

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

**AUTOEFICÁCIA E TENTAÇÃO EM DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK COM
TRATAMENTO BASEADO NO MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA (MTT)**

ANDRESSA CELENTE DE ÁVILA

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

**Porto Alegre
Dezembro, 2015**

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

**AUTOEFICÁCIA E TENTAÇÃO EM DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK COM
TRATAMENTO BASEADO NO MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA (MTT)**

ANDRESSA CELENTE DE ÁVILA

ORIENTADORA: Prof(a). Dr(a). Margareth da Silva Oliveira

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

**Porto Alegre
Dezembro, 2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A958 Ávila, Andressa Celente de

Autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack com tratamento baseado no Modelo Transteórico de Mudança (MTT) / Andressa Celente de Ávila – 2015.

75 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Psicologia / Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

1. Cocaína crack. 2. Mudança – aspectos psicológicos. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias – terapia. 4. Comportamento (Psicologia). 5. Usuários de drogas. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

CDD 157.63

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

**AUTOEFICÁCIA E TENTAÇÃO EM DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK COM
TRATAMENTO BASEADO NO MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA (MTT)**

ANDRESSA CELENTE DE ÁVILA

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Orientadora/Presidente

Prof.^a Dr.^a Ilana Andretta

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof. Dr. Lucas Neiva Silva

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

**Porto Alegre
Dezembro, 2015**

RESUMO

O consumo de cocaína/crack representa uma preocupação na área da saúde recebendo atenção devido ao aumento de usuários e consequências que pode provocar. Não há uma definição quanto ao melhor tratamento para esta população, um dos modelos indicados é o Modelo transteórico de mudança (MTT) que auxilia o usuário na mudança intencional de comportamento. Os conceitos de autoeficácia e tentação fazem parte dos mecanismos de mudança do MTT estando presentes na modificação de comportamento, assim como os processos de mudança que se dividem em processos experienciais e processos comportamentais. Portanto, esta dissertação tem como objetivo avaliar a autoeficácia para abstinência e a tentação para uso de drogas após intervenção baseada no MTT em dependentes de cocaína/crack. Utilizou-se um delineamento de análise de dados secundários do estudo original, um ensaio clínico randomizado. Os participantes eram dependentes de cocaína e/ou crack, homens e mulheres de 18 a 59 anos, com escolaridade mínima de cinco anos e internados em locais de tratamento para dependência química. A amostra foi dividida em grupo experimental (n=39) que recebeu oito sessões de MTT e em grupo controle (n=30) que recebeu oito sessões de psicoeducação sobre drogas. Foram aplicados antes e depois das intervenções os seguintes instrumentos: protocolo de entrevista; Escala de inteligência Wechsler para adultos (WAIS-III); Mini-exame do estado mental (MEEM); Escala de autoeficácia para abstinência de drogas (EAAD); Escala de tentação para uso de drogas (ESTUD); e Escala de processos de mudança (EPM). A Seção Empírica I teve como objetivo comparar a autoeficácia para abstinência e tentação para uso de drogas nos dependentes de cocaína/crack após intervenção com o MTT. Os resultados do Teste *t* de Student apontaram que houve diferenças significativas em todos os fatores da EAAD ($p < 0,05$ e $p \leq 0,001$) no grupo experimental entre a avaliação inicial e a reavaliação, e em todos os fatores da ESTUD ($p \leq 0,001$). Estes achados indicam que a autoeficácia aumentou após a intervenção e a tentação diminuiu. O grupo controle também apresentou diferenças na autoeficácia e tentação, porém em menor magnitude. O tamanho de efeito da intervenção foi maior no grupo experimental, tanto na EAAD como na ESTUD, com efeito moderado e de grande magnitude. A Seção Empírica II teve como objetivo verificar se havia associação entre a autoeficácia para abstinência, tentação para uso de drogas e os processos de mudança após a intervenção baseada no MTT. Os resultados apontaram com o Teste *t* de Student que o grupo experimental utilizou mais processos comportamentais na reavaliação da EPM ($p = 0,000$). Na Correlação de Pearson foi possível verificar que houve associação entre a EAAD, ESTUD e EPM no grupo experimental, quanto mais autoeficácia e menos tentação, mais eram utilizados processos comportamentais tais como a autodeliberação, contra-condicionamento e relações de ajuda. Dessa forma, entende-se que após a intervenção com MTT houve aumento na autoeficácia dos participantes, diminuição da tentação e associação entre estes constructos com os processos de mudança, ou seja, resultados coerentes com o movimento de mudança em direção à abstinência de cocaína/crack.

Palavras-Chaves: Cocaína/crack; Modelo transteórico de mudança; Autoeficácia; Tentação; Processos de mudança.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 - Intervenção terapêutica

ABSTRACT

The use of cocaine/crack is a concern in healthcare getting attention due to the increase of users and consequences that may result. There is no definition as to the best treatment for this population. One of them is the Transtheoretical model of change (TTM) that assists the user in intentional behavior change. The concepts of self-efficacy and temptation are part of TTM change mechanisms present in behavior modification as well as the processes of change that are divided into experiential processes and behavioral processes. This dissertation aims to evaluate self-efficacy for abstinence and the temptation to use drugs after intervention based on TTM in cocaine/crack dependents. It was used a secondary data analysis of the original study with was a randomized clinical trial. The participants were dependent on cocaine and/or crack, men and women, aged between 18-59, with minimum education of five years, and admitted to treatment facilities for drug addiction. The sample was divided into experimental group (n=39) that received eight sessions of TTM and the control group (n=30) that received eight sessions of psychoeducation about drugs. The following instruments were applied before and after the intervention: interview protocol; Wechsler Intelligence Scale for adults (WAIS-III); Mini-Mental State Examination (MMSE); Drug Abstinence Self-efficacy Scale (DASE); Temptation to Use Drugs Scale (TUD); and scale of processes change (EPM). Empirical Section I aimed to compare self-efficacy for abstinence and temptation to use drugs in cocaine/crack users after intervention with TTM. The results of the Student t test showed that there were significant differences in all factors of DASE ($p < .05$ e $p \leq .001$) in the experimental group between the initial assessment and reevaluation, and all the TUD factors ($p \leq .001$). These findings indicate that self-efficacy increased and the temptation decreased after the intervention. The control group also showed differences in self-efficacy and temptation, but at a lower magnitude. The effect of the intervention was greater in the experimental group, both in DASE and TUD, with moderate effect and of great magnitude. Empirical Section II aimed to verify the association between self-efficacy for abstinence, temptation to use drugs and the processes of change after the intervention based on TTM. The Student t test results showed in the reevaluation of the EPM that the experimental group used more behavioral processes ($p = .000$). The Pearson correlation observed that there was a association between DASE, TUD and EPM in the experimental group, the more self-efficacy and less temptation, the more behavioral processes were used such as self-deliberation, counter-conditioning and aid relationships. Thus, it is understood that after the intervention with TTM there was an increase in self-efficacy of the participants, reduction of temptation and association between these constructs with the processes of change, i.e., results consistent with the change toward abstinence from cocaine/crack.

Key-words: Cocaine/crack; Transtheoretical model of change; Self efficacy; Temptation; Process of change.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 - Therapeutic intervention

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
RELAÇÃO DE TABELAS	10
1. APRESENTAÇÃO	8
1.1 TEMÁTICA DA DISSERTAÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA	18
1.3 OBJETIVOS	18
1.4 HIPÓTES	19
1.5 CONTEXTO DA PESQUISA.....	19
1.6 DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	20
REFERÊNCIAS.....	23
2. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	28
SEÇÃO EMPÍRICA I – MUDANÇA NA AUTOEFICÁCIA E TENTAÇÃO DE DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK APÓS TRATAMENTO COM O MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA (MTT)	
RESUMO.....	28
ABSTRACT.....	29
INTRODUÇÃO	30
MÉTODO	31
RESULTADOS	35
DISCUSSÃO.....	38
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

SEÇÃO EMPÍRICA II – ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA PARA ABSTINÊNCIA, TENTAÇÃO PARA USO DE DROGAS E PROCESSOS DE MUDANÇA EM DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK

RESUMO.....	47
ABSTRACT.....	48
INTRODUÇÃO.....	49
MÉTODO.....	50
RESULTADOS.....	54
DISCUSSÃO.....	56
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS.....	60
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
4. ANEXOS.....	26
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS.....	65
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	66
ANEXO C – EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO.....	72
ANEXO D – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA ABSTINÊNCIA DE DROGAS (EAAD).....	73
ANEXO E – ESCALA DE TENTAÇÃO PARA USO DE DROGAS (ESTUD).....	75
ANEXO F – ESCALA DE PROCESSO DE MUDANÇA (EPM).....	77
ANEXO G – CARTA DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	80

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Temática da Dissertação

O consumo de drogas é um tema muito discutido na sociedade quanto ao seu consumo, problemas relacionados ao uso, as diferentes percepções quanto a sua manifestação, e conseqüentemente quanto às possíveis ações que possibilitem o avanço da área (Ronzani, 2013). O desenvolvimento da dependência química é biopsicossocial, sendo que a este se ligam aspectos genéticos, sociais, psicológicos, culturais, educacionais e comportamentais tendo influência na causa, curso e resultados do transtorno (Almeida, Bressan & Lacerda, 2011; Bordin, Grandi, Figlie & Laranjeira, 2010). As drogas quando consumidas em excesso ativam o sistema de recompensa do cérebro, cada uma de forma diferente, mas em geral provocam sensações de prazer. As alterações cerebrais causadas pelas drogas podem persistir mesmo após a desintoxicação, e provocar efeitos comportamentais como as recaídas constantes e fissura intensa quando expostos a estímulos relacionados às drogas (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Indivíduos com baixo autocontrole podem ter predisposição para desenvolver transtornos por uso de substâncias (APA, 2014) e vê-se que os modelos neurobiológicos caracterizam a dependência química pela busca e consumo sem controle e limite, com aparecimento de sintomas emocionais negativos, disforia, ansiedade e irritabilidade quando não é possível o consumo da substância. Entende-se, portanto, que o transtorno é descrito como uma evolução da impulsividade (tensão em situações nas quais o indivíduo escolhe a sensação de prazer e alívio imediato) para a compulsividade (busca pela droga quando tem sintomas de abstinência os quais provocam ansiedade e estresse) (Lima, Fonseca & Ribeiro, 2012).

O DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) propõe como substância, toda droga de abuso, medicamento ou toxina, agrupando-as em 11 classes, dentre elas a cocaína. Um dos dois grupos dos Transtornos Relacionados a Substâncias é o de Transtornos por Uso de Substância (Dependência de Substância e Abuso de Substância). A Dependência de Substância é caracterizada por sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos na qual o indivíduo usa a substância mesmo com os problemas que esta provoca, e que causa tolerância, abstinência e comportamento compulsivo. A fissura (forte desejo de

usar a substância) não se caracteriza como critério, mas está presente em muitos indivíduos usuários. A dependência é definida quando há a presença de três ou mais sintomas relacionados que causem comprometimento ou sofrimento significativo, dentre sete critérios e que devem ocorrer em 12 meses. No DSM-V a maior parte das orientações se mantiveram, mas também houveram mudanças no número de classes de agrupamentos das drogas, nos agrupamentos dos critérios diagnósticos, bem como a inserção do nível de gravidade, de leve a grave. Neste estudo, devido ao ano de começo da coleta de dados, foram utilizadas as definições do DSM-IV-TR (APA, 2014).

1.1.2 Cocaína

A cocaína começou a ser usada em países andinos como Peru e Colômbia há mais de 2.000 anos e é extraída da planta *Erythroxylon coca* classificada como uma substância estimulante (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2010; Alves, Ribeiro & Castro, 2011). Ficou bastante popular nos Estados Unidos no século XIX, porém após serem identificadas complicações relacionadas à substância, ela teve seu consumo controlado reaparecendo com maior força na década de 1980 devido ao aumento da oferta, redução do custo e variedade de vias de administração (Bordin et al., 2010a). A pasta básica da coca que era chamada pelos países andinos de “basuca” é adquirida com a maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente, ácido sulfúrico e carbonato de sódio (Alves et al., 2011; Perrenoud & Ribeiro, 2012). A cocaína pode ser usada por via oral (na qual a absorção é mais lenta), intranasal (em que pouco absorvida já que pouca quantidade atravessa a mucosa nasal e pela vasoconstrição), injetável (via de administração que alcança a corrente sanguínea rapidamente) ou pulmonar (vaporizada e fumada, sua absorção é rápida e praticamente completa) (Bordin et al., 2010a).

Dentre os efeitos agudos do uso estão a euforia, sensação de bem-estar, estimulação da libido, diminuição do apetite, aumento do estado de alerta e autoconfiança, verbosidade, agressividade, irritabilidade e inquietação. As consequências do uso da cocaína caracterizam-se por alteração no sistema cardiovascular provocando taquicardia e aumento da pressão arterial devido à vasoconstrição, podendo causar grave arritmia ou ataque cardíaco. Os pulmões também sofrem danos devido ao uso fumado, bem como a cartilagem nasal com a cocaína aspirada e o trato gastrintestinal (Bordin et al., 2010a). Os prejuízos neuropsicológicos causados pela cocaína começaram a ser investigados na década de 1980 e

mostram déficits na memória operacional, atenção, controle inibitório, raciocínio abstrato e funções psicomotoras (Almeida & Monteiro, 2011).

1.1.3 Crack

O crack surgiu nos Estados Unidos em Los Angeles, Miami e Nova York na metade da década de 1980 e era utilizado em casas (*crack houses*) onde os cristais eram fumados em cachimbos e devido ao estalo quando expostos ao fogo (*cracking*) foi-lhe dado o nome de crack. Os efeitos agudos eram forte euforia de curta duração demonstrando seu potencial para forte fissura e vontade de usar novamente. O baixo custo do crack favoreceu o uso contínuo, e também acabou trazendo um ambiente de violência e criminalidade devido a brigas entre grupos de traficantes (Alves et al., 2011; Perrenoud & Ribeiro, 2012). No Brasil, têm-se registros de apreensão da substância no início dos anos 1990, sendo a cidade de São Paulo a mais atingida da mesma forma que nos Estados Unidos por gangues de jovens que organizavam a venda do crack. Também tinha seu preço mais acessível e fez com que muitos usuários de cocaína injetável passassem a usar o crack para reduzir riscos como contrair HIV (Alves et al., 2011; Perrenoud & Ribeiro, 2012).

Esta droga é obtida acrescentando o sulfato de amônio ou bicarbonato de sódio à pasta base ou à cocaína na forma em pó (Alves et al., 2011) e é utilizado através de cachimbos individualmente ou compartilhado por um grupo de usuários (Ribeiro, Nappo & Sanchez, 2012). Já que ao ser fumado o crack atinge o cérebro rapidamente, o consumo se torna compulsivo fazendo com os usuários passem muito tempo consumindo a droga e colocando-se em risco sem realizar cuidados básicos com sua saúde. Os efeitos agudos do uso do crack são euforia, autoconfiança elevada, estado de alerta, redução de apetite, sintomas persecutórios, aumento da frequência cardíaca, sudorese, tremores, dentre outros. O uso crônico do crack provoca tolerância à droga e sintomas de abstinência dentre eles a ansiedade, irritação, impulsividade, e sintomas depressivos (Alves et al., 2011), além de poder causar abortos espontâneos, prematuridade, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais durante a gestação (Kessler & Pechansky, 2008).

1.1.4 Modelo transteórico de mudança

O Modelo transteórico de mudança (MTT) é utilizado para o entendimento do processo pelo qual as pessoas que querem mudar comportamentos-problema passam e o que

pode contribuir ou interferir neste processo, como a motivação e prontidão para mudar (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). O MTT surgiu a partir da análise de dezoito sistemas de psicoterapia sobre os quais Prochaska e DiClemente (1982) entenderam que nenhuma teoria conseguia explicar o processo de motivação para mudança de comportamento, e a partir disso foi criado um modelo denominado “transteórico” encontrando-se características de várias teorias (Prochaska et al., 1992). A Entrevista motivacional (EM) (Miller & Rollnick, 2001) que também visa a mudança de comportamento por meio de um estilo de conversa colaborativa, contribui com o MTT no sentido de trabalhar com o cliente a passagem pelos estágios de mudança, ajudando a resolver a ambivalência e buscando uma conversa de mudança. A intervenção em grupo com o MTT e com o estilo da EM, utiliza atividades e estratégias para eliciar os processos de mudança que promovem a passagem pelos estágios e o sucesso na mudança de comportamento. A EM ajuda os membros do grupo a trazer valores, objetivos e motivos para a mudança (Velasquez, Stephens & Drenner, 2013).

Os estágios de mudança representam a dimensão temporal do MTT, os diferentes níveis de motivação pelos quais as pessoas passam e são divididos em: pré-contemplação (ter pouca ou nenhuma consciência do problema e sem intenção de mudar), contemplação (pensar sobre fazer uma mudança e resolver o problema), preparação (planejar a mudança do comportamento- problema), ação (fazer algo para mudar) e manutenção (engajar-se e trabalhar para manter a mudança), tendo a possibilidade de recaída (retorno ao comportamento modificado após período de manutenção). O movimento até a mudança é entendido como um espiral, no qual a pessoa pode estar em um estágio e acabar voltando para um anterior antes que consiga alcançar a mudança (Prochaska et al., 1992; DiClemente, 2003).

Além destes constructos, os mecanismos de mudança são também importantes para o movimento entre os estágios de mudança, que consistem em: processos de mudança, auto-eficácia para a abstinência, tentação para uso de drogas e balança decisional, os quais são dependentes e passíveis de serem modificáveis após intervenção. Os processos de mudança são divididos em dois grupos: processos experienciais ou cognitivos (ampliação da consciência; alívio emocional; reavaliação circundante; deliberação social; e autorreavaliação) já que propõem uma reestruturação experiencial, e processos comportamentais (auto-deliberação; contra-condicionamento; controle de estímulos; gerenciamento de reforço; e relações de ajuda) que estão relacionados à comportamentos observáveis (DiClemente, 2003).

Dentre os processos experienciais, a ampliação da consciência entende-se que é responsável pelo aumento da percepção quanto às causas e as consequências do

comportamento problema. O alívio emocional está relacionado ao aumento de sensibilização emocional relacionadas ao problema através de estímulos internos ou externos, proporcionando reflexão dos indivíduos. A reavaliação circundante proporciona ao indivíduo que este possa avaliar afetivamente e cognitivamente a si mesmo sobre a influência do comportamento problema em conflitos com valores pessoais, objetivos de vida e convívio social. Com a deliberação social, é necessário reconhecer e criar alternativas sociais para a mudança de comportamento, reavaliando e modificando ambientes ligados ao problema. A autorreavaliação consiste na avaliação cognitiva e afetiva da auto-imagem, resgatando valores para que o indivíduo reconheça os prejuízos que causa para si e aos outros (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998; Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001).

Já entre os processos comportamentais a auto-deliberação traz a crença do indivíduo de que este é capaz de mudar e comprometer-se com a proposta de mudança. No condicionamento, ocorre à reaprendizagem de comportamentos para substituição de comportamentos-problema, principalmente em situações que geram tetação. O Controle de estímulos objetiva a mudança de estímulos que mantenham o comportamento-problema por novos hábitos mais saudáveis, o que favorece a manutenção da mudança e reduz os riscos de recaída. Quanto ao Gerenciamento de reforço, o indivíduo pode prever consequências de suas escolhas e investir em reforços para respostas mais saudáveis. Já o Processo de Mudança intitulado Relações de Ajuda tem como objetivo unir carinho, confiança, aceitação e suporte para a mudança de comportamentos problema (Velicer et al., 1998; Velasquez et al., 2001).

1.1.5 Autoeficácia

Bandura (1977) traz que a autoeficácia compreende como os indivíduos veem a si mesmos para perseguir objetivos e controlar o ambiente, ao propor a Teoria Social Cognitiva que se baseia na agência do próprio funcionamento e circunstâncias da vida para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança (Bandura, 1989). O conceito de autoeficácia pode ser compreendido como um conjunto de julgamentos que o indivíduo tem sobre suas próprias capacidades para realizar um comportamento ou chegar a um resultado, podendo variar para cada um conforme suas experiências prévias. A autoeficácia é preditora da mudança de comportamento, sendo necessária durante todo processo como na adesão e manutenção da mudança, ou seja, quanto maior autoeficácia, melhor é o desempenho e vice-

versa (Bandura, 1977; DiClemente, 2003). Especifica-se que a autoeficácia para abstinência, a qual é tratada nesta dissertação, se refere à confiança do indivíduo de se manter sem uso da droga (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995).

Assim como o MTT (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990) a abordagem da Prevenção de recaída (Marlatt & Gordon, 1985), a qual visa enfrentar e prevenir a recaída após a mudança de comportamento, também faz uso do conceito de autoeficácia na medida em que a entende como um dos determinantes intrapessoais de recaída. Indivíduos com alta autoeficácia são mais propensos a terem melhores resultados no tratamento além de evitarem o uso em diversas situações de risco utilizando estratégias de enfrentamento (Marlatt & Witkiewitz, 2009). É importante diferenciar os conceitos de expectativa de resultado e expectativa de eficácia: a expectativa de resultado trata da percepção da pessoa de que desempenhar uma ação fará com que atinja um determinado resultado; já a expectativa de eficácia trata-se da convicção de que tem capacidade de executar com sucesso um comportamento necessário para produzir um resultado. Um indivíduo pode ter expectativa de resultado, ou seja, de que se realizar determinada ação chegará a um objetivo, mas não ter expectativa de eficácia por não acreditar que tem capacidades de realizar a ação que fará com que o resultado seja atingido (Bandura, 1977).

Conforme DiClemente (2003) no estágio de ação apresentado pelo MTT, a autoeficácia se torna mais importante e varia de acordo com situações ou lugares em que o comportamento a ser modificado ocorre, ou seja, um paciente pode sentir-se mais confiante em ficar abstinente em uma situação do que em outra. Quanto mais frequentemente tem sucesso ao enfrentar situações nas quais o comportamento tendia a se manifestar, mais o paciente fica confiante de resistir à tentação. Para que o indivíduo sustente a sua mudança, no estágio de manutenção, a autoeficácia se torna mais consolidada, mas é necessário que continue em crescimento o que torna a avaliação deste conceito essencial para identificar indivíduos vulneráveis a uma recaída. Em uma revisão da literatura sobre a autoeficácia no campo do uso de drogas foi encontrado que muitos estudos de tratamento apontam a autoeficácia como preditor de resultado, porém à pouca consistência na recomendação para intervenções (Kadden & Litt, 2011).

1.1.6 Tentação

A tentação para uso de drogas é entendida como um determinante para a recaída que é compreendida como a volta a um comportamento após melhoria, percepção de perda de controle, compreendendo-se como uma falha no processo de mudança que pode ocorrer em algumas situações de risco (Connors, DiClemente, Velasquez & Donovan, 2013). A fissura, ou seja, o desejo subjetivo de usar uma SPA pode ser reduzida ou eliminada trabalhando junto ao paciente as expectativas de resultado (o que o uso vai lhe trazer como consequência) que ele tem quanto a SPA desejada (Marlatt & Witkiewitz, 2009). A fissura ou *craving* pode ser entendida como uma força ou motivação que direciona o indivíduo ao uso da droga, bem como alivia afetos negativos, os sintomas de abstinência e expectativas de efeito positivo. É estimulada por gatilhos ambientais, situações de estresse e expectativas positivas do consumo, ainda podendo ter estímulos internos (por exemplo, ansiedade e depressão) e estímulos externos (como amigos que usam drogas). Representa ameaça para a abstinência podendo ocorrer após longo período sem o uso, por isso, o usuário necessita compreender os gatilhos que se relacionam ao seu uso, tais como da cocaína e crack (Marinho, Araújo & Ribeiro, 2012).

A partir do MTT, a tentação é entendida como a vontade de retornar ao comportamento problema e faz parte dos mecanismos de mudança. De acordo com as pesquisas realizadas por Prochaska e DiClemente (1982), existem geralmente três fatores que refletem os tipos mais comuns de situações tentadoras: afeto negativo ou angústia, situações sociais positivas e desejo de retornar ao comportamento anterior (ex: fissura em casos de dependentes químicos) (Velasquez et al., 2001). A tentação tanto quanto a autoeficácia é um marcador importante para avaliar o engajamento do indivíduo no processo de mudança, o movimento de um estágio a outro e representa o quanto a pessoa tem desejo de realizar um comportamento em determinada situação. Normalmente a tentação tem uma correspondência negativa em um indivíduo com autoeficácia ou confiança de manter abstinência em um comportamento aditivo, por exemplo, pré-contempladores normalmente têm altos níveis de tentação e baixos níveis de autoeficácia (DiClemente, 2003).

Situações em que haja tentação quanto ao comportamento-problema podem ser usadas para realizar um planejamento durante o estágio de preparação e assim ser um preditor de sucesso nos estágios de ação e manutenção. Ao enfrentar-se com sucesso situações que causam tentação, a autoeficácia tende a aumentar durante o estágio de ação, do contrário este estágio será prejudicado. No estágio de manutenção, a tentação necessita ser menor que a autoeficácia para que o indivíduo possa sustentar a mudança (DiClemente, 2003).

1.2 Justificativa

Estudos mostram que o perfil do usuário de crack é de homens, jovens, adultos, com baixa escolaridade, desempregados e com famílias de baixa renda (Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003; Ribeiro, Dualibi, Perrennoud & Sola, 2012), e quando o uso é de crack e cocaína juntos o prognóstico do usuário é pior que quando faz uso isolado de uma ou outra SPA. Devido aos efeitos e consequências do uso da cocaína, também pode aumentar a possibilidade de complicações ao usuário como infecção com HIV, suicídio, crimes e problemas socioeconômicos tais como alto índice de hospitalizações, desemprego, isolamento social e perdas familiares (Bordin et al., 2010a; Alves et al. 2011).

Os usuários de cocaína e crack têm dificuldades no controle de impulsos e, portanto, no manejo de emoções, já que em algumas situações não conseguem refletir sobre as consequências de suas ações e serem flexíveis, mas sim tendem a buscar recompensas menores e imediatas. Estes comportamentos, que intensificam a compulsão e manutenção do uso da SPA, sugerem que há inabilidade em desenvolverem estratégias de enfrentamento e evitam situações de estresse emocional, o que vai de encontro com a maior possibilidade de recaídas (Oliveira & Ribeiro, 2012). Ao ser eficaz em lidar e enfrentar situações de risco que podem levar o indivíduo a utilizar drogas, sua autoeficácia aumenta reduzindo o risco de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985).

É importante que programas de tratamento visando a mudança de comportamento sejam propostos para a manutenção da qualidade de vida, a prevenção de recaída e a redução de envolvimento com a criminalidade trazendo a contribuição da família e comunidade (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2015). Neste sentido, compreende-se que o uso de cocaína/crack oferece diversos riscos para seus usuários e consequências negativas, sendo de difícil tratamento e, portanto, recomendado o MTT como uma possibilidade de escolha para alcançar a mudança de comportamento. Também, são relevantes os conceitos de autoeficácia para abstinência, tentação para uso de drogas e processos de mudança como mediadores no tratamento, e por isso necessário avalia-los nos indivíduos buscando compreender e fortalecer o processo de mudança.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Avaliar a autoeficácia para abstinência e a tentação para uso de drogas de dependentes de cocaína/crack em tratamento com uma intervenção baseada no MTT.

1.3.2 Objetivos específicos

Comparar a autoeficácia para abstinência e tentação para uso de drogas de dependentes de cocaína/crack antes e depois de uma intervenção baseada no Modelo transteórico de mudança (MTT).

Verificar a associação entre a autoeficácia para abstinência, tentação para uso de drogas e processos de mudança em dependentes de cocaína/crack depois de uma intervenção com Modelo transteórico de mudança (MTT).

1.4 Hipóteses

H₁ – Haverá diferenças significativas na autoeficácia para abstinência em dependentes de cocaína/crack depois de uma intervenção baseada no Modelo transteórico de mudança (MTT).

H₂ – Haverá diferenças significativas na tentação para uso de drogas em dependentes de cocaína/crack depois de uma intervenção baseada no Modelo transteórico de mudança (MTT).

H₃ – Haverá associação entre a autoeficácia para abstinência e os processos de mudança em dependentes de cocaína/crack depois de uma intervenção baseada no Modelo transteórico de mudança (MTT).

H₄ – Haverá associação entre a tentação para uso de drogas e os processos de mudança em dependentes de cocaína/crack depois de uma intervenção baseada no Modelo transteórico de mudança (MTT).

1.5 Contexto da pesquisa

O presente projeto de dissertação está contextualizado na área da Psicologia Clínica, na linha de pesquisa Protrata do grupo de pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia

Cognitiva e Comportamental sob supervisão da Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira. Desde sua criação, o grupo de pesquisa trabalha com o MTT, tendo já realizado diversos estudos de mestrado e doutorado com objetivo de mudança de comportamentos, principalmente o uso de drogas. A parceria com um dos autores desta abordagem, Prof. Dr. Carlo DiClemente, também colaborador do grupo, já contribuiu grandemente em diversos projetos inclusive no qual está inserido esta dissertação. Um dos trabalhos que atendeu à uma proposta do Prof. DiClemente foi de adaptação e validação de duas escalas correlatas: “*Drug Abstinence Self-efficacy Scale (DASE)*” e “*Temptation to Use Drugs Scale (TUD)*” (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994). O estudo realizado por Freire (2009), traduziu e adaptou as escalas para língua portuguesa tendo bons resultados confirmando as evidências de validade da adaptação brasileira.

Outro estudo que utilizou o MTT e contou com a supervisão do Prof. DiClemente, foi denominado “Estudo da efetividade da intervenção do modelo transteórico para pacientes dependentes de crack” do qual resultaram dois doutorados já finalizados Szupczynski (2012) e (Rodrigues, 2013) e que recebeu o Prêmio CAPES de Tese 2014. A proposta era a elaboração de um programa de intervenção para usuários de crack com foco na motivação para mudança dessa população, baseado no MTT. Foram obtidos como resultados que a intervenção demonstrou efetividade para a população de usuários de cocaína/crack quanto à prontidão para mudança e manutenção da abstinência nos primeiros 15 dias após a intervenção (Rodrigues, 2013). Minha inserção no grupo de pesquisa se deu como auxiliar de pesquisa neste mesmo projeto no ano de 2011, no qual participei ativamente realizando a organização dos protocolos e bancos, e principalmente as coletas de dados com os participantes em diversos locais de tratamento para dependência química. Dessa forma, surgiu meu interesse nesta população, bem como no MTT e foi realizada esta dissertação com o banco de dados entre os anos de 2014 e 2015.

1.6 Delineamento de pesquisa

Este estudo tem como delineamento uma análise de dados secundários, que se propõe a verificar objetivos diferentes dos que foram coletados (Hearst, Grady, Barron & Kerlikowske, 2003) no estudo original, que foi um ensaio clínico randomizado.

1.6.1 Participantes

Foram participantes deste estudo 69 sujeitos do sexo feminino e masculino, com faixa etária de idade entre 18 e 59 anos, com no mínimo cinco anos de escolaridade, dependentes de cocaína/crack e que estavam internados em hospitais ou clínicas especializadas em atendimento a usuários de drogas ou comunidades terapêuticas na cidade de Porto Alegre/RS e em municípios vizinhos.

1.6.2 Cálculo amostral

Assumindo como base de cálculo as estimativas obtidas em relação à Escala de tentação para uso de drogas (ESTUD) onde a variabilidade entre as médias dos grupos experimental (MTT) e controle (psicoeducação) deve estar entre 7,2 e 12% e, considerado um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e um poder amostral de 80% ($1-\beta=0,20$) o tamanho mínimo de amostra necessária, assumindo um erro amostral de no máximo 16%, deverá ser de 27 participantes por grupo, totalizando 54.

1.6.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo sujeitos do sexo feminino ou masculino; com idade entre 18 e 59 anos; no mínimo cinco anos de escolaridade; que tinham sido internados devido à dependência de cocaína/crack; e em abstinência há no mínimo sete dias. Foram excluídos do estudo sujeitos com presença de sintomas psicóticos (verificado nos registros sobre o paciente na instituição); com prejuízos cognitivos significativos (verificados na avaliação inicial); e que não estavam em condições de participar da pesquisa devido à medicação e sintomas de sonolência.

1.6.4 Instrumentos

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação dos participantes:

- a) Protocolo de entrevista: visou colher dados de identificação dos participantes, classificação econômica (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2010) e entrevista clínica sobre o consumo de drogas de acordo com o DSM-IV (APA, 2002).
- b) Escala de inteligência Wechsler para adultos 3ª Edição (WAIS-III) (*Screening* de pesquisa) (Wechsler, 1997): objetivou identificar possíveis déficits cognitivos, com os subtestes vocabulário, códigos, cubos e dígitos.
- c) Mini-exame do estado mental (MEEM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975): questionário que tem o objetivo de avaliar prejuízo cognitivo, com escore que varia de 0-30 pontos, com ponto de corte de 23 pontos. Foi realizado um estudo com população geral no Brasil que obteve coeficientes de Pearson variando de $r=0,887$ a $0,988$ no instrumento (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994).
- d) Escala de autoeficácia para abstinência de drogas (EAAD) (DiClemente, 1994): questionário autoaplicável de 24 itens que avalia o quanto o indivíduo sente-se confiante de manter a abstinência frente às situações de risco para uso de drogas. Freire (2009) obteve $\alpha=0,920$ na versão do instrumento validada para a população brasileira.
- e) Escala de tentação para uso de drogas (ESTUD) (DiClemente, 1994): também é autoaplicável e com 24 itens para avaliar o quanto o indivíduo sente-se tentado a usar drogas frente às situações de risco. Freire (2009) obteve na validação para o Brasil $\alpha=0,927$ no instrumento.
- f) Escala de processos de mudança (EPM) (*Processes of Change Questionnaire - PCQ*) (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988): é um inventário de autorrelato de 20 itens para avaliar a frequência com que ocorre algum pensamento ou situação (presente nos itens), sobre o consumo de drogas. Na validação para o Brasil de Szupszynski (2012) o instrumento teve bom valor de confiabilidade ($\alpha=0,775$).

1.6.5 Procedimentos de coleta de dados

O presente estudo foi realizado com dados coletados em instituições de tratamento para usuários de drogas, com autorização das mesmas, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes no momento da avaliação inicial. Os sujeitos foram randomizados em dois grupos: grupo experimental (n=39) e grupo controle (n=30). A intervenção realizada com o grupo experimental foi de oito sessões com o MTT (Velasquez et al., 2001) e princípios da EM (Miller & Rollnick, 2001). Já o grupo

controle passou por oito sessões de psicoeducação sobre drogas. Logo depois que as intervenções ocorreram, foi realizada a reavaliação com os mesmos instrumentos da avaliação inicial.

1.6.6 Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* na versão 21.0. Utilizou-se estatística descritiva para caracterização da amostra (médias, desvio-padrão, porcentagens e frequências) e estatística inferencial para estudo de variáveis categóricas e contínuas.

1.6.7 Procedimentos éticos

O projeto maior que foi utilizado para a análise deste estudo “Estudo da efetividade da intervenção do modelo transteórico para pacientes dependentes de crack” teve aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP/PUCRS 11/05322). Quando solicitados para a avaliação, os participantes assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo atendeu à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Ministério da Saúde, 2012).

Referências

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010. Recuperado de: <http://www.abep.org/novo/Default.aspx>.
- Almeida, P. P., & Monteiro, M. F. (2011). Neuropsicologia e dependência química. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Cols.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, P. P., Bressan, R. A., & Lacerda, A. L. T. (2011). Neurobiologia e neuroimagem dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Cols.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Castro, D. R. (2011). Cocaína e *crack*. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Eds.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V*. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184. doi: 10.1037/0003-066X.44.9.1175
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001
- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010a). Cocaína e *crack*. In Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (Eds.) *Aconselhamento em dependência química*. (2. ed.). São Paulo: Roca.
- Bordin, S., Grandi, C. G., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010b). Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (Eds.) *Aconselhamento em dependência química*. (2. ed.). São Paulo: Roca.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting and Planning Interventions*. New York, NY: Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148. doi: 10.15288/jsa.1994.55.141
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S., & Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. In Maddux, J. (Ed.) *Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application*. New York, NY: Plenum Press.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York, NY: Guilford Press.

- Filho, O. F. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública, 37*(6), 751-9.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Freire, S. D. (2009). Evidências de validade da “Escala de autoeficácia para abstinência de drogas” (EAAD) e da “Escala de situações tentadoras para uso de drogas” (ESTUD) em dependentes de cocaína e crack internados (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- Hearst, N., Grady, D., Barron, H. V., & Kerlikowske, K. (2003). Pesquisa com dados existentes: análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In Huley, S. B, Cummings, S. R., Browner, W. S., et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. (2. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011, Dezembro). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors, 36*(12), 1120-6.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*(2), 96-98.
- Lima, L. P., Fonseca, V. A. S., & Ribeiro, M. (2012). Neurobiologia da dependência de crack. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marinho, J. A. C., Araújo, R. B., & Ribeiro, M. (2012). Manejo da Fissura. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. In Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde. (2012). RESOLUÇÃO N°466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Recuperado de: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, A. C. S., & Ribeiro, M. (2012). Manejo do controle das emoções e dos impulsos. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Perrenoud, L. O., & Ribeiro, M. (2012). Histórico do consumo de *crack* no Brasil e no mundo. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 20, 161-173. doi: 10.1037/h0088437
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Ribeiro, M., Dualibi, L. B., Perrenoud, L. O., & Sola, V. (2012). Perfil do usuário e história natural do consumo. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, L. A., Nappo, S. A., & Sanchez, Z. V. D. M. (2012). Aspectos socioculturais do consumo de crack. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, V. S. (2013). *Programa de tratamento para usuários de cocaína/crack baseado no Modelo Transteórico de Mudança* (Tese de doutorado). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- Ronzani, T. M. (2013). *Ações integradas sobre drogas: Prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Szupszynski, K. P. D. R. (2013). Estudo dos processos de mudança em usuários de substâncias psicoativas ilícitas. (Tese de doutorado). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012&lng=pt&tlng=pt.

- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *World Drug Report*. United Nations publication, New York. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Velasquez, M. M., Stephens, N. S., & Drenner, K. L. (2013). Motivational Interviewing – Transtheoretical Model Groups for Addictions. In: Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. *Motivational Interviewing in Groups*. New York, NY: The Guilford Press.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse Situations and Self-Efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviour*, 15, 271-283. doi: 10.1016/0306-4603(90)90070-E
- Wechsler, D. (1997). *Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS III)*. (3. ed.) Administration and scoring manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation. *Adaptação e Padronização Brasileira*, (2004), (1. ed.), São Paulo: Casa do Psicólogo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados nos dois artigos desta dissertação, que avaliaram a mudança da autoeficácia para abstinência e tentação para uso de drogas, bem como a relação destes com os processos de mudança em usuários de cocaína/crack após intervenção com MTT, foi possível compreender como estes conceitos se apresentaram na amostra de usuários de cocaína/crack.

Os achados possibilitaram verificar que após a intervenção a autoeficácia e tentação no grupo experimental teve diferenças significativas, o que se sabe que favorece a motivação para mudança dos participantes, ou seja, a abstinência de cocaína/crack. Também, avaliando a relação dos constructos autoeficácia, tentação e processos de mudança, se pôde verificar que após intervenção com MTT os participantes utilizaram mais processos comportamentais assim como, quanto mais autoeficácia e menos tentação mais eram utilizados estes processos.

Os resultados indicaram na reavaliação do grupo experimental, que as mudanças esperadas foram encontradas. A autoeficácia, a tentação e os processos de mudança, importantes no movimento em direção à mudança no uso de drogas, se mostraram constructos relevantes de serem mais estudados e mensurados para melhoria do manejo com usuários de cocaína/crack. Esta população carece de intervenções que possam ter resultados em longo prazo, foi possível identificar que a maioria dos estudos tem como participantes usuários de álcool ou tabaco, por isso identifica-se o quanto usuários de cocaína/crack necessitam de mais atenção quanto à avaliação e intervenções.

4. ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS



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

OF.CEP-370/11

Porto Alegre, 28 de fevereiro de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05322 intitulado **"Estudo da efetividade da intervenção do modelo transteórico para pacientes dependentes de crack"**.

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

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

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Estudo: PROPOSTA DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL PARA USUÁRIOS DE CRACK

Patrocinador: CNPq

Pesquisadores: Dra. Margareth da Silva Oliveira (Psicologia)

Me. Karen Priscila Del Rio Szupszynski (Psicologia)

Me. Viviane Samoel Rodrigues (Psicologia)

Identificação do Voluntário: _____

Por que eu estou sendo convidado a participar deste estudo?

O motivo pelo qual você está sendo convidado para fazer parte deste estudo é porque você é usuário de crack e tem no mínimo 18 anos de idade.

Qual o objetivo deste estudo?

O principal objetivo deste estudo é estudar os processos de mudança pelos quais a pessoa passa durante sua mudança de comportamento e desenvolver um programa de avaliação e tratamento psicoterápico (fundamento no Modelo Transteórico) para usuários de crack.

Quem patrocina este estudo?

Este estudo conta com o apoio financeiro do *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq) e da FAPERGS, uma fundação vinculada ao Ministério Científico e Tecnológico (MCT), que apoia a pesquisa brasileira.

O que devo fazer para participar deste estudo?

Antes de decidir se você quer ou não participar, é importante que você leia este documento e entenda por que a pesquisa está sendo realizada e o que ela envolverá. Este documento chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) descreve o objetivo, os procedimentos, os riscos e os benefícios envolvidos no estudo. O TCLE tem esse nome porque você só deve tomar a decisão de participar depois de ter lido e entendido todos os procedimentos envolvidos no estudo. Por favor, peça ao membro da equipe que explique qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

O que acontecerá comigo caso eu não queira participar deste estudo?

Sua decisão de participar do estudo é inteiramente voluntária, e recusar-se a participar não causará a você nenhuma penalidade. Contudo, ao decidir participar do estudo, você assume a responsabilidade de ser totalmente sincero a respeito da sua história de saúde, pois caso contrário poderá estar causando danos a você mesmo ao participar deste estudo.

O que envolve este estudo?

Este estudo envolverá um total aproximadamente de 120 pacientes e será conduzido em centros de tratamento especializados em dependência química na cidade de Porto Alegre-RS e na Grande Porto Alegre. Se você decidir participar deste estudo haverá, ao longo de quatro (4) meses, um cronograma de avaliações, acompanhamento e reavaliações.

Como será desenvolvido este estudo?

Você irá realizar a primeira avaliação e será sorteado para fazer parte de um (1) dos dois (2) grupos. Cada grupo será submetido a um tipo distinto de intervenção. O grupo Psicoeducação receberá informações sobre o uso de diferentes substâncias psicoativas, principalmente relacionadas aos sintomas, efeitos e prejuízos. O grupo intervenção será submetido a um programa de intervenção fundamentado no Modelo Transteórico de Mudança. O programa descrito para ambos os grupos terá uma duração de quatro (4) meses.

Procedimentos e restrições do estudo

Ao decidir participar deste estudo, você estará assumindo um compromisso em que lhe será solicitado o cumprimento de todos os compromissos que lhe serão agendados ao longo de quatro (4) meses.

Primeira avaliação

A primeira avaliação será realizada durante os primeiros dias. Após esta avaliação você iniciará o programa do estudo para o qual você foi alocado.

Segunda avaliação

Após o término das intervenções será realizado a reavaliação. Nessa reavaliação serão repetidos alguns instrumentos neuropsicológicos da primeira avaliação.

(IG) Intervenção Grupo

Essa intervenção consiste em dois encontros por semana em grupos de até doze (12) voluntários durante um (1) mês. Você participará de oito (8) sessões fundamentadas no Modelo Transteórico de Mudança com duração de aproximadamente uma (1) hora por encontro.

(IC) Intervenção Controle

Essa intervenção consiste em dois encontros por semana em grupos de até doze (12) voluntários durante um (1) mês. Você participará de oito (8) sessões em grupo de Psicoeducação, com duração de aproximadamente uma (1) hora por encontro.

Possível(is) risco(s), desconforto(s) e benefício(s)

Risco inexistente.

Pagamentos

Você não receberá nenhum pagamento por estar participando deste estudo, tampouco terá qualquer despesa pela participação no mesmo.

Contatos

Se, no decorrer deste estudo, você tiver perguntas sobre a natureza da pesquisa ou sobre os seus direitos, ou se você acredita que você apresentou um dano relacionado à pesquisa, você deve entrar em contato com:

Dra. Margareth da Silva Oliveira

Celular: 51 99833363 – E-mail: marga@puers.br; Av. Ipiranga 6681, prédio 11, oitavo andar, sala 927; CEP: 90619-900; tel.: 3320 3500, ramal 7749. Se você tiver alguma pergunta sobre seus direitos ou a ética deste estudo, você também pode entrar em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS** no telefone 51 3320-3345, Av. Ipiranga, 6690 – 2º andar Porto Alegre – RS – CEP: 90610-000.

Considerações éticas

Esta pesquisa segue as orientações da resolução 196/96 referente à pesquisa em seres humanos e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP/PUCRS), que é um grupo de pessoas formado por diversos profissionais que seguem as regras do CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), para garantir que todas as informações foram fornecidas a você e que os possíveis riscos sejam reduzidos. Conforme a resolução, você precisa dar o seu consentimento livre e esclarecido para legitimar a sua vontade de participar deste estudo e ao mesmo tempo permitir que o grupo de pesquisadores deste estudo possa utilizar os seus dados para fins científicos.

Autorização do indivíduo da pesquisa – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Através deste documento, eu dou minha permissão para que o coordenador deste estudo forneça qualquer informação obtida como resultado da minha participação neste estudo, aos designados autorizados, ao Comitê de Ética (CEP) e a qualquer outra Autoridade Regulatória. Os representantes destes grupos têm minha permissão para inspecionar meus registros de saúde relacionados à pesquisa. Eu concordo que o acesso aos meus dados só ocorrerá da maneira como está descrito na seção “Gerenciamento de Dados/Confidencialidade”. Eu li as informações contidas neste termo de consentimento livre e esclarecido e tive a oportunidade de fazer perguntas para me ajudar a entender o que está envolvido na minha participação. Eu livremente dou o meu consentimento para participar do estudo, a menos que eu decida o contrário. Eu declaro também que pessoalmente assinei e datei este documento. A minha assinatura abaixo indica que o estudo e os procedimentos relacionados foram explicados a mim. Eu recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado e datado. Eu fui informado de que o documento original assinado e datado será arquivado nos arquivos do coordenador deste estudo.

ANEXO C – Exame de Qualificação de Projeto de Dissertação



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul¹
 FACULDADE DE PSICOLOGIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO
Formulário de Relatoria

DADOS

NOME DO ALUNO: Andressa Celente de Ávila
TÍTULO DO PROJETO: Autoeficácia para abstinência, Tentação para uso de drogas e prontidão para mudança em usuários de cocaína/crack antes e depois de uma intervenção com o modelo transteórico de mudança (MTT)
PROFESSOR ORIENTADOR: Margareth Oliveira
PROFESSOR RELATOR: Irani de Lima Argimon

PROJETO

Fundamentação Teórica	Muito satisfatório
Objetivos	Muito satisfatório
Questões/Hipóteses	Muito satisfatório
Relevância científica	Muito Satisfatório
MÉTODO	
Delineamento	Muito satisfatório
Amostra	Muito satisfatório
Crêterios de inclusãe e exclusãe	Muito satisfatório
Procedimentos de coleta de dados	Muito satisfatório
Instrumentos de coleta de dados	Muito satisfatório
Crêterios de anãlise de dados	Muito satisfatório
Procedimentos éeticos	Muito satisfatório
Adequaãeãe às normas APA/ABNT	Muito satisfatório
CRONOGRAMA	Muito satisfatório
ORÇAMENTO	Muito satisfatório
REFERÊNCIAS	Muito satisfatório

* *Preencher os campos com uma das seguintes opções: Muito Satisfatório, Satisfatório, Parcialmente Satisfatório, Insatisfatório.*

Comentários gerais e sugestões sobre o Projeto:

O projeto apresenta-se como um tema de relevância, com um bom delineamento e programação de execução. **Faz parte de um projeto maior da orientadora e já tem o aceite do Comitê de Ética.**

Após análise do Projeto de Dissertação, considero (X) **APROVADO** () **NECESSITA REFORMULAÇÕES** () **REPROVADO**

Nome do Relator: Irani de Lima Argimon

Data: 25/09/2014

Assinatura:

Novo parecer caso solicitadas reformulações:

Após nova análise do Projeto de Dissertação, considero () **APROVADO** () **NECESSITA REFORMULAÇÕES** () **REPROVADO**

PUCRS

Campus Central
 Av. Ipiranga, 6681 – P. 11– 9º andar – CEP 90619-900
 Porto Alegre – RS – Brasil
 Fone: (51) 3320-3633
 E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
 www.pucrs.br/psicopg

ANEXO D – Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD)

Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas – EAAD *crack* *cocaína*

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

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

- 1 = Nada confiante
 2 = Não muito confiante
 3 = Mais ou menos confiante
 4 = Muito confiante
 5 = Extremamente confiante

Situação	CONFIANTE de RESISTIR				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
1) Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2) Quando estou com dor de cabeça.	1	2	3	4	5
3) Quando estou deprimido ou triste.	1	2	3	4	5
4) Quando quero relaxar ou quando estou de férias.	1	2	3	4	5
5) Quando estou preocupado com alguém.	1	2	3	4	5
6) Quando estou tenso ou apreensivo.	1	2	3	4	5
7) Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.	1	2	3	4	5

Situação	CONFIANTE de RESISTIR				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
8) Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).	1	2	3	4	5
9) Quando sonho com uso de drogas.	1	2	3	4	5
10) Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.	1	2	3	4	5
11) Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.	1	2	3	4	5
12) Quando estou fisicamente cansado.	1	2	3	4	5
13) Quando estou sentindo alguma dor física.	1	2	3	4	5
14) Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	1	2	3	4	5
15) Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.	1	2	3	4	5
16) Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	1	2	3	4	5
17) Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.	1	2	3	4	5
18) Quando estou sentindo muita raiva.	1	2	3	4	5
19) Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.	1	2	3	4	5
20) Quando estou eufórico ou comemorando com outros.	1	2	3	4	5

Situação	CONFIANTE de RESISTIR				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
21) Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.	1	2	3	4	5
22) Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.	1	2	3	4	5
23) Quando brigo em casa ou no trabalho.	1	2	3	4	5
24) Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	1	2	3	4	5

ANEXO E - Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD)

Escala de Tentação para Uso de Drogas – ESTUD *crack* *cocaína*

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

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

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

- 1 = Nada tentado
 2 = Não muito tentado
 3 = Mais ou menos tentado
 4 = Muito tentado
 5 = Extremamente tentado

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
1) Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2) Quando estou com dor de cabeça.	1	2	3	4	5
3) Quando estou deprimido ou triste.	1	2	3	4	5
4) Quando quero relaxar ou quando estou de férias.	1	2	3	4	5
5) Quando estou preocupado com alguém.	1	2	3	4	5
6) Quando estou tenso ou apreensivo.	1	2	3	4	5
7) Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.	1	2	3	4	5

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
8) Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).	1	2	3	4	5
9) Quando sonho com uso de drogas.	1	2	3	4	5
10) Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.	1	2	3	4	5
11) Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.	1	2	3	4	5
12) Quando estou fisicamente cansado.	1	2	3	4	5
13) Quando estou sentindo alguma dor física.	1	2	3	4	5
14) Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	1	2	3	4	5
15) Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.	1	2	3	4	5
16) Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	1	2	3	4	5
17) Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.	1	2	3	4	5
18) Quando estou sentindo muita raiva.	1	2	3	4	5
19) Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.	1	2	3	4	5
20) Quando estou eufórico ou comemorando com outros.	1	2	3	4	5

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
21) Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.	1	2	3	4	5
22) Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.	1	2	3	4	5
23) Quando brigo em casa ou no trabalho.	1	2	3	4	5
24) Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	1	2	3	4	5

ANEXO F – Escala de Processos de Mudança (EPM)

Questionário de Processos de Mudança
(Process of Change Questionnaire)
Adaptação Brasileira - PUCRS

Nome: _____
 Idade: _____ Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES:

EXISTEM CINCO RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA CADA UM DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO:

1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Ocasionalmente 4 = Frequentemente 5 = Repetidamente

POR FAVOR, LEIA CADA AFIRMAÇÃO E CIRCULE O NÚMERO À DIREITA PARA INDICAR COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ SE ENQUADRA NESSAS SITUAÇÕES. AS SITUAÇÕES REFEREM-SE A ATITUDES OU PENSAMENTOS QUE AJUDAM VOCÊ A NÃO USAR DROGAS ILEGAIS.

LEMBRE QUE ESTAS DESCRIÇÕES SE REFEREM A ATITUDES OU PENSAMENTOS QUE VOCÊ PODE TER PASSADO **DURANTE A SEMANA PASSADA**.

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
1) Eu me gratifico quando eu não cedo ao meu desejo de usar drogas.	1	2	3	4	5
2) Eu tenho com quem falar e que compreenda os meus problemas com drogas.	1	2	3	4	5
3) Eu fico chateado quando penso em doenças causadas pelo consumo de drogas.	1	2	3	4	5
4) Estou considerando a ideia de que as pessoas à minha volta seriam melhores comigo, se não tivesse o meu problema com drogas.	1	2	3	4	5

5) Eu leio reportagens que podem me ajudar a parar de usar drogas.	1	2	3	4	5
6) Tento pensar em outras coisas quando eu começo a pensar em usar drogas.	1	2	3	4	5
7) Acho que a sociedade está mudando de um jeito que facilita a superação do meu problema com drogas.	1	2	3	4	5
8) Eu fico decepcionado comigo mesmo quando dependo de drogas.	1	2	3	4	5
9) Eu procuro informações relacionadas ao meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
10) Eu uso lembretes para me ajudar a não usar drogas.	1	2	3	4	5
11) Tenho alguém com quem eu posso contar para me ajudar quando eu estou tendo problemas com drogas.	1	2	3	4	5
12) Histórias sobre drogas e seus efeitos me incomodam.	1	2	3	4	5
13) Eu falo a mim mesmo que se eu tentar com empenho, posso deixar de usar drogas.	1	2	3	4	5
14) Eu paro para pensar em como o meu uso às drogas está magoando as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
15) Eu me sinto mais competente quando eu decido não usar drogas.	1	2	3	4	5
16) Eu fico longe dos					

locais que geralmente estão associados ao meu uso das drogas.	1	2	3	4	5
17) Penso que fazer outras coisas é uma boa alternativa para não usar drogas.	1	2	3	4	5
18) Eu passo tempo com pessoas que me gratificam por não usar drogas.	1	2	3	4	5
19) Eu me comprometo comigo mesmo para não usar drogas.	1	2	3	4	5
20) Eu vejo propagandas na televisão sobre como a sociedade está tentando ajudar as pessoas a não usar drogas.	1	2	3	4	5
21) Acho que a sociedade está mudando de um jeito que incentiva meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
22) Utilizo coisas que me ajudam a lembrar de não usar drogas.	1	2	3	4	5

ANEXO G – Carta de submissão de artigo



Andressa Celente <andressacelente@gmail.com>

[EPSIC] 157507 - Submissao cadastrada

1 mensagem

Estudos de Psicologia (Natal) <noreply.ojs@scielo.org>

8 de dezembro de 2015 16:50

Para: Senhora Andressa Celente de Ávila <andressacelente@gmail.com>

Prezado(a) autor(a),

Acusamos o cadastro de sua submissão no sistema web da revista Estudos de Psicologia (Natal).

O manuscrito passara por uma análise preliminar para decidirmos sobre o início do processo de avaliação propriamente dita ou recusa inicial do mesmo.

Tão logo tenhamos essa informação, entraremos em contato.

Para acessar o sistema, utilize o login e senha fornecidos no e-mail de cadastro.

Agradecemos a preferência por Estudos de Psicologia.

Cordialmente,
Katie Almondes e Fívia Lopes, Editoras

Estudos de Psicologia (UFRN-Natal)

E-mail: <revpsi@cchla.ufrn.br>

Editoras: Katie Almondes & Fívia Lopes

Editores-associados: Amilton Araújo de Souza; Cândida Maria Bezerra

Dantas; Ilana Lemos de Paiva; Jäder Ferreira Leite; Magda Diniz Bezerra

Dimenstein; Pedro F. Bendassolli

Apoio Editorial: Danielle Dantas

<http://submissao.scielo.br/index.php/epsic>