Traço de Pillai = 0.01), e classificação da substância consumida ( $F = 1.10$ ;  $p = 0.35$ ; Traço de Pillai = 0.01). Houve, sim, para a variável “tempo de abstinência” ( $F = 56.45$ ;  $p = 0.001$ ; Traço de Pillai = 0.24).

Tabela 4.2

*Caracterização Geral e Por Variáveis Distintas dos Escores Do IDHEA-AD*

Escores IDHEA-AD	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima	<i>M</i>	<i>DP</i>
Total	2	90	55.88	16.26
F1-Assertividade para recusa	0	42	25.00	10.69
F2- Expressão de sentimento	1	24	16.25	5.96
F3- Autocontrole emocional	0	24	14.63	5.15

Escores IDHEA-AD	Variáveis comparadas		F	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>			
	Gênero			
	Homens ( <i>n</i> = 74)	Mulheres ( <i>n</i> = 74)		
Total	56.45 (16.51)	58.08 (19.41)	0.30	0.58
F1-Assertividade para recusa	25.07 (10.66)	27.91 (11.05)	2.53	0.11
F2- Expressão de sentimento	17.04 (5.96)	16.07 (6.60)	0.88	0.35
F3- Autocontrole emocional	14.34 (5.60)	14.11 (5.71)	0.06	0.80
	Escolaridade			
	Baixa ( <i>n</i> = 241)	Alta ( <i>n</i> = 241)		
Total	56.23 (15.87)	56.37 (16.39)	0.01	0.93
F1-Assertividade para recusa	25.46 (9.89)	24.81 (11.33)	0.46	0.50
F2- Expressão de sentimento	16.10 (6.10)	16.75 (5.79)	1.41	0.24
F3- Autocontrole emocional	14.66 (5.24)	14.81 (4.95)	0.10	0.75
	Classificação da substância			
	Lícita ( <i>n</i> = 216)	Ilícita ( <i>n</i> = 216)		
Total	56.85 (14.86)	56.30 (17.14)	0.12	0.72
F1-Assertividade para recusa	25.10 (9.92)	25.69 (11.30)	0.33	0.57
F2- Expressão de sentimento	16.72 (15.94)	15.94 (6.12)	1.83	0.18
F3- Autocontrole emocional	15.03 (4.94)	14.67 (5.34)	0.53	0.47
	Tempo de abstinência			
	Baixo ( <i>n</i> = 263)	Alto ( <i>n</i> = 263)		
Total	48.79 (16.46)	62.71 (13.00)	115.75	0.001
F1-Assertividade para recusa	19.64 (10.35)	30.15 (8.29)	165.20	0.001
F2- Expressão de sentimento	15.54 (6.14)	16.95 (5.71)	7.41	0.01
F3- Autocontrole emocional	13.62 (5.38)	15.61 (4.71)	20.45	0.001

Como os resultados anteriores indicaram diferença nos escores do IDHEA-AD, considerando a variável “tempo de abstinência”, uma análise complementar foi realizada, dividindo-se esta variável em quatro grupos. A Tabela 4.3 mostra que houve diferenças significativas entre os grupos, para as médias do escore total do IDHEA-AD. O teste *pos hoc* LSD indicou uma única diferença não significativa, entre os grupos “Abstinência média” e “Abstinência avançada”.

Diferenças significativas também foram encontradas entre os grupos, considerando-se assertividade para recusa, expressão de sentimentos positivos e autocontrole emocional, em conjunto ( $F = 17.94$ ;  $p = 0.001$ ; Traço de Pillai = 0.41). O teste *pos hoc* LSD indicou que em “Assertividade para a recusa”, somente a diferença entre os grupos “Abstinência média” e “Abstinência avançada” não foi significativa. Por outro lado, para “Expressão de sentimentos positivos”, a única diferença significativa observada foi entre os grupos “Uso” e “Abstinência avançada”. Para “Autocontrole emocional”, diferenças significativas foram observadas entre o grupo “Uso” e todos os demais.

A normatização por escores percentis é apresentada na Tabela 4.4. Como o tempo de abstinência parece ser uma variável crítica para as habilidades de enfrentamento antecipatório, avaliou-se que seria prudente ter normas distintas, considerando esta relação. Por isso, foram geradas duas tabelas de comparação, uma para pessoas com menos de 30 dias de abstinência e outra para aqueles com o mínimo de um mês de abstinência. Essa divisão foi baseada em orientação da American Psychiatric Association (2002), que define um mês de abstinência como um dos critérios mínimos para o primeiro especificador de remissão da dependência, chamado Remissão Parcial Inicial.

Tabela 4.3

*Comparação do Repertório de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório por Grupos de Tempo de Abstinência*

Grupos	Escores			
	Total	F1- Assertividade para recusa	F2 - Expressão de sentimento	F3 - Autocontrole emocional
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Uso ( <i>n</i> = 87)	41.02 (14.53)	13.40 (8.90)	15.05 (6.42)	12.57 (5.81)
Abstinência inicial ( <i>n</i> = 87)	56.23 (15.66)	25.28 (9.41)	16.08 (6.18)	14.87 (4.80)
Abstinência média ( <i>n</i> = 87)	62.23 (12.20)	29.60 (8.30)	16.44 (5.35)	16.20 (4.29)
Abstinência avançada ( <i>n</i> = 87)	65.13 (13.14)	31.52 (8.74)	17.71 (5.60)	15.90 (5.04)
F	51.64	73.42	3.02	9.31
<i>p</i>	0.001	0.001	0.03	0.001

Tabela 4.4

*Percentis do IDHEA-AD para Pessoas com Menos de um Mês de Abstinência e com Mais de um Mês de Abstinência*

Percentil	Menos de um mês			Mais de um mês			Interpretação dos escores percentis		
	Escore Total	F1	F2	F3	Escore Total	F1		F2	F3
1	10	0	2	1	32	8	3	4	1-24 (Baixo)
25	36	12	11	10	55	25	13	12	25-49 (Médio inferior)
50	47	19	16	13	65	32	18	16	50-74 (Médio superior)
75	59	26	21	18	73	36	22	19	50-74 (Médio superior)
99	86	42	24	24	87	42	24	24	75-99 (Alto)

## Discussão

Os dados apresentados obtidos neste estudo indicam que a interpretação dos escores gerados pelo IDHEA-AD pode ser feita de forma simples, uma vez que a maioria das variáveis investigadas parece não ter efeito significativo sobre os resultados. Em relação ao gênero, algumas pesquisas identificaram diferenças entre homens e mulheres para classes de habilidades sociais como expressão de sentimentos e assertividade (Del Prette & Del Prette, 2001). No estudo aqui apresentado não foram identificadas quaisquer diferenças. Apesar de não terem sido encontrados estudos prévios com amostras dessa população específica de usuários de substâncias, os dados sugerem que, nesse contexto específico, não há interferência do gênero no desempenho das habilidades de enfrentamento. Cabe, porém, a ressalva de que o número de mulheres que buscam tratamento por dependência de substâncias em serviços públicos de saúde é pequeno, o que pode representar um perfil bastante homogêneo dessa amostra. Sendo assim, novas investigações são fundamentais para que conclusões mais precisas sejam obtidas.

Quanto à escolaridade, a hipótese investigada era se maior tempo de estudo poderia ou não interferir para um melhor desempenho das habilidades de enfrentamento. Embora também não tenham sido encontrados relatos prévios sobre essa questão, optou-se por investigá-la. Como esperado, nenhum resultado foi significativo, indicando que o nível de escolaridade não parece ter efeito sobre o repertório de habilidades de enfrentamento.

Em relação à classificação do tipo de droga consumido, o esperado era que o repertório de habilidades de enfrentamento fosse equivalente tanto para usuários de substâncias lícitas quanto para usuários de drogas ilícitas, o que foi confirmado pelos dados deste estudo. Embora existam manuais e orientações distintas para cada tipo de



substância, as habilidades de enfrentamento requeridas parecem ser as mesmas. A própria teoria geral da Prevenção da Recaída não faz uma distinção clara entre diferentes habilidades de enfrentamento para diferentes substâncias, o que, amparado pelos resultados apresentados neste estudo, justifica uma medida única, independente do tipo de substância utilizada.

Para essas três variáveis, por enquanto não há necessidade de distinção na interpretação dos escores. Estudos futuros indicarão se isto se mantém ou se há necessidade de ser alterado. Por outro lado, é preciso ter cuidado ao interpretar os resultados obtidos em momentos distintos do processo de manutenção da abstinência. Como pôde ser visto na introdução da tese, diversos estudos sugerem haver uma relação entre melhor repertório de habilidades de enfrentamento e melhores resultados relacionados ao consumo de substâncias. Assim, era esperado que indivíduos com maior tempo de abstinência apresentassem um repertório de habilidades mais elaborado, se comparados àqueles com menor tempo.

Os dados deste estudo mostraram que esta hipótese é plausível, já que os repertórios de metade da amostra há mais tempo abstinente foram sempre superiores aos da outra metade, há menos tempo abstinente. Este resultado é semelhante ao de Taner, Sahiner e Arıkan (2013), que relatam maior uso de estratégias de enfrentamento adaptativas em dependentes de álcool com mais de um ano de abstinência, se comparados àqueles com menos de um ano.

Além disso, o resultado complementar desta análise indicou que pessoas que ainda não estabeleceram abstinência e continuam consumindo a substância mesmo em tratamento, têm repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório significativamente menor, se comparadas àqueles que já o fizeram. Também que pessoas em abstinência inicial, embora tenham repertório mais elaborado que aquelas

ainda em uso, apresentam um repertório significativamente menor se comparadas àquelas com mais de um mês abstinentes. Por fim, as diferenças deixam de ser significativas quando são comparados grupos com mais de um mês de abstinência. Litt et al. (2008) apresentam resultados semelhantes. Acompanhando os escores de enfrentamento de dependentes de maconha em quatro momentos distintos (pré-tratamento, pós-tratamento, oito meses pós-tratamento e 14 meses pós-tratamento), relatam que há um aumento do repertório entre o pré e o pós-tratamento, depois uma pequena queda após oito meses e então uma estabilização após 14 meses.

Conclui-se, portanto, que o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório tende a ficar elaborado com o maior tempo de abstinência, mas estabiliza-se a partir de certo momento, próximo a um mês, justamente o critério de tempo proposto para a remissão parcial inicial, conforme critério proposto pela American Psychiatric Association (2002). Considerando que a manutenção da abstinência é um processo longo, parece surpreendente que o repertório se estabilize após somente um mês. Carroll (1996), por exemplo, propôs que o sucesso a longo prazo de um tratamento dependeria da constante aquisição e uso das habilidades de enfrentamento, o que implicaria em repertórios cada vez mais elaborados. O que os dados sugerem, porém, é que incrementos significativos são necessários nos momentos iniciais, em que as situações de risco são mais comuns ou mais “tentadoras”. Uma vez estabelecida uma abstinência mais duradoura, não é necessário desenvolver novas habilidades, apenas manter aquelas que foram usadas previamente e levaram o indivíduo a conseguir manter-se sóbrio. Indo além, é possível que após um ano de abstinência, critério temporal para remissão completa segundo a American Psychiatric Association (2002), o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório até mesmo diminua. A ideia por trás desse raciocínio é que uma vez que a pessoa se torna mais acostumada com a

abstinência, passando a ter um estilo de vida baseado na sobriedade, menos habilidades de enfrentamento são exigidas. As características dessa amostra não permitem checar esta hipótese, mas estudos futuros devem investigar esta questão.

De qualquer forma, em períodos iniciais, um número maior de dias sem consumir a substância parece exigir maior repertório de habilidades de enfrentamento. Por esse motivo, no momento da avaliação, a interpretação dos resultados deve ser feita observando-se o tempo de abstinência e utilizando-se tabelas distintas de escores percentis. Tal cuidado é importante, pois uma mesma pontuação pode ter significados distintos, conforme a época em que foi obtida. Por exemplo, uma pessoa abstinente há cinco dias e outra há 50 dias, respondem o IDHEA-AD. O resultado do escore total indica valor 50. Não é possível afirmar que ambas são iguais, em termos de repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório. Isso porque para aquela abstinente há poucos dias, este valor indica um percentil próximo a 50, ou seja, é como se estivesse na média ao ser comparada a outras pessoas com tempo semelhante de abstinência. Para aquela há mais tempo abstinente, o mesmo valor indica um percentil próximo a 25, bastante baixo se comparado a um grupo de pessoas com mais tempo de abstinência como ela, o que poderia sugerir, por exemplo, que uma determinada intervenção não está sendo eficaz.

Todos os resultados permitem especulações sobre possíveis implicações para o tratamento. A primeira diz respeito à inclusão do ensino de habilidades de enfrentamento e não parece restar dúvidas sobre o potencial desta abordagem, já que os dados mostrando a relação desta variável com a abstinência foram bastante relevantes. A segunda ao momento em que elas devem ser ensinadas. As indicações são de que deve haver um estímulo imediato ao desenvolvimento das habilidades. Assim que o paciente/cliente iniciar o tratamento, ensiná-lo especialmente habilidades de

assertividade para a recusa e planejamento de situações de risco, mas também autocontrole emocional e expressão de sentimentos positivos. Estabelecida a abstinência mais duradoura, o objetivo passa a ser fazer a manutenção do repertório, de forma a não deixar que ele se reduza precocemente. Em teoria, após esse período de manutenção, o repertório se mantém estabilizado, sendo suficiente para manter a abstinência.

## Considerações Finais

### Questões metodológicas e limitações

Os resultados apresentados nesta tese possuem algumas limitações que precisam ser consideradas. Não houve um controle por medidas objetivas, em relação ao tempo de abstinência e a possíveis comorbidades. Isto foi realizado de forma não sistemática pelo pesquisador, mas principalmente pela equipe de trabalho dos locais em que os dados foram coletados.

A amostra foi totalmente por conveniência e de forma geral possui pequena quantidade de mulheres e grande número de participantes com baixa escolaridade. Além disso, embora a versão D do IDHEA seja direcionada a indivíduos em tratamento para outras drogas que não o álcool, a maioria dos respondentes eram pessoas em tratamento por abuso ou dependência de crack. Embora essas sejam características atuais dos serviços públicos ou beneficentes de tratamento para a dependência de substâncias no Brasil, não permitem que os resultados sejam extrapolados, por exemplo, a mulheres, pessoas com maior nível de escolaridade e consumidores de maconha.

Outra limitação refere-se à ausência de controle sobre o efeito de interações entre diferentes tipos de drogas utilizadas pelos participantes da amostra. Na dependência de substâncias é pouco comum encontrar pessoas que consumam apenas um tipo de droga. Em geral, há o uso de pelo menos duas delas, como a combinação entre álcool ou crack, com a maconha. Neste estudo foi considerada apenas a chamada “droga de preferência”, ou seja, aquela mais difícil de ser abandonada, na avaliação dos participantes. Porém, sabe-se que muitos deles faziam uso de diversas substâncias em conjunto.

## **Estudos futuros**

Ao longo do texto desta tese sempre foi ressaltada a importância que teria uma ferramenta para avaliar habilidades de enfrentamento no contexto do uso, abuso e dependência de substâncias. Entende-se que isso poderia subsidiar estratégias de intervenção mais eficazes ou ao menos permitir uma melhor caracterização dos recursos e déficits de dependentes de substâncias em tratamento em serviços públicos brasileiros.

No Brasil, até a apresentação do projeto para esta tese, não havia relato sobre qualquer instrumento específico usado para a avaliação do enfrentamento na dependência de substâncias. A proposta era, então, elaborar um. Contudo, mais que simplesmente construí-lo, o que seria pouco útil, a meta era desenvolvê-lo seguindo orientações teóricas e padrões estritos de qualidade. Em resumo, que ao final fosse possível ter um instrumento fidedigno, com evidências de diferentes tipos de validade e normas de interpretação a partir do repertório de amostra da população brasileira.

Portanto, a partir da lacuna então existente e da relevância citada, todo o trabalho aqui relatado pode ser considerado o primeiro esforço brasileiro para o desenvolvimento de um novo instrumento de avaliação das habilidades de enfrentamento para a abstinência de substâncias. As propriedades psicométricas do IDHEA-AD são promissoras até o momento, sugerindo que a teoria parece ser bem representada por ele. Isto é fundamental, pois permite seguir com investigações sobre a qualidade do inventário. Como comentam Pilati e Laros (2007), o emprego de técnicas mais avançadas, como Análises Fatoriais Confirmatórias, exige que sejam utilizadas medidas baseadas em sustentações teóricas sólidas e com validade empírica demonstrada.

O prosseguimento das investigações, mais que uma recomendação, pode ser considerada uma necessidade. Atualmente, as regras relacionadas ao desenvolvimento de instrumentos psicológicos são bastante rígidas. Diretrizes divulgadas por entidades

como a Associação Americana de Psicologia, a Comissão Internacional de Testagem e a Associação Canadense de Psicologia, estabelecem uma série de requisitos para que um teste, escala ou inventário possa ser utilizado (Primi & Nunes, 2010). No Brasil observa-se a mesma tendência. O Conselho Federal de Psicologia, fundamentado nas diretrizes internacionais e visando responder às críticas que eram feitas em relação à avaliação psicológica em diversos contextos, vem se empenhando em qualificar as ferramentas utilizadas por seus profissionais (Conselho Federal de Psicologia, 2010). Ainda no ano de 2001, emitiu a Resolução 25/2001, que viria a ser atualizada pela Resolução 002/2003 (Conselho Federal de Psicologia, 2003), atualmente vigente, em que está descrita toda a regulamentação sobre o processo de elaboração, comercialização e uso de instrumentos psicológicos. Entre outras decisões, são definidos os critérios para a avaliação da qualidade de testes psicológicos. Baseados na nova definição do conceito de validade, indicam a necessidade de um acúmulo de “evidências” advindas de diferentes fontes, mostrando que os dados empíricos, em conjunto com a teoria, permitem interpretar com segurança características psicológicas de um indivíduo (Primi, Muniz & Nunes, 2009).

A partir desta orientação, o Anexo 1 da Resolução 002/2003 (Conselho Federal de Psicologia, 2003) apresenta uma lista de requisitos para que um instrumento seja reconhecido pela comunidade científica e profissional. De acordo com este documento, é necessário apresentar diversas evidências de validade, baseadas no conteúdo, no processo de resposta, na estrutura interna, nas relações com variáveis externas e nas consequências da testagem. Também são exigidos dados relacionados às propriedades dos itens, à precisão do instrumento e um sistema de correção baseado em amostras brasileiras da população ao qual se destina o instrumento, permitindo a interpretação dos resultados obtidos por um indivíduo.

Todos esses dados devem estar em um manual que contenha ainda uma descrição geral do teste e informações sobre fundamentação teórica, aspectos práticos de aplicação, correção e interpretação, possíveis áreas de aplicação e usos pretendidos (Conselho Federal de Psicologia, 2003; Nunes e Primi, 2010). Por fim, este manual deve ser submetido ao Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi), do Conselho Federal de Psicologia, para que uma Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica verifique se o instrumento possui condições mínimas que permitam a utilização por psicólogos (Primi e Nunes, 2010).

Como é possível notar, a construção de instrumentos psicológicos que atendam a critérios de qualidade estabelecidos por órgãos de classe e instituições reconhecidas é um processo longo, que compreende várias fases até a aplicação na população alvo. E mesmo assim nunca pode ser dado como encerrado, uma vez que em determinados intervalos de tempo é necessário atualizar as informações, de forma a continuar garantindo a segurança na interpretação dos resultados obtidos (Noronha, Primi & Alchieri, 2005).

Fundamentado nas diretrizes preconizadas pelo Conselho Federal de Psicologia e destacando o fato de que “o processo de validação é cumulativo, agregando um conjunto de evidências científicas que asseguram as interpretações dos escores do teste e a relevância e utilidade dos usos propostos” (Primi, Muniz & Nunes, 2009, p. 250), espera-se que novas investigações sigam buscando atender aos requisitos exigidos para que o IDHEA-AD seja considerado um instrumento de alta qualidade. Isso inclui investigar evidências adicionais de validade e fidedignidade, definir padrões normativos de interpretação para os escores obtidos e elaborar um manual técnico de aplicação, apuração e interpretação dos resultados do instrumento.



Após todo este processo, o inventário estaria apto para ser usado na avaliação clínica e de eficácia de intervenções. Destaca-se seu potencial para intervenções breves, em que o próprio procedimento de resposta aos itens já seria uma forma de ter contato com possíveis novos comportamentos. Enquanto isso não é realidade, seu uso é recomendado apenas em pesquisas da área que ampliem e fortaleçam o conhecimento sobre o tema.

### Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ames, S. C., & Roitzsch, J. C. (2000). The impact of minor stressful life events and social support on cravings: A study of inpatients receiving treatment for substance dependence, *Addictive Behaviors*, 25 (4), 539-547.
- Araújo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., & Castro, M. G. T. (2009). Coping strategies for craving management in nicotine dependent patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (2), 89-94.
- Armeli, S., Dehart, T., Tennen, H., Todd, M., & Affleck, G. (2007). Daily interpersonal stress and the stressor-vulnerability model of alcohol use. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (8), 896-921.
- Aron, A., Coups, E. J., & Aron, E. N. (2013). *Statistics for psychology* (6th ed.). New Jersey: Pearson.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Barkin, S. L., Smith, K. S., & DuRant, R. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.
- Borini, P., Guimarães, R. C., & Borini, S. B. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: Padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52 (3), 171-179.
- Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 344-348.

- Bunchaft, G., & Cavas, C. S. T. (2002). *Sob medida: Um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações*. São Paulo: Vetor.
- Carlini, E. A. (2006). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Arquivos Médicos ABC*, Suplemento 2, 4-7.
- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K. M. (1998). *A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Ciribelli, E. B., Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Domingos, N. A. M., & Filho, A. B. M. (2008). Intervenção em sala de espera de ambulatório de dependência química: Caracterização e avaliação de efeitos. *Temas em Psicologia*, 16 (1), 107-118.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of general psychiatry*, 67 (1), 85-93.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução CFP N.º 002/2003*. Recuperado em 24 fev. 2012: [http://www2.pol.org.br/satepsi/CD\\_testes/pdf/Resolu%E7%E3o%20CFP%20n%BA%20002-03%20-%20sem%20anexo.pdf](http://www2.pol.org.br/satepsi/CD_testes/pdf/Resolu%E7%E3o%20CFP%20n%BA%20002-03%20-%20sem%20anexo.pdf)
- Conselho Federal de Psicologia (2010). *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10 (7), 1-9.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia, educação e trabalho* (5a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2009). Avaliação de habilidades sociais: Bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In: Z.A. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp. 189-231). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento, 1* (2), 104-115.
- Dolan, S. L., Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2013). Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence, 128*, 8-14.
- Donovan, D. M. (2009). Avaliação dos comportamentos dependentes na prevenção da recaída. In: Donovan & Marlatt (Orgs.), *Avaliação dos comportamentos dependentes* (pp. 1-50). São Paulo: Roca.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 24* (suppl.4), 545-557.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Beauchamp, N., Wells, J., & Ary, D. V. (2000). Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to

- prevent youth substance use: “Refuse to use”, *Journal of Behavioral Medicine*, 23 (1), 59-72.
- Epstein, J. A., Zhou, X. K., Bang, H., & Botvin, G. J. (2007). Do competence skills moderate the impact of social influences to drink and perceived social benefits of drinking on alcohol use among inner-city adolescents? *Prevention Science*, 8, 65-73.
- Farabee, D., McCann, M., Brecht, M., Cousins, S. J., Antonini, V. P., Lee, A. B., et al. (2013). An analysis of relapse prevention factors and their ability to predict sustained abstinence following treatment completion. *The American Journal on Addictions*, doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00328.x. Recuperado em 15 mar. 2013: <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291521-0391/earlyview>
- Felicíssimo, F. B., Casela, A. L. M., & Ronzani, T. M. (2013). Habilidades sociais e alcoolismo: Uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 18(1), 137-145.
- Ferrel, W. L., & Galassi, J. P. (1981). Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 16, 959-968.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage
- Forys, K., McKellar, J., & Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32, 1669–1680.
- Freire, S. D. (2009). *Evidências de validade da “Escala De Auto-Eficácia Para Abstinência De Drogas” (EAAD) e da “Escala De Tentação Para Uso De Drogas” (ESTUD)*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.

- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction, 97*, 1259-1267.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada dos dados* (6a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hair Jr., J. F., Babin, B., Money, A. H., & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. Porto Alegre: Bookman.
- Hasking, P.A., & Oei, T. P. S. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. *Addictive Behaviors, 32*, 99-113.
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D., & Pourmovahed (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84*, 1333-1340.
- Henrique, I. F., Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira, 50*, 199-206.
- Humke, C., & Radnitz, C. L. (2005). An Instrument for Assessing Coping with Temptation: Psychometric Properties of the Alcohol Abuse Coping Response Inventory. *Substance Use and Misuse, 40* (1), 37-62.
- Jungerman, F. S., & Zanelatto, N. A. (2007). *Tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares: Um manual para terapeutas*. São Paulo: Roca.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do RS, 30* (2), 96-98.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Ledesma, R. D., Molina, G. J., Mora, P. V., & Poó, F. (2007). Software Estadístico de Libre Acceso en Psicología. Una Librería de Módulos para el Sistema ViSta. *Evaluar*, 7, 19-33.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and international group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104, 1837-1848.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, 103(4), 638-648.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Tennen, H. (2012). The nature of coping in treatment for marijuana dependence: Latent structure and validation of the coping strategies scale. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (4), 791-800.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheimer, A. N., & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269-276.
- Longabaugh, R., & Morgenstein, J. (1999). Cognitive-Behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 78-85.
- Mares, M. F., & Torres, L. B. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo em usuarios crônicos de alcohol y drogas: Un estudio de casos. *Salud Mental*, 33, 47-55.

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* 2a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. In: Marlatt & Donovan (Orgs.), *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* 2a ed. (pp. 15-50). Porto Alegre: Artmed.
- Mattoo, S. K., Chakrabarti, S., & Anjaiah, M. (2009). Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence. *Indian Journal of Medical Research, 130*, 702-708.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D. et al. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of studies on alcohol, 51*, 263-270.
- Monti, P.M., Kadden, R.M., Rohsenow, D.J., Cooney, N.L., & Abrams, D.B. (2005). *Tratando a dependência de álcool: Um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction, 92* (12), 1717-1728.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A.V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., Colby, S. M., et al. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 1011-1019.



- Moos, R. H. (1992). *Coping Response Inventory Adult form*. Palo Alto: Center for Health Care Evaluation, Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Center.
- Moser, A. E., & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction, 91*, 1101-1113.
- Murta, S. G., & Tróccoli, B.T. (2005). Parando de beber: estágios de mudanças vividos por ex-alcoolistas. *Estudos de Psicologia, 22* (2), 157-166.
- Noronha, A. P. P., Primi, R. & Alchieri, J. C. (2005). Instrumentos de avaliação mais conhecidos/utilizados por psicólogos e estudantes de Psicologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18* (3), 390-401.
- Noto, A. R. & Galduróz, J. C. F. (1999). O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva, 4* (1), 145-151.
- Nunes, C. H. S. S., & Primi, R. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In Conselho Federal de Psicologia, *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. (pp. 101-128). Brasília: CFP.
- Oei, T. P. S. & Jackson, P. R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol, 43* (5), 532-547.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.

- Petry, N. M., Litt, M. D., Kadden, R., & Ledgerwood, D. M. (2007). Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction, 102*, 1280-1291.
- Pilati, R., Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em psicologia: Conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23* (2), 205-216.
- Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. S. Hutz (Org), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. (pp. 243-266). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R., & Nunes, C. H. S. S. (2010). O Satepsi: Desafios e propostas de aprimoramento. In Conselho Federal de Psicologia, *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. (pp. 129-148). Brasília: CFP.
- Rangé, B., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*, 88-95.
- Ritchie, G., Weldon, S., Freeman, L., MacPherson, G., & Davies, K. (2011). Outcomes of a drug and alcohol relapse prevention programme in a population of mentally disordered offenders. *British Journal of Forensic Practice, 13*, 32-43.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A. et al. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: Six and twelve month outcomes. *Addiction, 96*, 1161-1174.
- Rohsenow, D. M., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B. et al. (2004). Motivacional enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction, 99*, 862-874.
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2005). Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: Relationships to treatment outcomes. *Drug and alcohol dependence, 78*, 211-219.

- Saha, A. (2013). A study on relapse prevention in cases of alcohol dependence syndrome. *American Journal of Life Sciences*, 1(4), 184-188.
- Sakiyama, H.M.T., Ribeiro, M. & Padin, M.F.R. (2012). Prevenção de recaída e habilidades sociais. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *O tratamento do usuário de crack* (pp. 337-350). Porto Alegre: Artmed.
- Savoia, M. G.; Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996) Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP-São Paulo*, 7, 183-201.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T., & Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29 (3), 251-278.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Taner, E., Sahiner, S., & Arıkan, Z. (2013). Coping strategies for patients with alcohol dependence who are in remission or not: A controlled study. *European Psychiatry*, 28 [Suplemento 1], 1.
- The Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455-466.
- Van Hasselt, V. B., Hersen, M., & Millionses, J. (1978). Social skills training in alcoholics and drug addicts: A review. *Addictive Behaviors*, 3, 221-233.

- Villalba, E.A. (1995). Proyecto de entrenamiento en habilidades sociales com toxicómanos. In: F.G. Rodríguez; J.M.L. Rubio; & L.J. Expósito (Orgs.), *Habilidades sociales y salud* (pp.127-132). Madri: Biblioteca Eudema.
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 101-110.
- Wagner, M. F., Silva, J. G., Zanettelo, L. B., & Oliveira, M. S. (2010). O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 6 (2), 255-273.
- Witkiewitz, K. Aracelliz, N., Hartzler, B., & Donovan, D. M. (2011). Drinking outcomes following drink refusal skills training: Differential effects for a african American and non-hispanic white clients. *Psychology of addictive behaviors*, 1, 162-167.
- Wunschel, S. M., Rohsenow, D. J., Norcross, J. C., & Monti, P. M. (1993). Coping strategies and the maintenance of change after inpatient alcoholism treatment. *Social Work Research and Abstracts*, 29, 18-22.
- Zywiak, W. H., Stout, R. L., Longabaugh, R., Dyck, I., Connors, G. J. & Maisto, S.A. (2006). Relapse-onset factors in Project MATCH: The Relapse Questionnaire, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 341-345.

## **Anexos**

## Anexo A. Descrição das habilidades de enfrentamento antecipatório e itens construídos para o instrumento.

Habilidade	Descrição da classe de habilidade	Itens construídos para representar a classe de habilidade
1 Recusar oferta de bebida/droga	Envolve habilidades para recusar oferta de bebida ou droga. Destaca-se nas respostas que muitas vezes não se pode ignorar a oferta. É preciso recusar com educação e em caso de insistência extrema abandonar a situação.	<p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo “não” de maneira bem clara.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo “não” e mudo de assunto.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo “não” e sugiro uma outra alternativa de atividade, como comer e beber outra coisa.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo “não” e peço para o outro não me oferecer mais.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo “não”, viro as costas e vou embora.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, dou uma desculpa, como dizer que estou tomando remédio.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que não quero naquela hora, que depois passo lá, mas não passo nada.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que tenho um problema com bebida/droga e não consigo ter controle sobre a quantidade que uso.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que já esgotei toda a minha cota de bebida/crack pra vida inteira.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que tenho um compromisso e não posso parar pra usar.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que estou em tratamento para parar de beber/usar crack.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, saio correndo e vou pra casa ou pra outro lugar seguro.</p> <p>Quando passo por alguém que sei que pode me oferecer bebida/crack, cumprimento, mas nem paro para ouvir.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que parei.</p> <p>Quando alguém me oferece bebida/crack, digo que não bebo/não uso.</p>

---

2	Escapar	Envolve habilidade para deixar determinada situação no momento em que há a percepção de que ela pode oferecer risco à manutenção da abstinência.	Se eu vejo alguém usando, vou embora do local imediatamente.
3	Receber elogios	Envolve a necessidade de ter habilidade para receber elogios, especialmente relacionado à manutenção da abstinência. Em menor escala, também para fazer elogios.	Quando recebo elogios sobre as mudanças positivas resultantes da abstinência, digo para a outra pessoa que fiquei feliz por ela ter percebido as mudanças. Agradeço quando me fazem elogios sobre as mudanças positivas resultantes da abstinência.
4	Lidar com publicidade e propaganda	Envolve responder adequadamente a situações ameaçadoras em que alguém faz propaganda de bebida ou droga, dizendo que aquele “produto” é bom, é o melhor ou traz efeitos prazerosos.	Quando vejo ou ouço uma propaganda de bebida penso se o que ela diz é realmente verdade. Quando vejo ou ouço uma propaganda de bebida digo a mim mesmo que comerciais são exagerados, nem sempre são reais. Quando alguém me diz que uma determinada droga é a melhor, ou que chegou uma droga de qualidade para ser vendida, penso que para mim nenhuma droga é boa. Se alguém está fazendo algo que coloca em risco minha sobriedade, peço para que pare e mude seu comportamento inadequado.
5	Solicitar mudança de comportamento inadequado	Envolve habilidade para solicitar mudanças de comportamentos que trazem risco à manutenção da abstinência.	
6	Lidar com chacotas sobre a interrupção do uso	Inclui habilidades para ouvir chacotas e piadas em relação à manutenção da abstinência. É importante lidar com tal situação, pois pode gerar irritação, raiva ou tristeza, geradoras de risco. Envolve expressar os sentimentos resultantes a outras pessoas, responder assertivamente, deixar a situação ou enfrentar cognitivamente, com pensamentos de conforto.	Quando alguém faz chacota, gozação, piada com o fato de que eu parei de beber/usar crack, levo na esportiva e deixo pra lá, deixo entrar por um ouvido e sair pelo outro. Quando alguém faz chacota, gozação, piada com o fato de que eu parei de beber/usar crack, procuro desabafar com alguém para aliviar. Quando alguém faz chacota, gozação, piada com o fato de que eu parei de beber/usar crack, respondo dizendo que não importo com a opinião dos outros, que estou melhor assim. Quando alguém faz chacota, gozação, piada com o fato de que eu parei de beber/usar crack, ignoro e saio de perto.

---

---

7	Habilidades para ouvir	Inclui habilidades para ouvir e aceitar conselhos e dicas sobre como manter a abstinência, sem oferecer reações indesejadas.	Ouço com atenção quando alguém de confiança me dá boas dicas, orientações e conselhos sobre como manter a abstinência.
8	Automonitoria da vontade e reestruturação cognitiva	Inclui respostas relacionadas a habilidades para identificar o possível surgimento da vontade de usar. Aplicada antecipadamente evita a ocorrência de pensamentos precipitadores. Quando eles aparecem, analisar a inconveniência do consumo diante de uma situação de risco.	Antes de fazer alguma coisa eu penso se me poderá me levar a beber/usar crack.
9	Manter-se ocupado	Inclui respostas em que é indicada a necessidade de manter um ritmo constante de atividades. Ao fazer isso, evitando o ócio, evita-se também sensação de vazio que pode ser geradora de vontade de consumir álcool ou crack.	Planejo e ocupo meu tempo para não ficar parado, evitando dar espaço para fissuras. Procuo trabalhar muito para não ficar parado, dando oportunidade para a fissura aparecer.
10	Lidar com dinheiro	Habilidade requisitada especialmente por quem está em manutenção da abstinência de crack, envolve respostas que indicam a necessidade de lidar com dinheiro. A idéia é que estar com dinheiro gera ansiedade e pode levar à compra de droga por impulso. Envolve habilidade principalmente de pedir para que uma pessoa de confiança administre o dinheiro.	Quando preciso sair pra rua, deixo meu dinheiro em casa. Quando recebo algum dinheiro, peço para alguém de minha confiança cuidar dele para mim. Quando vou receber algum dinheiro, peço para que entreguem diretamente para uma pessoa da minha confiança.

---



---

11	Controlar raiva/irritação	Respostas que apontam a necessidade de ter controle de situações de raiva e irritação, que se não forem manejadas adequadamente podem levar à tentativa de alívio por meio de álcool ou droga.	<p>Quando estou irritado ou com raiva, respiro fundo e procuro me acalmar.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, penso em frases que possam me acalmar, como “fica frio”, “vá com calma”, entre outras.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, conto até dez antes de fazer qualquer coisa.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, questiono se vale a pena ficar se sentindo assim.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, tento analisar a situação pelo ponto de vista da outra pessoa.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, penso nas conseqüências negativas que podem ser geradas.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, saio de perto da situação.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, peço para a outra pessoa mudar o comportamento dela.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, tento pensar em outras coisas, mais positivas.</p> <p>Quando estou irritado ou com raiva, procuro fazer outra atividade que distraia.</p> <p>Quando passo por uma situação de estresse, me isolo para evitar discussão e brigas.</p> <p>Quando tenho um problema com alguém, penso que discutir não vale a pena, que é melhor sair por cima.</p>
12	Lidar com problemas gerais e problemas específicos de relacionamentos	<p>Reúne respostas em que é apontada a necessidade de lidar com problemas gerais, mas especialmente os de relacionamento, envolvendo familiares.</p> <p>Envolve habilidades de autocontrole e expressividade emocional e também de fuga cognitiva e comportamental da situação problema.</p>	<p>Quando tenho um problema com alguém, deixo pra conversar depois de um tempo, quando os dois estiverem calmos.</p> <p>Quando tenho um problema com alguém, busco chegar a um acordo.</p> <p>Quando tenho um problema com alguém, avalio meu próprio comportamento, identificando o que posso ter feito de errado.</p> <p>Evito ficar remoendo problemas.</p> <p>Quando tenho um problema com alguém, abro mão do meu argumento para evitar uma discussão.</p> <p>Quando tenho um problema, faço uma lista de diversas soluções possíveis para resolvê-lo.</p> <p>Quando tenho um problema, peço ajuda a outra pessoa para resolvê-lo.</p> <p>Resolvo meus problemas até mesmo quando a primeira vista eles parecem não ter solução.</p> <p>Identifico imediatamente quando estou com um problema</p>

---

13	Lidar com sentimentos negativos e positivos	<p>Envolve respostas indicando a necessidade de ter habilidades para enfrentar principalmente humores negativos (como frustração, tristeza, depressão, tensão, preocupação, solidão), mas também positivos (como euforia e felicidade extrema). Basicamente, inclui habilidades de autocontrole e expressividade emocional e de busca por atividades de distração, como orar ou realizar atividade física.</p>	<p>Quando estou me sentindo mal, expresso esse sentimento para alguém de minha confiança.          Quando me sinto frustrado, converso com outras pessoas que passaram por situação parecida.          Quando me sinto frustrado, procuro orar/rezar.          Quando estou ansioso, faço uma atividade ou exercício que me faz ficar relaxado          Quando me sinto frustrado, penso que a vida não é feita apenas de sim.          Quando estou muito eufórico, muito feliz, procuro me acalmar.          Quando estou me sentindo mal, penso em diversas coisas que posso fazer sem que seja recorrer à bebida/crack.          Quando tenho vontade de comemorar, participar de uma festa ou ir pra balada, penso que o risco é grande e me questiono se vale a pena.</p>
14	Favorecer suporte familiar	<p>Reúne respostas que apontam o bom relacionamento com familiares como fundamental para a manutenção da abstinência. Envolvem basicamente a prática de habilidades empáticas de ambas as partes da relação. Assim, na manutenção da abstinência, a pessoa precisa ser capaz tanto de apresentar quanto responder a determinados comportamentos, como os de civilidade, expressão de sentimentos positivos e oferecimento de ajuda.</p>	<p>Agradeço sinceramente quando recebo apoio da minha família para continuar sem beber/usar crack.          Quando recebo demonstrações de carinho e afeto de uma pessoa que considero importante para mim por estar abstinente, também demonstro carinho e afeto por ela.          Demonstro carinho e afeto através de palavras e gestos para as pessoas que considero importantes para mim.          Quando as pessoas demonstram confiança em mim (deixando dinheiro à vista ou emprestando alguma coisa de valor, por exemplo), eu agradeço este voto de confiança que me deram.          Expresso minha satisfação por minha família manter a casa livre de qualquer coisa que me faça lembrar de bebida/crack.</p>
15	Planejar comportamentos antecipatórios para enfrentar situações de risco de consumo	<p>Reúne respostas indicando que é preciso planejar e colocar em prática determinados comportamentos para enfrentar situações de risco. Basicamente, são duas as habilidades requeridas: manter-se na companhia de pessoas que não bebem e manter um copo com bebida não alcoólica na mão.</p>	<p>Se tenho que freqüentar um local de risco, como uma festa, levo uma pessoa que não bebe/usa crack para ficar comigo o tempo todo.          Em uma festa, converso somente com pessoas que não estão bebendo/usando crack.          Se precisar ir a um local em que sei que haverá bebida/crack, faço um roteiro planejando tudo o que preciso fazer.          Já me planejo quando chega perto de uma data importante em que é comum haver comemorações com bebida ou drogas (aniversário, Ano Novo, Carnaval): escolho onde vou ficar, com quem vou ficar e o que vou fazer.</p>

---

16	Lidar com críticas justas/construtivas	<p>Reúne respostas em que é apontada a necessidade de ter habilidade para receber críticas justas gerais e também em relação a comportamentos da época de uso de álcool ou crack. Envolve basicamente habilidade para admitir o erro, pedir desculpas e oferecer a possibilidade de mudar o comportamento.</p>	<p>Ao receber uma crítica construtiva sobre minha busca pela manutenção da abstinência, admito que errei.          Ao receber uma crítica construtiva sobre minha busca pela manutenção da abstinência, peço desculpas.          Ao receber uma crítica construtiva sobre minha busca pela manutenção da abstinência, mudo meu comportamento.</p>
17	Lidar com críticas injustas/destrutivas a respeito do comportamento de beber ou usar crack	<p>Reúne respostas indicando a necessidade de ter habilidades para receber críticas injustas e mal executadas, principalmente em relação à desconfiança sobre o uso de álcool/crack e à cobrança por uma recuperação rápida e definitiva. Envolve basicamente habilidades para ouvir com calma e explicar o próprio ponto de vista da situação, deixando a situação em caso de insucesso.</p>	<p>Quando alguém me critica por algo que fiz na época de uso, converso e explico que a situação agora é diferente.          Quando alguém desconfia e coloca em dúvida minha abstinência, converso e tento explicar a situação.          Quando alguém desconfia e coloca em dúvida minha abstinência, aceito e penso que é assim mesmo, que a confiança demora a retornar, não é de uma hora pra outra.          Quando alguém desconfia e coloca em dúvida minha abstinência, aceito e penso que minha história de vida levou a isso.          Peço para que falem diretamente a mim quando desconfiarem da minha abstinência.          Quando alguém me critica por algo que fiz na época de uso, penso “deixa pra lá, não vou arriscar perder minha sobriedade” por tão pouco.          Quando alguém me critica por algo que fiz na época de uso, saio de perto.          Quando alguém desconfia e coloca em dúvida minha abstinência, peço para confiar em mim.          Quando alguém me cobra mudanças de comportamento imediatas, penso que parar de beber/usar crack é algo que tenho que fazer para mim e não para os outros.</p>

---

---

18	Habilidades sociais gerais	Inclui respostas apontando a necessidade de ter repertório elaborado de determinadas habilidades sociais gerais, que evitam com que o álcool ou o crack sejam usados para enfrentar determinadas situações. Inclui principalmente assertividade, fazer pedidos, habilidades de civilidade, de conversação e desenvoltura social e de recusar pedidos abusivos.	<p>Quando cometo um erro, peço desculpa o mais rápido possível.</p> <p>Quando peço algum favor a alguém e a pessoa se recusa a fazer, aceito numa boa, sem ficar chateado ou irritado.</p> <p>Quando alguém me faz uma gentileza ou um favor, eu agradeço.</p> <p>Ao encontrar alguém pela primeira vez no dia, falo “oi”, “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”.</p> <p>Ao receber um “oi”, “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”, respondo da mesma maneira, sem ficar envergonhado.</p> <p>Quando alguém me pede alguma coisa que não quero fazer, digo “não” sem me sentir mal.</p> <p>Quando quero fazer amizade com uma pessoa, puxo conversa sem problema.</p> <p>Quando quero fazer amizade com uma pessoa, mantenho uma boa conversa sem problema.</p>
----	----------------------------	--	---

---

**Anexo B. Concordância e média de importância atribuída por juízes especialistas, distribuição de respostas em cada ponto da escala e índices de assimetria e curtose para cada habilidade do IDHEA-AD**

Item	Concordância entre juízes (%)	Média de importância	Média da habilidade (DP)	Nunca (%)	Poucas vezes (%)	Muitas vezes (%)	Sempre (%)	Assimetria	Curtose
1. Recusar favor. <sup>1</sup> **	100	4,39	2,35 (1,00)	20,9	40,7	20,9	17,6	0,32	-0,94
2. Assumir consequências de um erro <sup>1</sup> ***	94	3,5	2,86 (1,01)	12,6	20,7	34,5	32,2	-0,47	-0,87
3. Evitar remoer problemas. <sup>1</sup> ***	100	4,22	1,84 (0,95)	48,4	25,3	20,9	5,5	0,74	-0,64
4. Lidar com raiva pensando que a situação pode piorar.	100	4,44	2,65 (1,06)	18,7	23,1	33	25,3	-0,23	-1,15
5. Lidar com raiva contando até 10.	89	3,50	2,55 (1,04)	19,1	29,2	29,2	22,5	-0,05	-1,16
6. Pensar em coisas boas quando triste.	100	4,83	2,84 (0,04)	14,3	19,8	34,1	31,9	-0,46	-0,94
7. Pedir para interromper comportamento inadequado. <sup>2</sup>	89/94	3,67 /3,78	2,07 (1,17)	17,5	16,5	16,5	49,5	-0,63	-1,18
8. Orar/rezar após frustração	100	3,44	2,88 (0,94)	6,6	30,8	30,8	31,9	-0,25	-1,02
9. Evitar pessoas que trazem risco. <sup>1</sup> **	100	3,78	2,75 (1,20)	23,1	17,6	20,9	38,5	-0,33	-1,45
10. Insistir na resolução de problemas. <sup>1</sup> **	83	3,22	3,08 (0,88)	5,6	17,8	40	36,7	-0,67	-0,29
11. Planejar datas de risco de beber/usar.	100	4,83	2,48 (1,27)	34,1	16,5	16,5	33	0,02	-1,68
12. Lidar com chacota dizendo que está melhor sem beber/usar droga.	94	3,61	2,98 (1,14)	16,5	16,5	19,8	47,3	-0,64	-1,10
13. Lidar com raiva vendo o ponto de vista do outro.	94	4,06	2,40 (1,01)	20,9	36,3	25,3	17,6	0,19	-1,02
14. Iniciar conversa com desconhecido.	94	3,72	3,19 (0,87)	3,3	19,8	31,9	45,1	-0,69	-0,55
15. Abandonar local de risco de beber/usar droga.	100	4,11	2,66 (1,14)	20,2	25,8	21,3	32,6	-0,15	-1,40
16. Evitar sair com dinheiro.	83	3,33	2,40 (1,19)	33	19,8	22	25,3	0,11	-1,50
17. Dizer ao outro que nenhuma bebida/droga é boa.	100	4,33	3,12 (1,15)	15,4	14,3	13,2	57,1	-0,87	-0,85
18. Dizer que parou de beber/usar droga.	100	4,22	3,18 (1,09)	13,2	12,1	18,7	56	-0,99	-0,48

19.	Pedir ajuda para resolver problema.	100	3,61	2,59 (0,98)	14,3	33	31,9	20,9	-0,05	-0,98
20.	Manter conversa�o com desconhecido.	94	3,72	3,19 (0,81)	4,4	12,1	44	39,6	-0,86	0,37
21.	Levar companhia s�bria a locais de risco.	89	3,89	2,37 (1,22)	34,4	22,2	15,6	27,8	0,20	-1,55
22.	Contestar propaganda de bebida/droga <sup>2</sup>	94/89	4,11/3,67	2,96 (1,18)	19,8	12,1	20,9	47,3	-0,64	-1,12
23.	Avaliar risco antes de tomada de decis�o.	94	4,06	2,70 (1,18)	22	22	19,8	36,3	-0,23	-1,46
24.	Adiar resolu�o de desentendimento para momento adequado.	100	4,00	2,66 (1,07)	18,9	23,3	31,1	26,7	-0,22	-1,19
25.	Mudar comportamento ap�s errar.	94	4,00	2,92 (0,97)	9,9	20,9	36,3	33	-0,52	-0,71
26.	Lidar com chacota evitando contato com o outro <sup>1 **</sup>	89	3,67	3,27 (1,01)	9	13,5	19,1	58,4	-1,11	-0,07
27.	Recusar dizendo que n�o bebe/usa droga.	89	3,61	3,06 (1,11)	15,6	12,2	23,3	48,9	-0,81	-0,79
28.	Recusar com voz adequada.	100	4,89	3,01 (1,09)	13,2	18,7	22	46,2	-0,65	-0,97
29.	Lidar com cr�tica explicando que mudou o comportamento.	100	3,67	3,09 (0,96)	8,8	15,4	34,1	41,8	-0,79	-0,36
30.	Recusar oferta mudando de assunto.	89	3,50	2,76 (1,17)	22,2	16,7	24,4	36,7	-0,36	-1,37
31.	Lidar com raiva respirando fundo.	100	4,33	2,92 (1,01)	10	24,4	28,9	36,7	-0,45	-0,97
32.	Manter ocupa�o.	100	4,61	3,26 (0,92)	5,5	15,4	26,4	52,7	-0,98	-0,04
33.	Pedir para o outro confiar.	94	3,00	2,53 (1,24)	31,4	15,7	21,6	31,4	-0,07	-1,62
34.	Identificar problemas.	89	3,61	3,24 (0,85)	3,3	16,5	33	47,3	-0,82	-0,21
35.	Pedir desculpas quando algu�m aponta erro cometido. <sup>1 **</sup>	94	3,50	3,44 (0,75)	2,2	8,8	31,9	57,1	-1,25	1,11
36.	Agradecer ajuda recebida	100	3,83	3,18 (1,07)	13,3	8,9	24,4	53,3	-1,05	-0,25
37.	Entregar dinheiro a pessoa de confian�a. <sup>2</sup>	89 / 89	3,39 / 3,28	2,16 (1,16)	41,1	21,1	18,9	18,9	0,44	-1,30
38.	Lidar com frustra�o conversando com outras pessoas.	100	4,33	2,77 (1,01)	13,2	25,3	33	28,6	-0,31	-1,01
39.	Autoavalia�o do comportamento em situa�es de conflito.	100	4,61	2,91 (0,96)	8,9	23,3	35,6	32,2	-0,45	-0,77

40.	Distrair de raiva com outra atividade	89	3,17	2,84 (1,14)	18,9	16,2	27	37,8	-0,49	-1,18
41.	Lidar com sentimentos negativos expressando-o a outra pessoa.	94	4,06	2,70 (1,06)	14,3	31,9	23,1	30,8	-0,12	-1,24
42.	Lidar com cobrança dizendo que faz o possível.	89	3,94	3,27 (0,89)	4,4	16,5	26,4	52,7	-0,94	-0,14
43.	Fazer acordo para resolver problema.	100	4,33	3,01 (0,88)	4,4	24,2	37,4	34,1	-0,43	-0,72
44.	Recusar oferta sugerindo outra atividade.	89	3,72	2,43 (1,16)	29,7	23,1	22	25,3	0,09	-1,44
45.	Recusar oferta pedindo para não haver mais oferecimento.	100	4,50	2,64 (1,25)	28,9	15,6	17,8	37,8	-0,20	-1,62
46.	Frequentar locais de risco sem beber/usar droga.	100	4,28	2,46 (1,24)	34,1	15,4	20,9	29,7	0,02	-1,63
47.	Lidar com desconfiança pedindo ao outro que esclareça as dúvidas.	78	3,17	3,13 (1,11)	14,4	12,2	18,9	54,4	-0,92	-0,64
48.	Recusar oferta dizendo que não tem controle.	100	3,28	2,87 (1,21)	22	14,3	18,7	45,1	-0,50	-1,36
49.	Retribuir carinho e afeto. <sup>1 *</sup>	94	3,83	3,60 (0,75)	2,2	8,9	15,6	73,3	-1,84	2,60
50.	Controlar ansiedade.	100	4,06	3,00 (1,02)	9,9	22	26,4	41,8	-0,56	-0,90
51.	Lidar com desconfiança explicando que a situação agora é diferente.	89	3,17	2,55 (1,22)	27,5	23,5	15,7	33,3	-0,01	-1,60
52.	Agradecer elogio sobre as mudanças obtidas com a sobriedade. <sup>1 2 *</sup>	100/89	4,11/3,89	3,53 (0,81)	3,9	7,8	19,6	68,6	-1,75	2,41
53.	Listar soluções para problemas.	100	4,22	2,52 (1,12)	23,1	28,6	22	26,4	0,03	-1,36
54.	Recusar oferta dizendo estar em tratamento.	100	3,89	3,04 (1,16)	16,7	14,4	16,7	52,2	-0,75	-1,00
55.	Pedir desculpa espontaneamente <sup>1 **</sup>	94	3,67	3,24 (0,87)	5,5	12,1	35,2	47,3	-1,01	0,30
56.	Lidar com raiva avaliando que é perda de tempo se manter na situação.	94	4,06	2,71 (0,99)	13,2	27,5	34,1	25,3	-0,23	-0,98
57.	Avaliar engajamento em possível situação de risco.	94	3,89	2,44 (1,17)	30	21,1	23,3	25,6	0,05	-1,48
58.	Agradecer apoio recebido. <sup>1 *</sup>	89	3,56	3,51 (0,87)	4,1	12,2	12,2	71,4	-1,62	1,48
59.	Ouvir conselhos com atenção. <sup>1 *</sup>	100	3,78	3,48 (0,81)	4,4	6,6	25,3	63,7	-1,63	2,10
60.	Aceitar crítica recebida. <sup>1 **</sup>	94	3,89	3,34 (0,81)	2,2	14,3	30,8	52,7	-0,96	0,04
61.	Lidar com raiva utilizando frases de tranquilização.	100	3,89	2,81 (0,96)	11	24,2	37,4	27,5	-0,37	-0,81
62.	Aceitar desconfiança por parte dos outros.	94	3,39	2,76 (1,16)	21,6	16,2	27	35,1	-0,39	-1,32

63.	Expressar carinho e afeto <sup>1</sup> **	94	4,00	3,35 (0,86)	2,5	17,5	22,5	57,5	-1,02	-0,13
64.	Recusar oferta abandonando a situação.	89	3,17	3,03 (0,90)	5,4	21,6	37,8	35,1	-0,54	-0,50
65.	Lidar com chacota expressando o sentimento a outra pessoa.	100	3,94	2,22 (1,11)	32,4	32,4	16,2	18,9	0,45	-1,11
66.	Lidar com euforia.	94	3,17	2,81 (0,94)	5,4	37,8	27	29,7	-0,03	-1,17
67.	Aceitar frustração com naturalidade.	89	3,39	2,84 (0,80)	5,4	24,3	51,4	18,9	-0,38	-0,04
	Ao receber um “oi”, “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”, respondo da mesma maneira, sem ficar envergonhado ****	83	3,33	3,79 (0,53)	1,1	2,2	13,2	83,5	-2,98	10,12

<sup>1</sup>Estes itens, na escala original, medem a frequência de dificuldade para desempenhar a habilidade, devendo ter sua pontuação invertida para uniformizar as respostas do instrumento, de forma a medir apenas comportamentos que colaboram para a manutenção da abstinência. Os dados da tabela (média do pré-teste, distribuição de porcentagem nos pontos da escala de resposta, assimetria e curtose) já são apresentados com as pontuações invertidas.

<sup>2</sup>Estas questões possuem duas avaliações de concordância dos juízes e duas médias de importância atribuída por eles, por serem resultado da fusão de dois itens semelhantes, conforme sugestão de juízes na etapa de análise semântica, posterior à análise de conteúdo por juízes especialistas.

\*Os itens que avaliam estas habilidades foram reescritos após o estudo piloto mostrar assimetria ou curtose fora dos padrões aceitáveis. Para diminuir possíveis problemas de desajustabilidade social, foram reescritos de forma a avaliar a dificuldade para desempenhar a habilidade, ou seja, o inverso ao esperado para a situação.

\*\* Mesmo sem apresentar problemas graves de assimetria e curtose, os itens que avaliam estas habilidades foram invertidos após decisão dos pesquisadores de que respostas mais precisas poderiam ser obtidas se o comportamento avaliado fosse o inverso daquele esperado de uma pessoa que busca a abstinência de álcool ou outras drogas.

\*\*\*Os itens que avaliam estas habilidades foram originalmente redigidos com sentido inverso, avaliando a dificuldade para desempenhar a habilidade descrita.

\*\*\*\*Item eliminado após o estudo piloto mostrar assimetria e curtose muito acima dos padrões aceitáveis.



## **Anexo C. Termo de consentimento livre e esclarecido**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada *Habilidades de enfrentamento para a manutenção da abstinência de álcool e crack: construção e validação de um instrumento de medida*, sob a responsabilidade do pesquisador Lucas Guimarães Cardoso de Sá.

Você foi selecionado por estar tentando parar de beber ou usar crack e sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é construir um questionário confiável, que avalie as habilidades de enfrentamento específicas para a manutenção da abstinência de álcool e crack. Ou seja, nesta pesquisa nós queremos saber quais situações são mais perigosas e trazem risco para uma pessoa que quer parar de beber ou usar crack e quais são os comportamentos que ela pode usar para enfrentar e passar por estas situações sem beber ou fumar crack.

Na sua participação você deverá responder um questionário contendo uma série de perguntas sobre as atividades que você fez ou tem feito para não voltar a beber ou usar crack. As respostas serão anotadas por você mesmo em formulário específico. Em nenhum momento você será identificado e todas as suas respostas serão analisadas em conjunto com as de outras pessoas, também não identificadas.

Os riscos que você corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Você pode sentir cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com o teor de alguma questão ou pode ficar emocionado (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. O pesquisador estará atento a qualquer destas reações. De qualquer forma, se alguma destas situações acontecer, comunique imediatamente ao pesquisador. Você tem todo o direito e poderá solicitar uma pausa para descanso ou mesmo encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo. Saiba que o pesquisador é graduado e mestre em Psicologia, com experiência profissional no tratamento da dependência química, estando, portanto, capacitado para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer.

Como benefício por responder as perguntas você receberá uma avaliação do quanto você tem feito atividades que ajudam a não beber ou usar crack e também contribuirá para que outras pessoas, que também passam pelo problema da dependência dessas drogas, possam ser avaliadas e tratadas de uma maneira melhor no futuro.

Se você não compreender alguma pergunta que for feita ou precisar esclarecer qualquer outra dúvida sobre o estudo e seus procedimentos será atendido na mesma hora, tanto antes quanto durante a entrevista ou resposta ao questionário, 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 nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados, 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.

Você não terá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro por participar na pesquisa.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com

---

Lucas Guimarães Cardoso de Sá

**Fone (16) 3351-8447**

**e-mail: [lucas.gcsa@yahoo.com.br](mailto:lucas.gcsa@yahoo.com.br)**

**Endereço: Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Laboratório de Interação Social (LIS)**

**Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil.**

**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 UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110, endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br),**

**Em caso de dúvidas, poderei também entrar em contato com o Comitê de Ética acima.**

\_\_\_\_\_, ..... de .....de 201.....

---

Assinatura do participante da pesquisa

**Anexo D: Cadernos de respostas do Inventário De Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), versão pós Análise Fatorial Exploratória**



## IDHEA-AD

### Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas

Versão A (Álcool)

Data:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo	<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo	<input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo
Tempo sem beber:	Outras informações relevantes:	

**Comece aqui**

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

Leia cada uma das situações que vou apresentar nas páginas seguintes e marque a quantidade de vezes que você costuma fazer cada uma delas: **nunca, poucas vezes, muitas vezes ou sempre.**

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

Lembretes antes de começar:

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

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

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

## OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 002/2003 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. O interessado em utilizar o instrumento deve entrar em contato com pesquisador ( email [lucas.gcs@gmail.com](mailto:lucas.gcs@gmail.com) ) para mais informações.



## IDHEA-AD

### Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas

Versão D (Outras Drogas)

Data:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo	<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo	<input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo
Tempo sem usar:	Outras informações relevantes:	

#### Comece aqui

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

Leia cada uma das situações que vou apresentar nas páginas seguintes e marque a quantidade de vezes que você costuma fazer cada uma delas: **nunca, poucas vezes, muitas vezes ou sempre.**

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

Lembretes antes de começar:

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

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

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

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

## OMITIDO PROPOSITAMENTE

O instrumento não será apresentado como anexo pois, conforme Resolução 002/2003 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. O interessado em utilizar o instrumento deve entrar em contato com pesquisador ( email [lucas.gcs@gmail.com](mailto:lucas.gcs@gmail.com) ) para mais informações.

## Anexo E. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS  
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676  
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil  
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR  
[cehumanos@power.ufscar.br](mailto:cehumanos@power.ufscar.br) <http://www.propq.ufscar.br>

### Parecer Nº. 314/2010

CAAE: 0055.0.135.000-10

**Título do projeto:** Habilidades de enfrentamento para a manutenção da abstinência de álcool e crack: Construção e validação de um instrumento de medida

Pesquisador Responsável: LUCAS GUIMARAES CARDOSO DE SA

Processo n.º: 23112.001856/2010-09

#### Análise da Folha de Rosto

Devidamente preenchida e assinada. Cabe aqui destacar que a pesquisa será realizada no Setor de Ações em Dependência Química – Oficina da Vida, da Universidade Federal de Uberlândia, assim sendo é necessária a aprovação deste protocolo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da referida instituição.

#### Descrição sucinta dos objetivos e justificativos

O projeto pretende construir e validar um instrumento de avaliação das habilidades de enfrentamento desenvolvidas por viciados em álcool ou *crack* que estejam em abstinência, relativas a esta abstinência. Espera-se, com isso, subsidiar o desenvolvimento de terapias e/ou programas de prevenção mais eficazes.

#### Metodologia aplicada

Serão feitas entrevistas com viciados em álcool ou *crack* em vários momentos distintos com o objetivo de aprimorar um “questionário” que possa ser utilizado para medir as habilidades desenvolvidas por essas pessoas para enfrentar a abstinência. O protocolo não contém nenhum modelo, mesmo que preliminar, das questões ou aspectos que serão tratados nas entrevistas.

#### Identificação de riscos e benefícios

O protocolo não é muito cuidadoso na descrição dos riscos, relaciona apenas o risco de cansaço por parte dos participantes quando da entrevista e risco de divulgação dos dados. Não avalia, por exemplo, possíveis constrangimentos. Quanto aos benefícios destaca-se a possibilidade dos participantes de avaliarem suas próprias habilidades específicas para lidar com a condição de abstinência.

#### Forma de recrutamento

Serão recrutadas pessoas atendidas pelo Setor de Ações em Dependência Química – Oficina da Vida, da Universidade Federal de Uberlândia diretamente no local.

#### Cronograma

O protocolo apresenta um cronograma com início da coleta de dados em agosto de 2010, bastante factível, mas em função da necessidade de aprovação do projeto junto ao comitê de ética em pesquisa da UFU talvez precise de ajustes.

#### Orçamento financeiro detalhado

As despesas referentes ao projeto serão custeadas pelo laboratório ao qual o pesquisador está vinculado. Será solicitada uma bolsa de doutoramento ao pesquisador responsável.

#### Adequação do TCLE

Adequado.

#### Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Os currículos dos pesquisadores são compatíveis com as propostas apresentada.

#### Conclusão

As pendências apontadas no Parecer nº. 265/2010, foram satisfatoriamente resolvidas. **Projeto aprovado.** Atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.