

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Jéssica Limberger
Bolsista CAPES/PROSUP

**Mulheres em Tratamento pelo Uso do Crack:
Habilidades Sociais e Características Clínicas**

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Ilana Andretta

São Leopoldo, dezembro de 2015

Jéssica Limberger

**Mulheres em Tratamento pelo Uso do Crack:
Habilidades Sociais e Características Clínicas**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Ilana Andretta

São Leopoldo, dezembro de 2015

L733m Limberger, Jéssica
Mulheres em tratamento pelo uso do crack : habilidades sociais e características clínicas / por Jéssica Limberger. – 2015.
102 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2015.
“Prof.^a Dr.^a Ilana Andretta.”

1. Cocaína Crack. 2. Mulheres. 3. Habilidades sociais.
4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.
5. Hospitalização. I. Título.

CDU: 159.9

Dedido este trabalho a todos aqueles que
acreditam e contribuem para um mundo
melhor

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter colocado pessoas tão especiais em minha caminhada, que contribuíram para a construção deste trabalho.

Aos meus pais, Milton e Eunice, agricultores, que desde cedo me ensinaram o significado de semear sonhos e colher os frutos advindos do esforço.

Ao meu amor, Djeison, por ser meu porto seguro, pelo constante incentivo e apoio, por ouvir minhas angústias com carinho e compreensão.

Agradeço à minha avó Assunta, que partiu durante a elaboração desta dissertação. Suas orações sempre presentes me incentivaram a continuar.

À minha querida orientadora Ilana, que de maneira impecável me guiou nesse processo, pelas valiosas contribuições desde a elaboração do projeto, sempre me instigando a buscar mais. Teu afeto e tua motivação inspiram a minha caminhada.

Agradeço à colega e amiga Jaluza, pela frutífera parceria na construção de artigos, em tantos trabalhos e desabafos.

Aos integrantes do grupo de pesquisa ICCEP, em especial os alunos de Iniciação Científica Luana, Vanessa, Arthur, Bruna, Emanuéli e Raísa, pela dedicação nas coletas e tabulação dos dados.

Agradeço ao corpo docente do PPG, pelas discussões nas disciplinas que proporcionaram um aprimoramento teórico e metodológico deste trabalho.

Às minhas amigas Marcia, Carolina, Kamêni, e Adriana, que tive o privilégio de conhecer durante o Mestrado. Obrigada por todo o conhecimento compartilhado, pelas discussões metodológicas e principalmente por transmitirem tanto apoio e alegria.

Às minhas amigas Anna, Patrícia, Gênesis, Lucia, Heloísa, Lisiane e Ana, obrigada pelas palavras de incentivo, pela torcida e por todo o carinho.

À minha psicóloga, por me auxiliar nesse processo, com tanta empatia e apoio.

Aos professores Helio e Silvana, que desde a graduação incentivaram a trajetória acadêmica e seguem motivando a continuidade dessa caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Bolsa de Mestrado, com a qual foi possível dedicar-me exclusivamente à pesquisa.

Agradeço aos gestores dos locais que cederam seus espaços para a realização da pesquisa e pela disponibilidade e atenção dos profissionais em contribuir na logística da pesquisa.

Aos professores da banca, Dra. Tagma Donelli, Dr. Felix Kessler e Dr. Dinarte Ballester, pelas preciosas contribuições na elaboração do projeto e por aceitarem o convite em participar da banca.

E por fim, e não menos importante, agradeço a cada uma das participantes desta pesquisa, por disponibilizarem o seu tempo em compartilhar suas histórias de vida, pelo acolhimento e por compartilharem suas emoções, pelos seus sorrisos e até pelas suas lágrimas. Que esse trabalho possa contribuir de alguma forma em melhorias no tratamento e que proporcione um novo olhar sobre as mulheres usuárias de crack.

Sumário

| | |
|--|----|
| Resumo | 10 |
| Abstract | 11 |
| Apresentação da Dissertação | 12 |
| Artigo I | 15 |
| Resumo..... | 15 |
| Abstract..... | 16 |
| Introdução | 17 |
| Método | 21 |
| Delineamento..... | 21 |
| Participantes..... | 21 |
| Instrumentos..... | 22 |
| Procedimentos..... | 25 |
| Análise de Dados..... | 26 |
| Resultados | 26 |
| Discussão | 32 |
| Considerações Finais | 37 |
| Referências | 39 |
| Artigo II | 48 |
| Resumo..... | 48 |
| Abstract..... | 49 |
| Introdução | 50 |
| Método | 54 |
| Delineamento..... | 54 |

| | |
|---|-----------|
| Participantes..... | 55 |
| Instrumentos..... | 56 |
| Procedimentos..... | 59 |
| Análise de Dados..... | 60 |
| Resultados e Discussão..... | 62 |
| Considerações Finais..... | 81 |
| Referências..... | 82 |
| Considerações Finais da Dissertação..... | 88 |
| Referências da Dissertação..... | 91 |
| Apêndices..... | 93 |
| Apêndice A – Questionário de Dados Sociodemográficos..... | 94 |
| Apêndice B – Aprovação do Comitê de Ética..... | 100 |
| Apêndice C – Termo de Consentimento Etapa Quantitativa..... | 101 |
| Apêndice D – Termo de Consentimento Etapa Qualitativa..... | 102 |

Lista De Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Comorbidades psiquiátricas e Transtornos de Personalidade..... | 28 |
| Tabela 2 – Avaliação dos fatores de habilidades sociais..... | 29 |
| Tabela 3 – Comparação entre médias de habilidades sociais e características sociodemográficas e clínicas..... | 30 |
| Tabela 4 – Comparação de mulheres com e sem déficits nas habilidades sociais e suas características..... | 31 |
| Tabela 5 – Caracterização das participantes..... | 56 |
| Tabela 6 – Classificação das habilidades sociais e características clínicas..... | 62 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Fluxograma da seleção das participantes..... | 55 |
|--|----|

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|----------|--|
| APA | American Psychological Association |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| HS | Habilidades Sociais |
| IHS | Inventário de Habilidades Sociais |
| MINI | <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> |
| SCID-II | <i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders</i> |
| UNISINOS | Universidade do Vale do Rio dos Sinos |

Mulheres em Tratamento pelo Uso do Crack:

Habilidades Sociais e Características Clínicas

Resumo

O uso de crack em mulheres requer a identificação de especificidades, como suas interações sociais. Esta dissertação compõe-se de dois estudos empíricos acerca das habilidades sociais (HS) de mulheres em internação hospitalar pelo uso do crack. O primeiro artigo objetivou descrever os fatores de HS em tais mulheres, identificando associações entre as HS e suas características. Utilizou-se um questionário de dados sociodemográficos, MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), Inventário de Habilidades Sociais, Screening Cognitivo do Wais-III e SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*). Participaram 62 mulheres, sendo identificados déficits na conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade. A idade apresentou correlação com o escore total, e possuir amigos que usam drogas e o tráfico de drogas associou-se com déficits nas HS. O segundo estudo, qualitativo e de casos múltiplos, objetivou compreender o desenvolvimento das HS na trajetória de vida de tais mulheres. Além dos instrumentos referidos no item anterior, utilizou-se uma entrevista clínica sobre trajetória de vida e HS. Nos casos, houve dificuldades na utilização das habilidades sociais desde a infância, sendo que as comorbidades podem ter dificultado o uso das habilidades sociais. Conclui-se que são necessárias intervenções na internação hospitalar, desenvolvendo as habilidades sociais desta população.

Keywords: crack cocaína; mulheres; habilidades sociais; transtornos relacionados ao uso de substâncias; hospitalização.

Women in Crack Use Treatment: Social Skills and Clinical Features

Abstract

The use of crack in women requires the identification of specific characteristics, such as their social interactions. This dissertation consists of two empirical studies on social skills (HS) in hospitalized women for the use of crack. The first article aimed to describe the HS factors in such women, identifying associations between HS and its features. The instruments used for this research were: sociodemographic questionnaire, MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), Social Skills Inventory, Cognitive Screening by Wais-III and SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM Disorders). The sample consisted of 62 women, identified with deficits in: conversation and social resourcefulness; self-exposure to strangers and new situations; and aggressiveness self-control. The age presented a correlation with the total score. Having friends who use drugs and drug trafficking was associated with deficits in HS. The second study, qualitative and of multiple cases aimed to understand the development of HS in the trajectory of life of these women. In addition to the instruments referred to in the previous section, we used a clinical interview about life trajectory and HS. These cases have indicated difficulties in the use of social skills since childhood, where comorbidities may have hampered the use of social skills. We conclude that interventions are needed in the hospitalizations in order to develop social skills of this population.

Keywords: crack cocaine; women; social skills; substance use disorder; hospitalization

Apresentação da Dissertação

Mundialmente, a saúde mental tem sido um dos temas mais discutidos no cuidado com a saúde, evidenciando o seu impacto na sociedade (Abreu, Barletta, & Murta, 2015). Na realidade brasileira, uma recente revisão sistemática acerca da avaliação de serviços em saúde mental analisou 35 artigos e constatou avanços nas diversas modalidades terapêuticas e projetos para além dos muros das instituições, mas também alertou para a carência de serviços que levem em conta as necessidades e características dos usuários (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2015). Diante das peculiaridades de cada serviço de saúde mental, esta dissertação insere-se na linha de pesquisa “Processos Saúde-Doença em contextos institucionais”, destacando o contexto hospitalar como possibilidade de prevenção e promoção de saúde mental.

Dentre as temáticas de saúde mental, nas últimas décadas muito tem se falado sobre o uso do crack e seus efeitos nocivos. Comentários na mídia, eventos e artigos científicos têm problematizado tal questão, apontando a relevância e emergência desta questão. Entretanto, a ciência brasileira ainda necessita avançar em tratamentos baseados em evidências, principalmente no que diz respeito à internação hospitalar de mulheres usuárias de crack, suas características e necessidades.

Sabe-se que a etapa anterior às intervenções perpassa pela compreensão das características da população. Avanços em pesquisas brasileiras, como o Perfil Nacional de Usuários de Crack (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2013), apontam importantes questões relacionadas às mulheres, tais como: mais de metade das usuárias engravidaram ao menos uma vez desde o início do uso do crack/similares, 29,9% já se prostituíram para obter a droga e 44,5% relataram já ter sofrido violência sexual na vida (Fiocruz, 2013).

Na literatura brasileira, ainda há carência de estudos que contemplem questões

ligadas às interações sociais de tais mulheres, como as suas habilidades sociais. Diante desta lacuna na literatura, esta dissertação insere-se em um projeto de pesquisa maior, “Avaliação e Treinamento de Habilidades Sociais em Dependentes Químicos em Tratamento Especializado”, que objetiva identificar as habilidades sociais de usuários de drogas, para então desenvolver e avaliar um Treinamento de Habilidades Sociais a partir das características encontradas.

No campo das habilidades sociais, existem principalmente dois modelos conceituais (McFall, 1982). O primeiro modelo compreende que a habilidade social é um traço de personalidade, sendo de certa forma estável e duradoura (Riggio, 1986). O segundo modelo, por sua vez, compreende as habilidades sociais como situacionais, a partir de uma análise molecular de uma situação específica e de comportamentos em contextos sociais (Arkowitz, Lichtenstein, McGovern, & Hines, 1975). Desta forma, a presente dissertação será embasada pelo segundo modelo conceitual, concebendo as habilidades sociais como comportamentos sociais que possibilitam um desempenho social de maneira competente, contribuindo para a qualidade de vida dos indivíduos em suas relações interpessoais (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015).

A partir das evidências científicas sobre a importância das interações sociais saudáveis para a saúde mental, é crescente o interesse de pesquisadores sobre esta temática, que se expande para diferentes populações (Terroso, Pedroso, & Kurle, 2015). Nesse contexto, apresentar dados sobre as habilidades sociais de mulheres em tratamento devido ao uso do crack trata-se de um desafio, pois também é imprescindível avaliar suas comorbidades psiquiátricas e seus comportamentos relacionados ao uso.

A partir de tal avaliação, busca-se embasar intervenções como o Treinamento em Habilidades Sociais (THS) no ambiente hospitalar, tendo em vista que a literatura nacional e internacional aponta para a necessidade dessa intervenção em usuários de

drogas (Del Prette et al., 2015; Hulka et al., 2014; Petersen et al., 2007; Wagner & Oliveira, 2015). O THS visa o ensino e a prática de comportamentos específicos em que existem déficits nas habilidades sociais, a fim de que novos comportamentos sejam integrados ao repertório do indivíduo (Caballo, 2003). Além de embasar o THS, esta dissertação também busca alertar para as necessidades das mulheres que estão em tratamento devido ao uso do crack, a fim de que cada vez mais este fenômeno seja tratado com a atenção e seriedade que merece, atendendo as necessidades das mulheres e qualificando os serviços de atendimento.

Diante de tais questões sobre o uso de crack em mulheres, emergem duas questões: “Existem déficits em fatores específicos das habilidades sociais de tais mulheres?” e “Qual a percepção das mulheres sobre as suas habilidades sociais no decorrer de sua trajetória de vida?”. A fim de responder tais questões, esta dissertação é composta por dois artigos empíricos, sendo um de caráter quantitativo e outro de caráter qualitativo. O primeiro artigo objetiva descrever os fatores de habilidades sociais em mulheres em tratamento devido ao uso do crack, identificando se existem associações entre as habilidades sociais e as características sociodemográficas, clínicas, e de uso de drogas. O segundo artigo visa compreender o desenvolvimento das habilidades sociais na trajetória de vida de mulheres usuárias de crack.

Após a apresentação dos dois artigos, serão expostas as considerações finais da dissertação. Nela, será contemplada a síntese da dissertação, sinalizando as principais conclusões e questionamentos, além de indicar as limitações do estudo e implicações para futuras pesquisas.

Artigo I

Avaliação das Habilidades Sociais de Mulheres em Internação Hospitalar devido ao Uso do Crack

Resumo

Mulheres usuárias de crack necessitam de intervenções pautadas em suas especificidades. Com isso, objetiva-se descrever os fatores de habilidades sociais em mulheres em tratamento devido ao uso do crack, identificando se existem associações entre as habilidades sociais e as características sociodemográficas, clínicas, e de uso de drogas. Trata-se de um estudo quantitativo e correlacional. Foram utilizados como instrumentos: questionário de dados sociodemográficos e de uso de drogas, MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), Inventário de Habilidades Sociais e SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*). Participaram 62 mulheres, com média de idade de 33,45 anos (DP=8,14). A partir das análises estatísticas, a maioria das mulheres apresentou déficits na conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade. A idade apresentou correlação com o escore total ($r=0,336$; $p=0,008$) e com o enfrentamento e autoafirmação com risco ($r=0,431$; $p=0,0001$). Foram encontradas diferenças significativas entre possuir amigos que usam drogas e baixos escores na autoafirmação e expressão de sentimento positivo ($t=2,900$; $p=0,004$). O tráfico de drogas associou-se com déficits no autocontrole da agressividade ($p=0,017$). Evidencia-se a necessidade de intervenções que promovam as habilidades sociais de mulheres usuárias de crack.

Palavras-chave: mulheres; cocaína crack; habilidades sociais; transtornos relacionados ao uso de substâncias; hospitalização.

Evaluation Social Skills in Hospitalized Women due to the Use of Crack

Abstract

Women crack users need interventions based on their specificities. Thus, this study aims to describe the social skills factors in women in treatment due to the use of crack, identifying whether there are associations between social skills and sociodemographic, clinical, and drug use. It is a quantitative and correlational study. The instruments used were: data sociodemographic and drug use questionnaire, MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), Social Skills Inventory and SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM Disorders). The participants were 62 women, with a mean age of 33.45 years (SD=8.14). Based on the statistical analysis, most women presented deficits in social conversation and resourcefulness; in self-exposure to strangers and new situations and in aggressiveness self-control. The age was correlated to the total score ($r=0.336$; $p=0.008$) and to coping and self-assertion at risk ($r=0.431$; $p=0.0001$). Significant differences were found between having friends who use drugs and low scores on self-affirmation and positive feeling expression ($t=2.900$; $p=0.004$). Drug trafficking was associated with deficits in aggressiveness self-control ($p=0.017$). It is highlighted the need for interventions that promote social skills of women crack users.

Keywords: women; crack cocaine; social skills; substance use disorder; hospitalization.

Introdução

O uso problemático de drogas se configura como uma realidade grave, pois repercute na sociedade em suas diversas esferas: econômica, educacional, produtiva, afetiva, de saúde e de relações sociais (Cantarelli, Marchesan, Amaral, & Lemos, 2014). Mundialmente, estima-se que entre 162 e 324 milhões de pessoas (de 3,5% a 7,0% da população), com idade entre 15 e 64 anos, consumiram ao menos uma vez na vida alguma droga ilícita (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2013). Além disso, em 2012, houve 183.000 mortes relacionadas ao uso de drogas na população mundial entre 15 e 64 anos (UNODC, 2013).

Diante deste contexto, a realidade brasileira também se revela preocupante, destacando-se como o país de maior mercado de crack do mundo (Laranjeira, 2014), com estimativas de aproximadamente 350 mil usuários regulares de crack e/ou similares (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2013). Na medida em que o uso do crack começa a caracterizar-se por um padrão patológico, há prejuízos em diversos campos da vida, implicando em um Transtorno por Uso de Substâncias com diferentes níveis de gravidade (leve, moderado e grave) (Perrenoud & Ribeiro, 2012). Esse transtorno caracteriza-se por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, com alterações nos circuitos cerebrais que podem prosseguir depois da desintoxicação, principalmente em indivíduos com transtornos graves (American Psychiatric Association, [APA], 2014).

Dados do Perfil Nacional sobre o Uso de Crack apontam que a busca por tratamento nos últimos 30 dias foi referida por 10% dos usuários em serviços de internação e 6,55% dos usuários em serviços extra-hospitalares (Fiocruz, 2013). De acordo com o Relatório Brasileiro sobre Drogas, as internações decorrentes do uso de múltiplas drogas corresponderam a 23%, sendo que 5% das internações foram devido à

cocaína e seus derivados (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009). Nesse sentido, a internação hospitalar trata-se de uma importante etapa inicial do tratamento, onde a desintoxicação ocorre em um período de curta duração, de duas a quatro semanas (Ford & Zarate, 2010).

O Perfil Nacional sobre o Uso de Crack também relata que há uma prevalência do sexo masculino (78,7%) entre usuários de crack. Entretanto, em dias de maior consumo, mulheres relatam que chegam a consumir 21 pedras de crack no mesmo dia, enquanto homens consomem 13 pedras no mesmo período (Fiocruz, 2013). Estudos sobre mulheres usuárias de crack apontam para especificidades que vão além da intensidade do uso: prostituição como forma de obtenção do crack, acarretando em doenças sexualmente transmissíveis (Pedroso, Kessler, & Pechansky, 2013); gravidez durante o uso de crack e dificuldade de abstinência (Fiocruz, 2013; Limberger & Andretta, 2015b); comorbidades psiquiátricas (Lima, Macedo, Braga, Lemos, & Silva Júnior, 2011); uso atual de outras drogas concomitantemente (Costa, Soibelman, Zanchet, Costa, & Salgado, 2012), além de vulnerabilidade e preconceitos que dificultam o acesso ao tratamento (Oliveira, Paiva, & Valente, 2007; Romanini & Rosos, 2013; Souza, Oliveira, & Nascimento, 2014).

Outras especificidades de mulheres usuárias de crack referem-se aos contextos de interação e os relacionamentos interpessoais, que desempenham um importante papel na manutenção do uso de drogas, pois a rede de apoio acaba sendo substituída por relacionamentos entre usuários (Alves, Ribeiro, & Castro, 2011; Limberger & Andretta, 2015b). De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, os relacionamentos com usuários de drogas e traficantes e a vivência em um ambiente doméstico instável configuram fatores de risco para o uso de crack em mulheres (APA, 2014). Sendo assim, a droga torna-se um meio do indivíduo enfrentar pressões externas,

acontecimentos cotidianos e situações interpessoais, em vez de manifestar um comportamento assertivo (Caballo, 2003).

Considerando que os comportamentos sociais possibilitam um desempenho social de maneira competente e contribuem para a qualidade de vida dos indivíduos em suas relações interpessoais (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015), as habilidades sociais (HS) são apontadas como importantes fatores de proteção, relacionando-se ao menor risco para o uso drogas (Larrosa & Palomo, 2010; Morales, Plazas, Sanchez, & Ventura, 2011; Seitz, Wyrick, Orsini, Milroy & Kenney, 2013; Torres, Arévalo, Cuevas, & Rodríguez, 2006). As HS constituem um conjunto de comportamentos ou de repertório social emitido por uma pessoa em seu meio social, em que expressará os seus sentimentos, seus desejos, suas atitudes, suas opiniões e seus direitos do modo mais adequado à situação, de maneira adaptativa e assertiva, diminuindo a probabilidade do surgimento de dificuldades futuras (Caballo, 2003). As HS são condições necessárias, mas não suficientes, para a competência social, que se trata de um conjunto de comportamentos bem sucedidos que contribuem no aumento dos ganhos e na diminuição das perdas para si e para as pessoas envolvidas na situação interpessoal (Del Prette & Del Prette, 2010; Del Prette & Del Prette, 2014).

Del Prette e Del Prette (2001) nomeiam cinco fatores de habilidades sociais, que serão descritos a seguir. O enfrentamento com risco indica a capacidade de lidar com situações interpessoais que necessitam a afirmação e defesa de direitos, com potencial risco de reação indesejável. A autoafirmação na expressão de afeto positivo é composta por habilidades como elogiar e agradecer elogios, defender em grupo outra pessoa e participar de conversa trivial. A conversação e desenvoltura social retrata a capacidade de lidar com situações com risco mínimo de reação indesejável, a partir de normas do relacionamento cotidiano. A autoexposição a desconhecidos e situações novas inclui a

abordagem a pessoas desconhecidas, com maior risco de reação indesejável do outro. Por fim, o autocontrole da agressividade a situações aversivas, indica a expressão de desagrado ou raiva de maneira socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2001).

As habilidades sociais vão sendo desenvolvidas no decorrer do ciclo vital, e dentre os fatores que contribuem para o aumento do repertório de habilidades sociais, destacam-se as experiências de aprendizagem positivas, desde o contexto familiar até as interações em grupos de amigos e contexto de trabalho (Del Prette & Del Prette, 2001; Limberger & Andretta, 2015a). Prejuízos nas HS ocorrem, entre outros fatores, quando as interações sociais se mostrarem como experiências negativas no decorrer do desenvolvimento (Terroso, Pedroso, & Kurle, 2015). Além disso, a literatura aponta que há fatores que dificultam a utilização das habilidades sociais. Dentre eles, estão características clínicas (Caballo, 2003) como a depressão (Fernandes, Falcone, & Sardinha, 2012; Segrin, 2000) e a ansiedade (Del Prette & Del Prette, 2014). Tais dados merecem atenção, tendo em vista que estudos brasileiros evidenciam que usuários de crack apresentam maior prevalência de comorbidades psiquiátricas (Narvaez et al., 2014).

Estudos nacionais e internacionais descrevem baixas HS em usuários de diferentes drogas ilícitas (Sintra, Lopes, & Formiga, 2011), cocaína e crack (Sá & Del Prette, 2011), além de álcool, maconha e tabaco (Cunha, Peuker, & Bizarro, 2012; Alexandre, Del Río, & Pol, 2004; Cunha, Carvalho, Kolling, Silva, & Kristensen, 2007; Wagner & Oliveira, 2015). Revisões sistemáticas sobre o tema também apontam que ser inábil socialmente ocasiona piores respostas frente ao uso de drogas, havendo necessidade de estudos brasileiros avançarem na compreensão das habilidades sociais deste público (Vieira & Feldens, 2013; Wagner & Oliveira, 2007). Em uma recente revisão sistemática da literatura nacional e internacional, sobre o uso de drogas e as

habilidades sociais, foram analisados 13 artigos empíricos, sendo que não foram encontrados estudos específicos com o público de mulheres usuárias de crack (Schneider, Limberger, & Andretta, in press).

Considerando a baixa qualidade de vida de usuários de drogas (Marcon, Rubira, Espinosa, & Barbosa, 2012) e as interações sociais deficitárias (Hulka et al., 2014), torna-se relevante avaliar as habilidades sociais de mulheres em tratamento devido ao uso de crack, identificando as necessidades dessa população, a fim de embasar o desenvolvimento de intervenções planejadas e amparadas com base em evidências empíricas (Limberger & Andretta, 2015b). Sendo assim, objetiva-se descrever os fatores de habilidades sociais em mulheres em tratamento devido ao uso do crack, identificando se existem associações entre as habilidades sociais e as características sociodemográficas, clínicas, e de uso de drogas.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e de alcance correlacional (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Participantes

Participaram deste estudo 62 mulheres em internação hospitalar para desintoxicação devido ao uso do crack, através do Sistema Único de Saúde (SUS). O tamanho da amostra foi definido através do software estatístico STATS 2.0, com nível desejado de confiança de 80%. O cálculo foi realizado com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), considerando o número de mulheres em tratamento no SUS, no ano de 2013, devido ao uso de

cocaína/crack, no estado do Rio Grande do Sul (Datusus, 2014). O resultado do cálculo apontou para uma amostra de 62 participantes.

Os critérios de inclusão utilizados foram: mulheres com idade entre 18 e 59 anos, abstinentes há pelo menos sete dias, com os critérios diagnósticos do DSM-5 para Transtorno por Uso de Substâncias (crack), que estivessem entre o sétimo e o décimo quinto dia de internação hospitalar, a fim de delimitar o tempo de tratamento (Kopetz et al., 2014). O uso simultâneo de outras drogas poderia ocorrer, desde que o crack fosse o fator que motivou a procura pela internação. Foram excluídas participantes com síndrome psicótica (verificada através do *Mini International Neuropsychiatric Interview*) e com prejuízos cognitivos (verificado através dos subtestes vocabulário e cubos do *Screening Cognitivo* do WAIS-III). Tais instrumentos serão descritos a seguir.

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos e sobre o Uso de Drogas

O questionário foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Intervenções Cognitivo Comportamentais: Estudo e Pesquisa” e objetivou avaliar dados sociodemográficos, Critérios de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015), dados familiares, padrão de uso de drogas (tipo e tempo de uso de cada droga utilizada), além de dados sobre o tratamento e critérios do DSM-5 (APA, 2014) para diagnóstico de Transtorno por Uso de Substâncias. A duração da aplicação deste instrumento foi de aproximadamente 30 minutos (Apêndice A).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Trata-se de uma entrevista clínica padronizada breve, de livre acesso, compatível com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2002). Foi desenvolvida por

Sheehan et al. (1998) e validada para o Brasil por Amorim (2000), com índices Kappa satisfatórios, demonstrando confiabilidade nas categorias diagnósticas (0,86 a 1) e para Transtornos Psicóticos (0,62 a 0,95) (Amorim, 2000). A entrevista foi utilizada para avaliar a presença de síndrome psicótica e comorbidades (Episódio Depressivo Maior, Distímia, Episódio (Hipo)Maníaco, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Síndrome Psicótica, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Ansiedade Generalizada), além do risco de suicídio. A correção do instrumento se pauta no número de critérios diagnósticos identificados em cada transtorno e teve duração de 15 à 30 minutos.

Screening Cognitivo do WAIS-III

Trata-se de um teste de uso exclusivo dos psicólogos, desenvolvido por Wechsler (1997) e adaptado e padronizado para o Brasil por Nascimento (2004). O subteste vocabulário ($\alpha=0,92$) avalia a compreensão verbal a partir de palavras apresentadas ao examinando, que deve defini-las oralmente. O subteste cubos ($\alpha=0,83$) avalia a organização perceptual através de um conjunto de padrões geométricos bidimensionais que o examinando deve reproduzir usando cubos de duas cores. A correção deste instrumento foi realizada por dois juízes independentes, sendo acionado um terceiro juiz quando necessário para consenso. A partir da subtração do escore ponderado de vocabulário, para o escore ponderado de cubos, a diferença de três pontos ou mais indicou prejuízo cognitivo, conforme aponta Cunha (1993), Feldens, Silva e Oliveira (2011). O prejuízo cognitivo configurou-se como critério de exclusão. A duração da aplicação de tais subtestes foi de aproximadamente 30 minutos.

Inventário de Habilidades Sociais (IHS)

Desenvolvido por Del Prette e Del Prette (2001), trata-se de um teste de uso exclusivo dos psicólogos que objetiva caracterizar as habilidades sociais em diferentes situações: trabalho, escola, família e cotidiano. O Inventário é de autorrelato, composto por 38 itens, em escala do tipo *likert*, com cinco pontos, que variam de nunca a raramente e sempre ou quase sempre. Possui Alfa de Cronbach de 0,75 e estabilidade teste-reteste ($r=0,90$; $p=0,001$). A análise fatorial revelou uma estrutura de cinco fatores que reúnem habilidades sociais de: 1) enfrentamento/autoafirmação com risco; 2) autoafirmação de afeto positivo; 3) conversação e desenvoltura social; 4) autoexposição a desconhecidos e situações novas e 5) autocontrole da agressividade (Del Prette & Del Prette, 2001). A correção do instrumento foi realizada a partir da soma dos itens, com as inversões em itens específicos e a identificação do escore do percentil correspondente, de acordo com as tabelas normativas. Os resultados foram apurados de forma simplificada, com base na média simples dos valores obtidos, conforme aponta Del Prette & Del Prette (2001). A interpretação dos escores baseou-se na posição, em termos de percentis, em relação ao seu subgrupo de referência do mesmo sexo. Valores situados no percentil 50 indicaram posição mediana, valores acima de 75% indicaram altos fatores em habilidades sociais e valores abaixo de 25% indicam déficits no repertório de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2001). A aplicação deste instrumento teve duração de aproximadamente 30 minutos.

Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II)

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, utilizada em estudos observacionais e clínicos, que objetiva identificar diagnósticos de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002). A partir desta entrevista, foram investigados os seguintes

Transtornos de Personalidade: Histriônico, Narcisista; Borderline e Antissocial. A correção do referido instrumento foi realizada a partir da presença de critérios diagnósticos explorados na entrevista, cuja duração foi de aproximadamente 40 minutos.

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, sob parecer 012/2015 (Apêndice B). Os hospitais com leitos de internação para tratamento devido ao uso de drogas foram escolhidos por conveniência, mediante contato explicitando os objetivos da pesquisa. Tais hospitais localizavam-se na região metropolitana e noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Após Carta de Anuência de cada hospital, as participantes foram convidadas a participar da pesquisa. Foram explicados os objetivos da pesquisa e a voluntariedade no estudo, assegurando o sigilo dos dados e o anonimato. Além disso, referiu-se que cada participante poderia desistir em qualquer momento do processo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C) foi lido em conjunto com a participante e, mediante a concordância em participar do estudo, foi assinado em duas vias, ficando uma via com a participante e outra via com a pesquisadora. A devolução dos resultados da pesquisa às participantes e aos respectivos hospitais foi oferecida, mediante disponibilização de contato telefônico.

Os dados foram coletados em um período de seis meses, pela pesquisadora e por seis integrantes do grupo de pesquisa, com treinamento específico para cada instrumento, conforme respectivas orientações de cada manual, além de supervisão semanal com a pesquisadora. Os instrumentos foram aplicados individualmente, no hospital, em local que permitisse a privacidade. A abstinência foi avaliada a partir do

autorrelato, além de considerar o regime fechado de internação. Na maioria dos casos, os dados foram coletados em apenas um dia, e quando não houve tempo hábil, houve continuidade em outro dia. A duração da realização de todos os testes foi entre duas e quatro horas com cada participante.

Análise de Dados

Os dados foram analisados através do *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 20.0. A análise descritiva contemplou frequências, porcentagem, média, mediana e desvio padrão da amostra, com estudo da distribuição de dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A fim de comparar as médias de habilidades sociais entre os diferentes grupos, utilizou-se o Teste *t-Student* (variáveis com distribuição aproximadamente normal), bem como o teste de *Mann Whitney* (variáveis assimétricas). Na comparação entre variáveis categóricas foi usado o teste Qui-quadrado de *Pearson* ou Exato de *Fisher*. A relação da linearidade foi investigada pelo coeficiente de correlação de *Pearson* (distribuição simétrica) ou de *Spearman* (distribuição assimétrica). Para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Foram entrevistadas 83 mulheres, sendo 21 excluídas por não contemplarem os critérios de inclusão, a saber: dez apresentavam síndrome psicótica, oito não completaram o preenchimento de todos os instrumentos e três não possuíam os critérios diagnósticos para Transtorno por Uso de Substâncias (crack). Desta forma, constituem como participantes desta pesquisa 62 mulheres, sendo que 83,87% (n=52) eram provenientes de hospitais da região metropolitana e 16,13% (n=10) de hospitais da

região noroeste.

As mulheres eram em sua maioria solteiras (62,9%; n=39), com ensino fundamental incompleto (50%; n=31), cuja média de idade foi de 33,45 anos (DP=8,14). Antes da internação, 51,6% (n=32) das mulheres trabalhavam. De acordo com os Critérios Socioeconômicos Brasil, 32,3% (n=20) das mulheres pertenciam à classe C1, 19,4% (n=12) pertenciam à classe C2; 19,4% (n=12) pertenciam à classe E e 17,7% (n=11) pertenciam à classe D. O somatório das classes A e B foi de 11,3% (n=7). Além disso, 93,5% (n= 58) possuíam filhos, com uma média de 2,79 filhos cada (DP=2,05), sendo que cinco mulheres (8,1%) estavam grávidas no momento da internação. Os problemas relacionados ao uso de drogas em familiares foram relatados por 90,3% (n=56) das mulheres.

Quase todas as mulheres já haviam realizado outro tratamento devido ao uso de drogas (87,1%; n=54). O tipo de internação ocorreu em 75,8% (n=47) dos casos de maneira voluntária (com o consentimento da usuária); em 14,5% (n=9) de maneira involuntária (sem o consentimento da usuária - a pedido de terceiros) e 7% (n=6) foi compulsória (sendo determinada pela Justiça). O tempo previsto de internação foi em média de 19,76 dias (DP=2,19), sendo no mínimo 15 dias e no máximo 27 dias. A grande maioria das mulheres cumpriu o tempo previsto de internação (90,3%; n=56).

O risco de suicídio foi apontado em 71% (n=44) dos casos. Foram identificadas comorbidades psiquiátricas através do MINI e transtornos de personalidade através da SCID-II, conforme tabela a seguir.

Tabela 1
Comorbidades psiquiátricas e Transtornos de Personalidade

| Variável | N | % |
|--|----|------|
| Episódio Depressivo Maior Atual | 22 | 35,5 |
| Episódio Depressivo Maior Passado | 13 | 21 |
| Transtorno de Ansiedade Generalizada | 20 | 32,3 |
| Episódio Maníaco Atual | 7 | 11,3 |
| Episódio Maníaco Passado | 5 | 8,1 |
| Transtorno de Pânico Vida Inteira | 6 | 9,7 |
| Transtorno de Pânico Atual | 2 | 3,2 |
| Distímia | 3 | 4,8 |
| Episódio Hipomaníaco Atual | 2 | 3,2 |
| Episódio Hipomaníaco Passado | 2 | 3,2 |
| Transtorno de Personalidade Antissocial ¹ | 13 | 21 |
| Transtorno de Personalidade Borderline ¹ | 12 | 19,4 |
| Transtorno de Personalidade Histriônico ¹ | 2 | 3,2 |

Nota. ¹ Não houve concomitância de Transtornos de Personalidade na avaliação.

A avaliação a partir dos critérios diagnósticos para Transtorno por Uso de Substâncias, o uso problemático do crack foi grave em 74,2% (n=46) das mulheres, seguido de moderado (21,0%, n=13) e leve (4,8%; n=3). Além do crack, outras substâncias tiveram critérios contemplados para Transtorno por Uso, destacando-se o tabaco (61,3%; n=38), seguido de álcool (37,1%; n=23), maconha (19,4%; n=12) e cocaína (16,1%, n=10). Menores índices foram identificados em relação a sedativos, (3,2%; n=2), solventes (1,6%, n=1) e alucinógenos (1,6%; n=1).

Os comportamentos de risco relacionados ao uso de substâncias foram relatados pelas mulheres, sendo que 30,6% (n=19) já tiveram problemas com a justiça devido ao uso, 14,5% (n=9) devido ao porte de drogas ilícitas; 12,9% (n=8) devido aos roubos e 11,3% (n=7) aos assaltos. Dentre as atividades relatadas pelas mulheres como maneiras de sustentar o uso do crack, foram à venda de coisas da casa (62,9%; n=39), a prostituição (54,8%; n=34), o envolvimento com o tráfico de drogas (43,5%; n=27), roubos (33,9%; n=21) e assaltos (12,9%; n=8).

No que diz respeito à avaliação das habilidades sociais, 37,1% (n=23) das mulheres apresentaram repertório acima da média no escore total, 25,8% (n=16) tiveram déficits, 21% (n=13) apresentaram repertório bastante elaborado e 16,1% (n=10)

tiveram escore abaixo da média no referido escore. A maioria das mulheres teve déficits nos fatores conversação e desenvoltura social, autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade, com resultados abaixo da média na autoafirmação e expressão de sentimento positivo e resultados acima da média no enfrentamento e autoafirmação com risco, conforme detalhado na tabela que segue.

Tabela 2
Avaliação dos fatores de habilidades sociais

| | Enfrentamento com risco | | Expressão de sentimento positivo | | Conversação desenvoltura social | | Autoexposição a desconhecidos | | Autocontrole da Agressividade | |
|--------------------|-------------------------|-------|----------------------------------|-------|---------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Déficit | 8 | 12,9 | 15 | 24,2 | 25 | 40,3 | 22 | 35,5 | 24 | 38,7 |
| Abaixo da média | 14 | 22,6 | 23 | 37,1 | 5 | 8,1 | 21 | 33,9 | 12 | 19,4 |
| Médio | 2 | 3,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 11,3 |
| Acima da média | 19 | 30,6 | 19 | 30,6 | 18 | 29,0 | 12 | 19,4 | 0 | 0 |
| Bastante elaborado | 19 | 30,6 | 5 | 8,1 | 14 | 22,6 | 7 | 11,3 | 19 | 30,6 |
| Total | 62 | 100,0 | 62 | 100,0 | 62 | 100,0 | 62 | 100,0 | 62 | 100,0 |

Diante de tais dados, foram identificadas as diferenças nas características sociodemográficas, clínicas e de uso de drogas das mulheres com maiores ou menores médias nas habilidades sociais, através do Teste t (t) ou do teste de *Mann Whitney*, de acordo com a distribuição. Os resultados que apresentaram significância podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 3
Comparação entre médias de habilidades sociais e características sociodemográficas e clínicas

| Variáveis | | | n | Média ou Mediana | DP | t/z | p |
|---|---|-----|----|------------------|-------|-------|---------|
| Autocontrole da agressividade ¹ | Trabalhava antes da internação | Sim | 32 | 2,260 | 0,691 | 2,265 | 0,028* |
| | | Não | 30 | 1,733 | 1,084 | | |
| Autocontrole da agressividade ¹ | Já se envolveu com o tráfico de drogas para sustentar uso | Sim | 27 | 1,654 | 0,926 | 2,734 | 0,008** |
| | | Não | 35 | 2,276 | 0,857 | | |
| Autocontrole da agressividade ¹ | Possui Episódio Depressivo Maior | Sim | 22 | 1,636 | 1,012 | 2,395 | 0,020* |
| | | Não | 40 | 2,208 | 0,832 | | |
| Autocontrole da agressividade ¹ | Possui transtorno de personalidade | Sim | 25 | 1,653 | 1,006 | 2,547 | 0,013* |
| | | Não | 37 | 2,243 | 0,811 | | |
| Expressão de sentimento positivo ² | Problemas com justiça - porte de drogas ilícitas | Sim | 9 | 19,17 | - | 2,230 | 0,026* |
| | | Não | 53 | 33,59 | | | |
| Expressão de sentimento positivo ² | Possui amigos que usam drogas | Sim | 41 | 26,77 | - | 2,900 | 0,004** |
| | | Não | 21 | 40,74 | | | |

Nota. ¹ Variáveis com distribuição normal analisadas pelo Teste t, com descrição da média ² Variáveis assimétricas analisadas pelo Teste de *Mann Whitney*, com descrição da mediana * p significativo ao nível de 0,05. ** p significativo ao nível de 0,01

A partir dos dados da tabela, percebe-se que mulheres que trabalhavam antes da internação tiveram médias significativamente maiores na autoexposição a desconhecidos e situações novas e no autocontrole da agressividade. As características clínicas também foram evidenciadas, sendo que mulheres com algum dos transtornos de personalidade avaliados (histriônico, narcisista, borderline e antissocial) tiveram médias significativamente menores no autocontrole da agressividade, bem como as que apresentavam episódio depressivo maior. Por fim, quanto aos comportamentos relacionados ao uso de drogas, mulheres que se envolveram com o tráfico de drogas para sustentar o uso tiveram médias significativamente menores no autocontrole da agressividade e mulheres que tiveram problemas com a justiça por estarem portando drogas ilícitas tiveram médias significativamente menores na autoafirmação na expressão de sentimento positivo. No referido fator, mulheres que possuíam mais

amigos que não usavam drogas apresentaram médias significativamente maiores que mulheres que possuíam mais amigos usuários de drogas.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, a idade apresentou correlação fraca positiva com o escore total ($r=0,336$; $p=0,008$) e com o enfrentamento e autoafirmação com risco ($r=0,431$; $p=0,0001$), indicando que quanto maior a idade, maiores as referidas habilidades sociais. Além disso, a idade de experimentação do crack apresentou correlação fraca positiva com o enfrentamento e autoafirmação com risco ($r=0,354$; $p=0,005$), indicando que quanto mais tardiamente ocorreu a experimentação do crack, maiores as habilidades sociais no referido fator.

Com a finalidade de comparar as características de mulheres que possuíam déficits nas habilidades sociais e mulheres que não possuíam déficits, utilizou-se o Teste de Qui-Quadrado e Exato de *Fischer*, conforme apresenta a tabela a seguir.

Tabela 4
Comparação de mulheres com e sem déficits nas habilidades sociais e suas características

| Variáveis | Enfrentamento e autoafirmação com risco | | | | p |
|--|---|-------|--------------------|-------|---------|
| | Déficit (n=8) | | Sem déficit (n=54) | | |
| | n | % | n (%) | % | |
| Problemas com a justiça ¹ | | | | | 0,050* |
| Sim | 5 | 26,3% | 14 | 73,7% | |
| Não | 3 | 7,0% | 40 | 93,0% | |
| Variáveis | Autoafirmação na expressão de sentimento positivo | | | | p |
| | Déficit (n=15) | | Sem déficit (n=47) | | |
| Amigos que usam drogas ² | | | | | 0,011* |
| Sim | 14 | 34,1% | 27 | 65,9% | |
| Não | 1 | 4,8% | 20 | 95,2% | |
| Problemas com justiça, porte de drogas ¹ | | | | | 0,031* |
| Sim | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | |
| Não | 10 | 18,9% | 43 | 81,1% | |
| Variáveis | Autoexposição a desconhecidos e situações novas | | | | p |
| | Déficit (n=22) | | Sem déficit (n=40) | | |
| Uso cocaína último ano ² | | | | | 0,022* |
| Sim | 4 | 17,4% | 19 | 82,5% | |
| Não | 18 | 46,2% | 21 | 53,8% | |
| Venda de coisas de casa para manter uso ² | | | | | 0,001** |
| Sim | 8 | 20,5% | 31 | 79,5% | |
| Não | 14 | 60,9% | 9 | 39,1% | |

| Variáveis | Autocontrole da agressividade | | | | |
|---|-------------------------------|-------|--------------------|-------|--------|
| | Déficit (n=24) | | Sem déficit (n=38) | | |
| Transtorno de Personalidade ² | | | | | 0,022* |
| Sim | 14 | 56,0% | 11 | 44,0% | |
| Não | 10 | 27,0% | 27 | 73,0% | |
| Transtorno de Personalidade Borderline ¹ | | | | | 0,046* |
| Sim | 8 | 66,7% | 4 | 33,3% | |
| Não | 16 | 32,0% | 34 | 68,0% | |
| Uso de cocaína último ano ² | | | | | 0,027* |
| Sim | 13 | 56,5% | 10 | 43,5% | |
| Não | 11 | 28,2% | 28 | 71,8% | |
| Tráfico de drogas para sustentar uso ² | | | | | 0,017* |
| Sim | 15 | 55,6% | 12 | 44,4% | |
| Não | 9 | 25,7% | 26 | 74,3% | |

Nota. ¹ Teste Exato de Fisher. ² Qui-quadrado. * p significativo ao nível de 0,05. ** p significativo ao nível de 0,01

Conforme a tabela evidencia, o déficit no autocontrole da agressividade associou-se com ter transtorno de personalidade e ter transtorno de personalidade borderline. No que diz respeito ao uso de drogas, o uso de cocaína no último ano associou-se com déficits no autocontrole da agressividade e na autoexposição a desconhecidos e situações novas. Além disso, os problemas com a justiça em virtude do uso de drogas associaram-se com déficits no enfrentamento e autoafirmação com risco, sendo o porte de drogas ilícitas associado com déficits na autoafirmação e expressão de sentimento positivo. O sustento do uso de drogas a partir do envolvimento com o tráfico de drogas associou-se com ter déficits no autocontrole da agressividade e a venda de coisas da casa associou-se com déficits na autoexposição a desconhecidos e situações novas. Por fim, o fato de ter mais amigos que usam drogas associou-se com déficits na autoafirmação e expressão de sentimento positivo.

Discussão

A partir da avaliação das habilidades sociais, pode-se verificar que apenas no escore total e no enfrentamento/autoafirmação com risco foram encontrados resultados acima da média. Demais estudos brasileiros que compararam as HS de usuários e não

usuários de drogas também não encontraram diferenças significativas no escore total de usuários de álcool, maconha, cocaína/crack (Aliane, Lourenço, & Ronzani, 2006; Wagner & Oliveira, 2015; Sá & Del Prette, 2011). Sendo assim, o uso de drogas não necessariamente possui relação com baixo repertório geral de HS, mas sim com classes específicas (Sá & Del Prette, 2011).

A literatura aponta que o desenvolvimento das HS se relaciona com a maturidade e as experiências de aprendizagem ao longo da vida (Argyle, 1972; Caballo, 2003; Del Prette et al., 2015). Sendo assim, compreende-se que as correlações positivas encontradas entre a idade e o escore total, bem como a idade e o enfrentamento e autoafirmação com risco podem ser ocasionadas pelas possíveis maiores experiências de aprendizagens em mulheres com maior faixa etária. Além disso, o fato de que quanto mais tarde houve a experimentação do crack, maiores são as habilidades sociais, pode ser compreendido pelos prejuízos e complicações sociais envolvidos no uso precoce do crack (Bessa, 2012).

No que diz respeito à autoafirmação e enfrentamento com risco, outro estudo brasileiro também não encontrou diferenças significativas no referido fator, ao comparar 142 participantes, divididos em grupos de usuários e não usuários de drogas (Francischetto & Soares, 2014). Diante de tais questões, percebe-se que indivíduos com Transtorno por Uso de Substâncias podem ser hábeis em algumas situações, considerando que as HS são situacionais (Caballo, 2003).

Na autoafirmação e expressão de sentimento positivo, a maioria das mulheres apresentou escores abaixo da média. Destaca-se que as mulheres que possuíam maiores médias nesse fator possuíam amigos que não usavam drogas. Nesse sentido, a expressão de sentimentos positivos implica na existência de relações próximas (Feitosa, 2013) e a rede de apoio torna-se imprescindível para lidar com situações estressoras e interagir de

maneira satisfatória (Caballo, 2003). Além disso, mulheres que possuíam problemas com a justiça, como o porte de drogas ilícitas, também tiveram menores médias nesse fator. Considerando que tal habilidade se relaciona com valores e atitudes, seu déficit pode implicar em relações sociais restritivas e conflitivas, interferindo de maneira negativa na saúde e contribuindo para comportamentos desadaptativos (Del Prette & Del Prette, 2014).

Os fatores em que foram encontrados déficits na maioria das participantes (conversa o e desenvoltura social; autoexposi o a desconhecidos e situa es novas e autocontrole da agressividade) merecem uma aten o especial, pois demonstram as maneiras de intera o de tais mulheres na situa o de vida que se encontram. Assim, há dificuldades no traquejo social e na utiliza o de normas de convivência; problemas em lidar com situa es novas e em controlar a raiva diante de situa es aversivas.

Os déficits encontrados na conversa o e desenvoltura social foram os mais expressivos. Em um estudo brasileiro com 26 usuários de  lcool (Cunha et al., 2007) e em um estudo português com 125 usuários de diferentes drogas ilícitas (Sintra et al., 2011), também foram encontrados déficits no referido fator. Considerando que as HS necessitam ser exercitadas para que o repertório seja aprimorado (Caballo, 2003), o isolamento social de usuários de crack pode dificultar ainda mais o uso de tais habilidades (Sayago, Lucena-Santos, Ribeiro, Yates, & Oliveira, 2013). Além disso, o traquejo social   indispensável nas rela es sociais e situa es que exigem normas de convivência, como a própria internaa o hospitalar e os demais contextos posteriores   internaa o.

A presença de déficits na autoexposi o a desconhecidos e situa es novas associou-se com o uso de cocaína no último ano e a venda de objetos da casa para sustentar o uso. Em um estudo com 98 participantes, usuários de maconha também

apresentaram menores escores de autoexposição a desconhecidos e situações novas em relação ao grupo controle (Wagner & Oliveira, 2015). Além disso, o uso concomitante de cocaína e crack relacionou-se com maiores problemas de suporte social, conforme um estudo americano com 2.034 presidiários (Shaw, Hser, Anglin, & Boyole, 1999). O fato de que mulheres que trabalhavam antes da internação apresentaram maiores médias neste fator sugere que a partir do trabalho tais mulheres poderiam exercitar suas habilidades, como a interlocução com pessoas desconhecidas. Além disso, no contexto do trabalho, as HS são imprescindíveis para perceber os comportamentos dos outros, bem como ajustar os comportamentos de acordo com a situação (Wu et al., 2015).

A partir das análises estatísticas, ficou evidente que o autocontrole da agressividade apresentou maiores associações com características clínicas, pessoais e comportamentos ligados ao uso de drogas. Este dado enfatiza a dificuldade das mulheres usuárias de crack em reagir a estímulos aversivos, sendo que a raiva é expressa de maneira desadaptativa, com maior probabilidade de problemas futuros. Tais questões podem ocorrer devido à escolha de recompensas imediatas e à impulsividade presente em usuários de crack, além da violência cotidiana dos contextos de uso (Bungay, Johnson, Varcoe, & Boyd, 2010). Em um estudo realizado na Espanha com 166 participantes (homens e mulheres usuárias de cocaína e um grupo controle), foram encontrados déficits nas interações sociais de usuários de cocaína, inclusive em aqueles que a utilizavam eventualmente. Outro estudo brasileiro também ressalta esta questão, demonstrando a correlação negativa entre o uso de cocaína/crack e o autocontrole da agressividade (Sá & Del Prette, 2011).

A depressão associou-se com menores médias no autocontrole da agressividade, corroborando com estudos com pacientes depressivos. Em um estudo brasileiro, com 46 participantes, em sua maioria mulheres, foram comparadas as HS de pacientes com

depressão e sem depressão. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo que os pacientes com depressão também apresentaram médias inferiores no referido fator (Fernandes et al., 2012). Outro estudo brasileiro, com 1.031 universitários, identificou uma correlação negativa entre depressão e o escore total de habilidades sociais, apontando que pessoas que possuem déficits nas HS percebem-se com um maior nível de sofrimento psicológico, ao serem comparadas com pessoas com maiores habilidades sociais (Feitosa, 2013). Segrin (2000), ao analisar as habilidades sociais em pessoas depressivas, expõe que não há uma relação determinista entre tais fatores, ressaltando que as baixas habilidades sociais podem tanto preceder a depressão, como serem sintomas de um quadro depressivo.

Neste estudo, apresentar um Transtorno de Personalidade associou-se com déficits e menores médias no autocontrole da agressividade. Compreende-se que tal transtorno tanto precede como também acompanha o sofrimento emocional, havendo prejuízos significativos na adaptação social (Feitosa, 2013). Dentre os transtornos de personalidade, o borderline associou-se significativamente com menores médias no autocontrole da agressividade, habilidade social que requer um automonitoramento que possibilite condições no controle da raiva e na tolerância à frustração (Del Prette & Del Prette, 2014). Desta forma, o exercício do autocontrole da agressividade é dificultado devido à impulsividade e ao padrão de instabilidade nas relações interpessoais, característico do transtorno de personalidade borderline (APA, 2014).

Mulheres que não trabalhavam antes da internação também se associaram a déficits no autocontrole da agressividade. Nesse déficit, a impulsividade também pode estar associada (Wagner & Oliveira, 2015), consonante com a dificuldade de usuários de crack em manter as responsabilidades do trabalho (Cunha, Bechara, Andrade, & Nicastri, 2010). Além disso, no contexto do trabalho são necessárias diferentes

habilidades sociais, como o manejo de estresse e de conflitos interpessoais e intergrupais (Del Prette & Del Prette, 2014).

O fato de envolver-se com o tráfico de drogas para sustentar o uso do crack associou-se com menores escores e déficits no autocontrole de agressividade, além de menores escores em mulheres que utilizaram cocaína no último ano. Acerca desta questão, um estudo sueco com usuários de cocaína evidenciou maior impulsividade em tais usuários em comparação ao grupo controle, observando também que usuários de cocaína possuem menores preocupações com a justiça nas interações sociais, quando comparado ao grupo controle (Hulka et al, 2014).

Diante destes achados, a avaliação das habilidades sociais e das características sociodemográficas, clínicas e de uso de drogas possibilita embasar intervenções, como o Treinamento de Habilidades Sociais, que junto do tratamento aos transtornos psicológicos, contribui na diminuição do impacto interpessoal negativo dos transtornos e promove a qualidade das interações nos diferentes contextos (Del Prette & Del Prette, 2014). Tal intervenção, descrita pela literatura há décadas, apresenta bons resultados, conforme um estudo de meta-análise sobre o Treinamento de Habilidades Sociais em adultos em condições psiquiátricas, que evidenciou melhoras no repertório de habilidades sociais, que se mantiveram meses depois do tratamento (Corrigan, 1991).

Considerações Finais

Este estudo possibilitou avaliar as habilidades sociais de mulheres usuárias de crack, sendo encontrados déficits específicos na conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade. Além disso, foi possível identificar as variáveis que se associaram com maiores ou menores escores de HS, como os contextos de interação, as características clínicas e os

comportamentos de risco.

O contexto de interação, como ter amigos que não usam drogas, associou-se com maiores escores e menores déficits no fator de autoafirmação na expressão de sentimento positivo e trabalhar antes da internação associou-se com maiores escores na autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade. Por sua vez, a presença de Transtorno de Personalidade Borderline, Episódio Depressivo Maior e uso de cocaína no último ano associaram-se com déficits e menores escores no autocontrole da agressividade. Quanto aos comportamentos de risco, problemas com a justiça associaram-se com déficits no enfrentamento e autoafirmação em risco, enquanto o tráfico de drogas para manter o uso associou-se com déficits e menores escores no autocontrole da agressividade.

Tais questões apontam para a necessidade de um Treinamento de Habilidades Sociais em mulheres usuárias de crack, a fim de que novas maneiras de interação social sejam incluídas no repertório comportamental e contribuam na melhora da qualidade de vida. Além disso, as características sociodemográficas e clínicas que foram evidenciadas reiteram a necessidade da avaliação clínica para embasar tratamentos específicos para mulheres usuárias de crack, a fim de que considerem suas especificidades, como a gravidez, filhos, prostituição, comorbidades psiquiátricas e transtornos de personalidade.

Sugere-se que os futuros estudos avaliem os demais transtornos de personalidade, bem como os aspectos comportamentais das interações sociais a partir de protocolos de observação. Também se sugere que futuras análises contemplem os fatores preditivos das habilidades sociais de mulheres usuárias de crack.

Referências

- Alexandre, N. L., Del Río, M. P., & Pol, A. P. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 4(16), 1-6. Retrieved from: <http://www.adicciones.es/files/NOELIA.pdf>
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M., & Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 83–88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100010>
- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Castro, C. D. (2011). Cocaína e Crack. In: Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (Eds.), *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 170-179). Porto Alegre: Artmed
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. DSM IV-TR* (4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Argyle, M. (1972). *Social Interaction*. London: Methuen.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. (2015). *Critérios de Classificação Econômica Brasil*. Retrieved from <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Bessa, M. A. (2012). O adolescente usuário de crack. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack* (pp.619-630). São Paulo: Artmed.
- Bungay, V., Johnson, J. L., Varcoe, C., & Boyd, S. (2010). Women's health and use of

crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*, 21, 321-329. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.12.008

Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos

Cantarelli, N, D. C., Marchesan, E. K, R., Amaral, M. C., & Lemos, J. C. (2014). Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul. *Saúde*, 40(1), 85-90. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583412777>

Corrigan, P. W. (1991) Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(3). 203-210. doi:10.1016/0005-7916(91)90017-Y

Costa, G. M., Soibelman, M., Zanchet, P. M. C., & Salgado, C. A. I. (2012). Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. *J. bras. psiquiatr*, 61(1), 8-12. doi: 10.1590/S0047-20852012000100003

Cunha, J. A. (1993). *Psicodiagnóstico-R*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas

Cunha, P. J., Bechara, A., Andrade, A. G., & Nicastrri, S. (2010). Decision-making deficits linked to real-life social dysfunction in crack cocaine-dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, 20(1), 78-86. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00097.x

Cunha, S. M., Carvalho, J. C. N., Kolling, N. M., Silva, C. R. & Kristensen, C. H. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1), 28-41. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872007000100004&script=sci_arttext

Cunha, S. M., Peuker, A. C., & Bizarro, L. (2012). Consumo de Álcool de Risco e Repertório de Habilidades Sociais entre Universitários. *Psico*, 43(3), 289-297.

Retrieved from:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7076/8229>

Departamento de Informática do SUS [Datusus]. (2014). Retrieved from:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

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. Retrieved from

http://porteiros.r.unipampa.edu.br/portais/cap/files/2013/12/TREINAM-HABLDD-SOCIAIS-104-115_RP_2010_01_02.pdf

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2014). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P.; Ferreira, B. C., Dias, T. P., & Del Prette, A. (2015). Habilidades sociais ao longo do desenvolvimento: perspectivas de intervenção em saúde mental. In: Murta, S. G., Leandro-Grança, C., Santos, K. B. (Eds.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp.318-340). Novo Hamburgo: Sinopys.

Duarte, P. C. A., Stempliuk, V. A. & Barroso, L. P. (Eds.). (2009). *Relatório Brasileiro Sobre Drogas*. Brasília: SENAD.

Feitosa, F. B. (2013). Habilidades Sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1). 38-50.

Feldens, A. C. M., Silva, J. G. D., & Oliveira, M. D. S. (2011). Avaliação das funções executivas em alcoolistas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19, 164-171. Retrieved from http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_16

4-171.pdf

- Fernandes, C. S., Falcone, E. M. O., Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1). Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100014&lng=pt&tlng=pt.
- Ford, L. K., & Zarate, P. (2010). Closing the gaps: the impact of inpatient detoxification and continuity of care on client outcomes. *Journal Psychoactive Drugs*, 42(6), 303-14. doi: 10.1080/02791072.2010.10400554
- Francischetto, V. & Soares, A. B. (2014). Habilidades Sociais e estilos de apego em dependentes de substâncias psicoativas. *Psychologica*, 57(2). 35-52. doi: 10.14195/1647-86065722
- Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz]. (2013). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Retrieved from <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/09/brasil-realiza-pesquisa-sobre-o-uso-do-crack>
- Hulka, L. M., Eisenegger, C., Preller, K. H., Vonmoos, M., Jenni, D., Bendrick, K., ... Quednow, B. B. (2014). Altered social and non-social decision-making in recreational and dependent cocaine users. *Psychological Medicine*, 44, 1015–1028. doi: 10.1017/S0033291713001839.
- Kopetz, C., Pickover, A., Magidson, J. F., Richards, J. M., Iwamoto, D., & Lejuez, C. N. (2014). Gender and Social Rejection as Risk Factors for Engaging in Risky Sexual Behavior Among Crack/Cocaine Users. *Prev Sci*, 15, 376–384. doi: 10.1007/s11121-013-0406-6
- Laranjeira, R. (Eds.). (2014). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para as Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Retrieved from <http://inpad.org.br/wp->

content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf

- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72715515007.pdf>
- Lima, H. P., Macedo, J. Q., Braga, V. A. B., Lemos, A. M., & Silva Júnior, I. A. (2011). Profile of women drug addicts treated at the Psychosocial care center alcohol and other drugs: documental study. *Online Braz. J. Nurs.* 10(2), doi:10.5935/1676-4285.20113257
- Limberger, J., & Andretta, I. (2015a). A compreensão das habilidades sociais a partir do ciclo vital. In: Del Prette, Z. A. P. et al. *Anais do V Seminário Internacional de Habilidades Sociais*. Pirenópolis, GO.
- Limberger, J., & Andretta, I. (2015b). Novas problemáticas sociais: o uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero. *CS*, 14, 41-65. doi: 10.18046/recs.i15.1965
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., & Barbosa, D. A. (2012). Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 167-174. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100022>
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Ventura, C. A. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados com el consumo de sustancias psicoativas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 673-683. doi: 10.1590/S0104-11692011000700003
- Narvaez, J. C. M., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Kapczinski, F., Silva, R. A., Pechansky, F., Magalhães, P. V. (2014). Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1369–1376. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.021

- Nascimento, E. (2004). *Adaptação e padronização brasileira da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, J. F., Paiva, M. S., & Valente, C. M. L. (2007). Ainterferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. *Rev Latino-am. Enfermagem*, 15(2). Retrieved from:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.pdf
- Pedroso, R. S., Kessler, F., & Pechansky, F. (2013). Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(1), 36-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000100005>
- Perrenoud, L. O., Ribeiro, M. (2012). Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. (pp.619-630). São Paulo: Artmed.
- Romanini, M., & Rosos, A. (2013). Mdiatizaçãoda cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. *Temaspsicol*, 21(2), 483-497. doi: 10.9788/TP2013.2-14
- Sá, L. G. S., Del Prette, Z. A. P. (2011). Correlação entre habilidades sociais e nível de envolvimento com álcool, maconha e cocaína/crack em dependentes químicos. *Anais do IV Seminário Internacional de Habilidades Sociais*. Retrieved from:
<http://www.fapeti.com.br/ocs/index.php/sihs/sihs2011/paper/view/177>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Penso.
- Sayago, C. B., Lucena-Santos, P., Ribeiro, F., Yates, M. B., & Oliveira, M. S. (2013). Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. *Aletheia*, 42, 164-174. Retrieved from:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413->

03942013000300014&script=sci_arttext

- Schneider, J. A., Limberger, J., & Andretta, I. (in press). Habilidades Sociais e Drogas: Revisão Sistemática da Produção Científica Nacional e Internacional. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review, 20*(3), 379–403. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00104-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00104-4)
- Seitz, C. M., Wyrick, D. L., Orsini, M. M., Milroy, J. J., & Kenney, M. F. (2013). Coverage of Adolescent Substance Use Prevention in State Frameworks for Health Education: 10 Year Follow-Up. *Journal of School Health, 83*(1), 53-60. doi:10.1111/j.1746-1561.2012.00747.x.
- Shaw, V. N., Hser, Y.I., Anglin, M. D., & Boyle, K. (1999). Sequences of powder cocaine and crack use among arrestees in Los Angeles County. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(1), 47-66.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinic Psychiatry, 59*(supl. 20), 22-33.
- Sintra, C. I. F., Lopes, P., & Formiga, N. (2011). Conduas antissociais e delitivas e habilidades sociais em contexto forense. *Psicol. Argum, 29*, 383-399. Retrieved from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=5296&dd99=view>
- Souza, M. R. R., Oliveira, J. F., & Nascimento, E. R. (2014). A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto Contexto Enferm. 23*(1), 92-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100011>
- Terroso, L. B., Pedroso, F. N., & Kurle, A. M. (2015). Habilidades sociais na adolescência: conceituação, avaliação e intervenção. In: Argimon, I. I. L., Esteves, C.

S., & Wendt, G. W. (orgs). *Ciclo vital: perspectivas contemporâneas em avaliação e intervenção*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Torres, I. C. S., Arévalo, M. T. V., Cuevas, J. R. T., & Rodríguez, D. E. T. (2006).

Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19-30. Retrieved from:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890203>

United Nations Office and Drugs and Crime [UNODC] (2013). *Relatório Mundial*

sobre Drogas. Retrieved from http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/PT-Referencias_BRA_Portugues.pdf.

Vieira, A. C. S., & Feldens, A. C. M. (2013). *Habilidades sociais, dependência química*

e abuso de drogas: uma revisão das publicações científicas dos últimos 6 anos.

Trabalho de Conclusão de Curso em Pós-Grauação, Faculdades Integradas de Taquara, Taquara, RS, Brasil. Retrieved from <https://psicologia.faccat.br/blog/wp-content/uploads/2013/07/Ana-Caroline-Sari-Vieira.pdf>.

Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em

adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19(2). 101-116. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652007000200008>

Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2015). Habilidades sociais no abuso e na

dependência de maconha. In: Del Prette, Z. A. P., Soares, A. B., Pereira-Guizo, C. S.,

Wagner, M. F., & Leme, V. B. R. *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*. Novo Hamburgo: Sinopys Editora.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. San Antonio, TX: The

Psychological Corporation.

Wu, L., Ferris, D. L., Kwan, H. K., Chiang, F., Snape, E., Liang, L. H. (2015). Breaking (or making) the silence: How goal interdependence and social skill predict being ostracized. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 131, 51-66.
doi: 10.1016/j.obhdp.2015.08.001

Artigo II

Habilidades Sociais na Trajetória de Vida de Mulheres Usuárias de Crack: Estudo de Casos Múltiplos

Resumo

Estudos apontam a relação existente entre as habilidades sociais e o uso de drogas, mas não foram analisados seus significados para mulheres usuárias de crack. Desta forma, objetiva-se compreender o desenvolvimento das habilidades sociais na trajetória de vida de tais mulheres. Trata-se de um estudo qualitativo, de casos múltiplos, com síntese de casos cruzados. Os dados foram coletados pela pesquisadora em duas etapas, sendo a primeira composta pelo questionário de dados sociodemográficos, que também avalia o padrão de uso de drogas, MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), Inventário de Habilidades Sociais; Screening Cognitivo do Wais-III; SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*) e a segunda etapa é composta pela Entrevista Clínica que avaliou a trajetória de vida e as habilidades sociais. Os casos de Isabel, Débora e Rita compartilharam de dificuldades na utilização das habilidades sociais desde a infância, com um repertório adquirido através dos contextos familiares, escolares e entre pares. As comorbidades psiquiátricas podem ter dificultado o uso das habilidades sociais, observando-se maior gravidade nas habilidades sociais de mulheres com transtorno de personalidade borderline. Além disso, a entrevista clínica complementou os dados obtidos pelo inventário, que não foi sensível ao tipo de resposta emitido. Indica-se que as comorbidades sejam consideradas na avaliação das habilidades sociais e que intervenções promovam tais habilidades durante o tratamento.

Palavras-chave: habilidades sociais; mulheres; crack cocaína; hospitalização; estudo de casos múltiplos

Social skills in the Life Trajectory of Women Crack Users: Multiple Case Studies

Abstract

Studies have indicated the relationship between social skills and drug use, but their meanings were not analyzed by women crack users. Thus, the objective of this research is to understand the development of social skills in the life trajectory of such women. This is a qualitative study of multiple cases, with synthesis of crossed cases. Data was collected by the researcher in two stages, the first consisting of the sociodemographic data questionnaire, which also assesses the pattern of drug use, MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), Social Skills Inventory, Cognitive Screening of Wais-III; SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM Disorders); and the second stage by the Clinical Interview evaluated their trajectory of life and social skills. The cases of Isabel, Débora and Rita presented difficulties in the use of social skills since childhood, with a acquired repertoire through the family and school contexts, and among peers. Comorbidities may have hampered the use of social skills, where there was more severity in social skills of women with borderline personality disorder. Moreover, the clinical interview complemented data obtained from the questionnaire, which was not sensitive to the type of response given. It is stated that comorbidities must be considered in the evaluation of social skills and that interventions promote such skills during treatment.

Keywords: social skills; women; crack cocaine; hospitalization; multiple case study;

Introdução

As habilidades sociais são importantes fatores de prevenção e promoção da saúde mental, configurando-se como um elo entre o indivíduo e o ambiente no qual está inserido (Caballo, 2003; Feitosa, 2013). Tais habilidades são imprescindíveis no decorrer do ciclo vital, pois se relacionam com o apoio social e maior qualidade de vida, promovendo relações pessoais e profissionais mais produtivas e satisfatórias (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2014).

As habilidades sociais constituem um conjunto de comportamentos ou de repertório social emitido por uma pessoa em seu meio social, em que expressará os seus sentimentos, seus desejos, suas atitudes, suas opiniões e seus direitos do modo mais adequado à situação, de maneira adaptativa e assertiva, diminuindo a probabilidade do surgimento de dificuldades futuras (Caballo, 2003). As habilidades sociais se diferenciam do desempenho e da competência social (Del Prette & Del Prette, 2014). O desempenho social corresponde à emissão de um comportamento em qualquer situação social, enquanto as habilidades sociais implicam na adequação das demandas nas situações interpessoais. A competência social, por sua vez, vai além, com um caráter avaliativo acerca dos efeitos do desempenho social (Del Prette, & Del Prette, 2014).

Os tipos de habilidades sociais têm sido nomeados por diferentes autores (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001). No contexto brasileiro, a avaliação das habilidades sociais comumente pauta-se nos cinco fatores propostos por Del Prette e Del Prette (2001). O primeiro fator, enfrentamento e autoafirmação com risco, indica a capacidade de lidar com situações interpessoais que necessitam a afirmação e defesa de direitos e autoestima, com potencial risco de reação indesejável. O segundo fator, autoafirmação na expressão de afeto positivo é composto por habilidades como elogiar e agradecer elogios, defender em grupo outra pessoa e participar de conversa trivial. O

terceiro fator, conversação e desenvoltura social, retrata a capacidade de lidar com situações em que há risco mínimo de reação indesejável, a partir de normas do relacionamento cotidiano. O quarto fator, autoexposição a desconhecidos e situações novas, inclui a abordagem a pessoas desconhecidas, com maior risco de reação indesejável do outro. Por fim, o quinto fator, autocontrole da agressividade a situações aversivas, indica a expressão de desagrado ou raiva de maneira socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2001).

As habilidades sociais são indispensáveis nos diferentes contextos de interação, no meio familiar, nas atividades laborais, bem como nos relacionamentos que são estabelecidos no decorrer da vida (Limberger & Andretta, 2015a). Ao longo do desenvolvimento humano, as habilidades sociais vão sendo adquiridas a partir das situações de interação social (Terroso, Pedroso, & Kurle, 2015). A infância trata-se de uma etapa singular na aprendizagem dos comportamentos sociais, pois a plasticidade comportamental é característica dessa fase (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015). Com isso, a partir da teoria da aprendizagem social, a modelação trata-se de um fator crucial, pois as crianças observam a interação social de seus pais e aprendem esse comportamento (Caballo, 2003). As condições de aprendizagem proporcionadas na infância, quando ocorrem de maneira adequada, possibilitam a promoção de habilidades sociais e repercussões positivas a curto, médio e longo prazo nas relações sociais (Dias, Lopes, & Del Prette, 2015; Limberger & Andretta, 2015a).

Na adolescência, baixos escores nas habilidades sociais contribuem para a vulnerabilidade ao uso de drogas (Vorobjov, Saat, & Kull, 2014). Nesse sentido, adolescentes com baixas habilidades sociais tiveram níveis de consumo de uso de drogas significativamente mais altos quando comparados com adolescentes com altas habilidades sociais, conforme um estudo na Espanha com 1.688 participantes

(González, Espada, Guillén-Riquelme, & Orgilés, 2014). Sendo assim, dentre as habilidades sociais, o desenvolvimento de habilidades de recusa é muito importante na adolescência, principalmente nas situações em que há pressão dos pares para o envolvimento em comportamentos de risco, como o uso de drogas e a violência (Wagner & Oliveira, 2015).

Na vida adulta, o nível de complexidade do uso das habilidades sociais vai aumentando, de acordo com as demandas e tarefas envolvidas, como no trabalho e nas relações interpessoais (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015; Limberger & Andretta, 2015a). Nessa etapa, o automonitoramento torna-se indispensável para ampliar o repertório de habilidades sociais, pois há necessidade de uma leitura dos sinais emitidos no contexto da interação social para então expressar uma resposta. Para tanto, é necessário o controle da impulsividade, da observação da reação do outro, da introspecção e por fim a reflexão acerca da situação, configurando uma habilidade metacognitiva, afetiva e comportamental (Del Prette & Del Prette, 2014).

Em todas as etapas do ciclo vital, existem fatores que podem dificultar o uso das habilidades sociais, como as experiências negativas nas interações sociais, a falta de modelos para a aprendizagem, bem como características clínicas como a depressão e a ansiedade (Del Prette & Del Prette, 2014; Fernandes, Falcone, & Sardinha, 2012; Segrin, 2010; Terroso, Pedroso, & Kurle, 2015). Além disso, as habilidades sociais também podem ser prejudicadas pela falta de uso, devido ao isolamento social (Caballo, 2003).

Na medida em que as dificuldades do uso das habilidades sociais impactam negativamente a qualidade de vida, surgem déficits em habilidades sociais, que implicam em sofrimento psicológico e problemas de comportamento, como o uso de drogas (Caballo, 2003; Feitosa, 2013). Déficits nas habilidades sociais de

enfrentamento/autoafirmação com risco e conversação e desenvoltura social foram encontrados em usuários de drogas ilícitas, em comparação ao grupo de não usuários, conforme um estudo português com 124 participantes (Sintra, Lopes, & Formiga, 2011). Já os déficits na autoexposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade em situações aversivas foram encontrados em adolescentes usuários de maconha, com diferenças significativas em relação ao grupo controle, em um estudo brasileiro com 98 participantes (Wagner & Oliveira, 2015).

Estudos que contemplem as habilidades sociais e o uso de drogas são predominantemente de caráter quantitativo, conforme aponta uma revisão sistemática de artigos empíricos da literatura nacional e internacional, que analisou 13 artigos sobre o tema. Nessa revisão, todos os artigos eram quantitativos e dentre as populações estudadas, nenhum artigo era específico sobre as habilidades sociais de mulheres usuárias de crack (Schneider, Limberger & Andretta, no prelo). Com isso, carecem estudos que contribuam na compreensão de tais fenômenos, a fim de que emergjam os significados das habilidades sociais na percepção das mulheres.

A literatura aponta peculiaridades no uso de crack em mulheres, ressaltando a relevância dos relacionamentos interpessoais em tal população, visto que a convivência com familiares usuários e a exposição a eventos traumáticos durante a infância são fatores de risco especialmente em mulheres (APA, 2014). Outros agravantes também são descritos pela literatura, como a prostituição para obtenção do crack, acarretando em doenças sexualmente transmissíveis e gestações de risco durante o uso do crack (Correa, Matumoto, & Lonardi, 2008; Malta, et al., 2008; Nappo, Sanchez, & Oliveira, 2011; Pinto, Tancredi, Buchalla, & Miranda, 2014; Von Diemen, De Boni, Kessler, Benzano, & Pechansky, 2010).

Outras especificidades foram abordadas em um estudo de caso único de uma

gestante em tratamento devido ao uso de crack, foi observada uma sequência de vulnerabilidades (agressões físicas e uso de álcool por parte da mãe, ausência do pai, problemas escolares, preconceito e dificuldade de acesso ao tratamento) no decorrer da vida, que culminaram no uso do crack (Limberger & Andretta, 2015b). Outro estudo qualitativo acerca das trajetórias de tratamento de usuários de crack realizou um grupo focal com nove usuários (sendo cinco mulheres) e revelou a dificuldade de acesso ao tratamento, sendo a manutenção do uso ocasionada pelo contexto de vida no qual estão inseridos (Pedroso, Kessler, & Pechansky, 2013).

Os contextos de interação e os relacionamentos interpessoais desempenham um importante papel na manutenção do uso de drogas para mulheres usuárias de crack (Alves, Ribeiro, & Castro, 2011). Nesse sentido, considerando a importância da compreensão das habilidades sociais no ciclo vital e sua relação como fator de proteção ao uso de drogas, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: “Como as habilidades sociais se apresentam na trajetória de vida de mulheres usuárias de crack?”. Para tanto, este estudo objetiva compreender o desenvolvimento das habilidades sociais na trajetória de vida de mulheres usuárias de crack.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, de estudos de casos múltiplos (Yin, 2010). A fim de garantir maior qualidade e tornar o estudo compreensivo, foi utilizado o checklist COREQ – critérios consolidados para o relato de pesquisa qualitativa, seguindo seus 32 itens, que são divididos em três domínios: grupo de pesquisa e reflexividade, desenho do estudo e análise dos achados (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Participantes

Os critérios de inclusão para participação do estudo foram: mulheres, com idade entre 18 e 59 anos, em internação hospitalar entre o sétimo e o décimo quinto dia de internação, com os critérios diagnósticos do DSM-5 para Transtorno por Uso de Substâncias (crack). O uso simultâneo de outras drogas poderia ocorrer desde que o crack fosse o fator que motivou a procura pela internação. Foram excluídas participantes com síndrome psicótica (verificada através do *Mini International Neuropsychiatric Interview*) e com prejuízos cognitivos (verificado através dos subtestes vocabulário e cubos do *Screening Cognitivo* do WAIS-III - Wechler, 1997). Tais instrumentos serão detalhados no item “Instrumentos”.

A seleção das participantes ocorreu no período de um mês, a partir de uma amostra de 13 mulheres que estavam em internação hospitalar e completaram a primeira etapa do estudo. O fluxograma da seleção das participantes ocorreu conforme a figura 1.

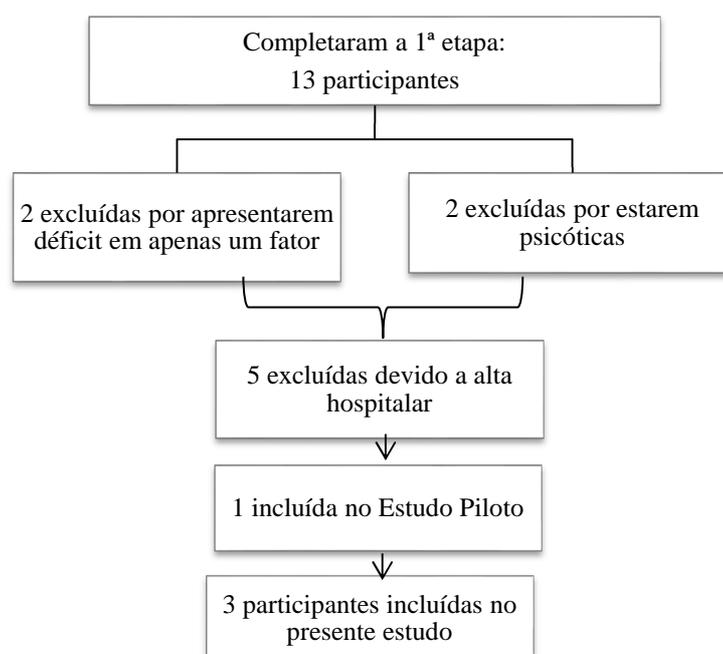


Figura 1. Fluxograma da seleção das participantes

Para este estudo, foram selecionadas três mulheres, com déficits em habilidades sociais em ao menos duas áreas, conforme pontuação no Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os casos selecionados possuíam as características descritas na tabela a seguir.

Tabela 5
Caracterização das participantes

| Nome* | Idade | Escolaridade | Estado civil | Classe Econômica | Nº de Filhos | Trabalhava antes da internação ? | Idade que experimentou o crack | Região do estado do RS |
|--------|-------|----------------------------|--------------|------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Isabel | 36 | Ensino Superior Incompleto | Divorciada | D | 4 | Não | 29 | Noroeste |
| Débora | 30 | Ensino Médio Incompleto | Solteira | D | 4 | Não | 27 | Metropolitana |
| Rita | 28 | Ensino Médio Incompleto | Solteira | C1 | 2 | Sim | 18 | Noroeste |

* Nome fictício

Instrumentos

O Questionário de Dados Sociodemográficos e de Uso de Drogas (Apêndice A) foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Intervenções Cognitivo Comportamentais: Ensino e Pesquisa”. Nele, constam perguntas abertas e fechadas acerca dos dados sociodemográficos, Critérios de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015), dados familiares, padrão de uso de drogas (tipo e tempo de uso de cada droga utilizada), além de dados sobre o tratamento e critérios do DSM-5 (APA, 2014) para diagnóstico de Transtorno por Uso de Substâncias (crack).

A Entrevista Clínica *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI),

compatível com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, [APA], 2002), foi desenvolvida por Sheehan et al (1998) e validada para o Brasil por Amorim (2000). Os índices Kappa na validação foram satisfatórios, demonstrando confiabilidade nas categorias diagnósticas (0,86 a 1) e para transtornos psicóticos (0,62 a 0,95) (Amorim, 2000). A partir da entrevista, foi avaliada a presença de síndrome psicótica e comorbidades (Episódio Depressivo Maior, Distímia, Episódio (Hipo)Maníaco, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Síndrome Psicótica, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Ansiedade Generalizada), além do risco de suicídio.

O *Screening* Cognitivo do WAIS-III, desenvolvido por Wechsler (1997) e adaptado e padronizado para o Brasil por Nascimento (2004) *screening* compreende os subtestes vocabulário (α 0,92) e cubos (α 0,83), sendo um teste de uso exclusivo dos psicólogos. O subteste vocabulário avalia a compreensão verbal, a partir de palavras apresentadas ao examinando, que deve defini-las oralmente. O subteste cubos avalia a organização perceptual através de um conjunto de padrões geométricos bidimensionais que o examinando deve reproduzir usando cubos de duas cores.

O Inventário de Habilidades Sociais (IHS), desenvolvido por Del Prette e Del Prette (2001), também de uso exclusivo do psicólogo, objetiva caracterizar as habilidades sociais em diferentes situações: trabalho, escola, família e cotidiano (Del Prette & Del Prette, 2001). O Inventário é de autorrelato, composto por 38 itens, em escala do tipo *likert*, com cinco pontos que variam de nunca à raramente e sempre ou quase sempre. Possui Alfa de Cronbach de 0,75 e estabilidade teste-reteste ($r = 0,90$; $p = 0,001$). A análise fatorial revelou uma estrutura de cinco fatores que reúnem habilidades sociais de: 1) enfrentamento/autoafirmação com risco; 2) autoafirmação de

afeto positivo; 3) conversação e desenvoltura social; 4) autoexposição a desconhecidos e situações novas e 5) autocontrole da agressividade (Del Prette & Del Prette, 2001).

A *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II)*, desenvolvida por First, Gibbon, Spitzer e Williams (1997) e traduzida para o português (Brasil) por Melo e Rangé (2008), trata-se de uma entrevista semi-estruturada, que objetiva identificar diagnósticos de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002). Nesta pesquisa, foram investigados os seguintes Transtornos de Personalidade: Histriônico; Narcisista; Borderline e Antissocial.

A Entrevista Clínica sobre habilidades sociais e trajetória de vida foi desenvolvida pela pesquisadora e sua orientadora, a partir de uma revisão de literatura sobre o uso de drogas e as habilidades sociais (Schneider, Limberger, & Andretta, no prelo). Além disso, embasou-se no campo teórico-prático das habilidades sociais, a partir dos constructos de Del Prette & Del Prette (2001; 2014) e Caballo (2003). É composta por um *rapport*, seguido de perguntas abertas sobre a história de vida e as habilidades sociais de conversação e desenvoltura social; expressão de sentimento positivo; defesa de direitos; interação com desconhecidos e situações novas e reação a situações aversivas. Além da pesquisadora e da avaliadora, a entrevista contou com uma avaliação de uma terceira profissional, psicóloga, com experiência na área das habilidades sociais, que sugeriu alterações. Por fim, realizou-se um estudo piloto com uma mulher usuária de crack, cuja entrevista foi conduzida pela pesquisadora em um hospital da região metropolitana. A partir do estudo piloto, verificou-se que as perguntas deveriam ser mais abrangentes e a linguagem necessitou ser adaptada, a fim de tornar a entrevista mais clara e compreensível.

Procedimentos

O presente projeto embasa-se nos preceitos expostos pela Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, acerca da pesquisa com seres humanos. Consideram-se os referenciais da bioética, como a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa e da comunidade científica (Brasil, 2012). Salienta-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, sob parecer número 012/2015 (Apêndice B).

As participantes do estudo foram contatadas presencialmente mediante a autorização do hospital, com explicação sobre os objetivos da pesquisa e da voluntariedade no estudo, assegurando o sigilo dos dados e o anonimato. Além disso, cada participante estava ciente de que poderia desistir em qualquer momento do processo e que uma das entrevistas seria gravada em áudio, assegurando o armazenamento seguro das informações. Entretanto, nenhuma desistiu do processo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi lido em conjunto com cada participante e mediante concordância em participar do estudo, foi assinado em duas vias, ficando uma via com a participante e outra via com a pesquisadora. A devolução dos resultados da pesquisa foi oferecida às participantes e aos respectivos hospitais. Como o estudo contou com duas etapas de coleta de dados, para cada etapa houve um TCLE (Apêndices C e D).

Na primeira etapa, foi aplicado o questionário de dados sociodemográficos e de uso de drogas, *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Screening Cognitivo* do WAIS-III, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID-II). Após uma semana, foi aplicada a Entrevista Clínica sobre habilidades sociais e trajetória de vida, sendo gravada em áudio.

A entrevista foi conduzida pela pesquisadora, que é psicóloga e no período do

estudo atuava como bolsista em regime de dedicação exclusiva ao Mestrado. A pesquisadora possui experiência no atendimento familiar de usuários de drogas, durante o período de quatro anos em que se encontrava na graduação, seguida da intensificação dos estudos sobre o uso de drogas no momento da pesquisa, além de supervisão com sua orientadora acerca da condução das entrevistas.

O relacionamento da pesquisadora com os participantes foi estabelecido no início do estudo. Com isso, os participantes sabiam da formação da pesquisadora, da instituição da qual a pesquisa provém e sobre os objetivos da pesquisa. Entretanto, hipóteses acerca do estudo não foram mencionadas às participantes.

Os dados foram coletados em três hospitais com leito de internação para desintoxicação devido ao uso do crack, da região noroeste e metropolitana do Rio Grande do Sul. As salas onde foram realizadas as entrevistas permitiam a confidencialidade das informações. A coleta de dados da primeira etapa foi realizada em um turno. Já para a realização da entrevista, foram utilizados dois encontros com cada participante, com duração de aproximadamente uma hora cada. Os dados da entrevista foram gravados em áudio e não foram realizadas anotações de campo. Além disso, as transcrições não foram retomadas com os participantes, sem um *feedback* acerca dos achados.

Análise de Dados

Os dados da primeira etapa foram tabulados no programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 20.0, por apenas uma pessoa, integrante do grupo de pesquisa. O questionário de dados sociodemográficos e sobre o uso de drogas foi utilizado para compor a caracterização de cada caso. O MINI foi corrigido de acordo com os critérios indicados na entrevista para contemplar a presença dos diagnósticos

identificados. A correção do *Screening* Cognitivo do WAIS-III foi realizada por dois juízes independentes e um terceiro juiz foi acionado em caso de necessidade, a fim de haver consenso. A partir da subtração do escore ponderado de vocabulário, para o escore ponderado de cubos, a diferença de três pontos ou mais indicou prejuízo cognitivo, conforme aponta Cunha (1993) e Feldens, Silva e Oliveira (2011). O Inventário de Habilidades Sociais foi corrigido a partir da soma dos itens, com as inversões em itens específicos e a identificação do escore do percentil correspondente, de acordo com as tabelas normativas. Os resultados foram apurados de forma simplificada, com base na média simples dos valores obtidos, conforme Del Prette & Del Prette (2001). A interpretação dos escores baseou-se na posição, em termos de percentis, em relação ao seu subgrupo de referência do mesmo sexo. Valores situados no percentil 50 indicaram posição mediana, valores acima de 75% indicaram altos fatores em habilidades sociais e valores abaixo de 25% indicam déficits no repertório de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2001). Por sua vez, a correção da *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID-II) foi realizada a partir da presença ou ausência dos critérios diagnósticos de cada transtorno explorados na entrevista.

Os dados da segunda etapa, através da Entrevista Clínica sobre habilidades sociais e trajetória de vida, foram transcritos na íntegra. Cada entrevista foi lida e relida, identificando características recorrentes e informações que contemplassem os objetivos do estudo. A partir dos dados da referida entrevista, foram criados quatro eixos norteadores para análise. O primeiro eixo (a) corresponde à infância, o segundo eixo (b) trata da adolescência, o terceiro eixo (c) contempla o início do uso de drogas e o quarto eixo (d) versa sobre o momento de vida atual. As habilidades sociais foram analisadas de forma transversal em cada eixo. Posteriormente, a fim de garantir maior

qualidade na análise dos eixos temáticos, foram investigadas as semelhanças e singularidades dos casos a partir da síntese de casos cruzados, conforme Yin (2010).

Resultados e Discussão

A partir da correção dos instrumentos da primeira etapa, foram identificados os seguintes dados, conforme a tabela a seguir.

Tabela 6
Classificação das habilidades sociais e características clínicas

| Características | Isabel | Débora | Rita |
|--|--|---------------------------------|--|
| Transtorno por Uso de Substâncias (crack) ¹ | Grave | Grave | Grave |
| Transtorno por Uso de Outras Substâncias ¹ | Tabaco | Não possui | Tabaco |
| Escore Total de Habilidades Sociais ² | Déficit | Repertório abaixo da média | Repertório bastante elaborado |
| Enfrentamento e autoafirmação com risco ² | Repertório acima da média | Repertório médio | Repertório bastante elaborado |
| Autoafirmação na expressão de sentimento positivo ² | Déficit | Déficit | Déficit |
| Conversação e desenvoltura social ² | Déficit | Déficit | Repertório bastante elaborado |
| Autoexposição a desconhecidos e situações novas ² | Déficit | Déficit | Repertório bastante elaborado |
| Autocontrole da Agressividade ² | Déficit | Repertório bastante elaborado | Déficit |
| Comorbidades psiquiátricas ³ | Episódio Depressivo Maior Atual, Risco de Suicídio, Transtorno de Ansiedade generalizada | Episódio Depressivo Maior Atual | Episódio Depressivo Maior Atual, Risco de Suicídio, Transtorno de Ansiedade generalizada |
| Transtorno de Personalidade ³ | Transtorno de Personalidade Borderline | Não possui | Transtorno de Personalidade Borderline |

Nota. ¹ De acordo com os critérios diagnósticos do DMS-5. ² De acordo com o Inventário de Habilidades Sociais. ³ De acordo com as entrevistas diagnósticas com base no DSM-IV.

Caso 1 – Isabel

Contextualização do caso

Isabel possui 36 anos. No momento atual, encontra-se desempregada e seu último emprego foi como Técnica em Enfermagem, há dois anos. Antes da internação, morava com seu namorado e devido ao rompimento do relacionamento voltou à casa dos pais e pediu ajuda para o tratamento. Possui quatro filhas, de 21, 13, 12 e 10 anos, sendo que três moram com o pai (ex-marido de Isabel) e a filha mais velha mora com o namorado e a filha. Isabel já fez outros tratamentos para o uso de crack, incluindo Centro de Atendimento Psicossocial, Comunidade Terapêutica, grupos de Narcóticos Anônimos e internações hospitalares. A internação atual é voluntária, sendo que sua motivação para o tratamento foi devido aos grandes prejuízos do uso do crack, relatando uma vontade de voltar à sua vida normal.

a) Infância

Isabel relata que sua infância foi boa: *“era uma criança que tinha tudo, a minha mãe me dava tudo”*. Entretanto, refere constantes brigas que possuía com a mãe e a falta que sentia do pai, que era comerciante e viajava muito. Sobre os desentendimentos com a mãe, aponta: *“Eu acho que eu nunca consegui mostrar para minha mãe o que eu estava sentindo realmente ou como eu me sentia”*.

Sobre sua maneira de interagir com as pessoas, aponta: *“O meu relacionamento com as pessoas sempre foi mais tímido, mais fechado, mais reservado.”* Para Isabel, o seu jeito de ser quieta dava a impressão de que ela não queria se enturmar com as pessoas. Na entrada para a escola e nos demais anos escolares, Isabel possuía apenas uma amiga, que se ela faltasse *“se sentia perdida”*. Ela aponta que seu jeito de ser na infância era *“quieta e caladinha”*.

Na visão de Isabel, os cursos que realizou na infância contribuíram para que sua

timidez fosse menos intensa. Ela comenta a participação desde cedo no coral da igreja e em cursos de pintura. Além disso, também relata que apesar da timidez sempre foi *“educada e cordial”*.

b) Adolescência

Conforme foi crescendo, Isabel apontou que algumas dificuldades de interação foram se intensificando, principalmente no que diz respeito ao grupo de amigos. Segundo ela, sua mãe a deixava sair poucas vezes de casa e as amigas não gostavam de ir à sua casa devido à agressividade de sua mãe. Ela recorda: *“Minhas amigas diziam: Ah... na casa da Isabel não dá para a gente ir”*.

Isabel refere que fazer perguntas a desconhecidos demandava muito esforço, como entrar em uma loja e pedir o preço de uma roupa ou até mesmo ao pedir uma informação na rua. Ela diz: *“Sempre fui mais tímida, mas quando eu precisava mesmo e tinha que falar, eu tirava forças não sei da onde e chegava na pessoa e perguntava. Porque, às vezes, você não sabe como aquela pessoa vai receber.”*

Segundo Isabel, a falta de comunicação com sua mãe foi aumentando, sendo que quando começou a namorar, aos 14 anos, não comunicou sua mãe por medo de uma reação indesejável. Ainda aos 14 anos, engravidou e seus pais a obrigaram a casar-se. Desde então, saiu de casa e não contou mais com a ajuda dos pais, sendo tirada dos cursos que frequentava. Ela aponta que não conseguiu pedir para que eles a mantivessem nos cursos e que a auxiliassem financeiramente, pois sentia muita vergonha da gravidez.

c) Uso de drogas

Isabel refere que constantemente via a sua mãe consumindo álcool, principalmente quando o pai de Isabel estava viajando. Todavia, sua mãe nunca assumiu os problemas com o uso de álcool e não buscou tratamento. Na adolescência, Isabel

experimentou maconha em um grupo de amigos, disse que não queria dizer não para eles, com medo de que não fosse aceita no grupo. Entretanto, ao experimentar não gostou, pois a droga lhe fez mal e gerou náuseas. Também experimentou cocaína e devido a “*um problema no nariz*” nunca mais usou. Nessas circunstâncias, diz que conseguia dizer não a tais drogas, pois ambas lhe fizeram mal.

A experimentação do crack ocorreu aos 28 anos, quando se separou do marido e começou a namorar um usuário de álcool e cocaína. Ela relata que estavam em um grupo de pessoas usando cocaína e maconha e ela se sentiu “*excluída*” por não poder usar tais drogas, pois “*faziam mal*”. Neste dia, chegou um vizinho oferecendo crack e ela aceitou. Ela aponta que, no início, começou a usar enquanto o namorado usava cocaína, mas depois seu namorado também começou a utilizar, sendo que ambos desenvolveram um Transtorno por Uso de Substâncias (crack).

Diante do padrão de uso intenso, Isabel não conseguiu concluir a graduação em Enfermagem, na época em que estava desenvolvendo seu Trabalho de Conclusão de Curso. Além disso, devido a várias faltas no trabalho, foi exonerada de um concurso público em que trabalhava como técnica de enfermagem. Segundo ela, a vergonha em dizer para a chefe que utilizava drogas a impediu de procurar seus direitos, a fim de que tivesse um afastamento, e não uma exoneração.

No contexto do uso de drogas, Isabel aponta a dificuldade de recusar o crack do namorado: “*Quando meu namorado chegava com a pedra parece que eu tinha que compartilhar aquele momento com ele. Eu tinha que ter aquele momento com ele (...) Eu até tentei recusar e disse para ele um dia: ó, fuma no outro quarto, porque eu não quero mais ver você fumando. Mas daí ele veio lá na porta pedir uma coisa e eu falei: ai, então entra aqui*”. Tal dificuldade também era em relação aos outros usuários, sendo motivo de gozação. “*Quando eu recusei um pega (sic) de alguém, sempre debocharam*

de mim. Eles diziam: Nossa, ela tá recusando um pedaço de pedra! E muitas vezes eles me enchiam de droga, que eu nem conseguia mais fumar. Eu acabava dando para os outros”. Mesmo usando drogas, Isabel refere que continuava utilizando as normas de convivência. Ela relata: “Nesse tempo de drogadição, tinha pessoas que ficavam gozando que a gente dizia: obrigado, desculpa, perdoa, por favor. Lá era motivo de chacota. Eu ficava pensando: Gente, será que eu sou tão careta assim?”.

d) Idade adulta

Isabel percebe uma evolução na interação com pessoas conhecidas e desconhecidas na idade adulta. Segundo ela: *“Eu acho que, com o passar do tempo, eu fui sendo diferente, porque quando eu era mais nova era muito mais calada. Depois com o curso técnico e depois com a faculdade, quando tive que começar a apresentar trabalhos nas aulas, eu comecei a falar mais”.* Ela recorda especialmente de uma situação em que um professor pediu para que ela apresentasse um trabalho sem ler, e que quando conseguiu falar para a turma, o professor a elogiou.

Isabel também relata semelhanças nas dificuldades dela e de sua filha em pedir informações. Conforme Isabel, sua filha mais velha *“é igualzinha (...) Se a gente vai em uma loja comprar roupa, ela fica com vergonha de pedir as coisas para ela. Daí ela me cutuca. Aí eu tenho que pedir por ela, sabe? Mesmo agora, ainda ela sendo de maior. É engraçado que ela ainda tem vergonha. Eu tenho que ajudar, interferir por ela, mesmo sabendo que eu também passei por isso várias vezes”*

No contexto do trabalho, Isabel aponta dificuldades na comunicação entre ela e sua chefe. Ela refere: *“A minha chefe era muito cri-cri... Toda hora ficava falando: ah, meu filho vai ser médico. Todo dia era história da empregada dela, todo dia eu chegava e ela contando história da vida dela. Eu tentava trabalhar e não conseguia, ela me sufocava”.*

Nas situações em que necessita expressar desagrado, Isabel diz que não consegue falar o que está pensando, por medo da reação que a pessoa terá. *“Acho que eu nunca fui muito de mostrar esse meu lado de direitos”*. No momento da internação hospitalar, esta dificuldade também se mostra presente: *“É frustrante, porque, às vezes, tem coisas que me incomodam, que nem aqui no hospital, quando eu quero ficar quieta no meu canto e alguém tá falando. Ou eu estou lendo a Bíblia e alguém está vendo, mas essa pessoa não para de falar. Aí eu tô sendo cordial com a pessoa, respondendo a respeito do que ela está falando, mas morrendo de raiva por dentro, porque ela não fica quieta e eu não estou conseguindo me concentrar na leitura. Mas mesmo assim, eu continuo respondendo, educadamente, e com sorriso falso no rosto para dizer que eu estou escutando ela e está tudo bem”*. No momento da internação hospitalar, Isabel caracteriza suas interações com cordialidade e educação. Refere que em situações nas quais a cordialidade não é retribuída, sente-se *“como se estivesse levando um tapão na cara”*.

Caso 2 – Débora

Contextualização do caso

Débora possui 30 anos, estava desempregada no momento anterior da internação hospitalar. Sua última profissão foi de auxiliar de cozinha, há três meses. Mora no mesmo terreno de sua irmã com seus quatro filhos, que possuem 12, 9, 6 e 3 anos. Débora está em sua segunda internação hospitalar devido ao uso do crack, em menos de um ano. A internação foi voluntária e para ela a motivação para seu tratamento está em querer ser um exemplo para os seus filhos, contando com a ajuda da irmã que cuida seus filhos no decorrer da internação.

a) Infância

Débora relata que teve uma infância boa. *“Minha mãe era uma pessoa boa, a gente foi criado só por ela. Ela levava nós no parquinho, ela sempre levava nós para a escola. Eu tenho duas irmãs também que são maravilhosas. Minha infância foi ótima, foi com o decorrer do tempo mesmo que deu os erros”*.

Aos cinco anos, os pais de Débora se separaram e a partir de então teve contato com o pai somente a partir de algumas visitas. Ela dizia que sua mãe era como se fosse *“mãe e pai”*, pois dava conta de todas as tarefas: *“Ela era muito presente com nós”*. Quando era pequena e precisava pedir algo, Débora refere: *“Eu corria sempre para a mãe, pra ela pedir por mim”*. Com isso, desde pequena era tímida, *“resguardada”* e diz que as demais irmãs são comunicativas e gostam de conversar.

b) Adolescência

Débora recorda da adolescência como *“uma época boa”*, embora também relata que tinha interesse e não saía para festas: *“A mãe não deixava. Ela não gostava que a gente saísse à noite, ela tinha medo. A gente ficava sempre no pátio conversando com os amigos na frente de casa. Mas fora, longe, nem pensar”*.

Nas situações de interação social, Débora recorda que sempre preferiu que as pessoas iniciassem as conversas e lhe fizessem as perguntas, para então ela começar a conversar, pois achava que *“ia falar besteira”*. Débora diz que dos 13 anos aos 18 anos teve um *“namoro doentio”*, que ficaram juntos até ele vir a falecer por uma bala perdida. Diante de tal situação, Débora diz que não gostava de conversar com as pessoas sobre o que aconteceu, preferindo isolar-se.

c) Uso de drogas

Aos 12 anos, Débora começou a fumar cigarro. Ao ver sua mãe fumando, teve interesse e passou a fumar escondida. O uso do crack ocorreu aos 25 anos, dois anos após o falecimento da sua mãe. Na ocasião, seu marido estava preso devido à venda de

drogas, e experimentou crack através da cunhada que ofereceu. Ela diz que esse foi o único relacionamento com uma pessoa “*criminosa*” e que ele nunca havia oferecido crack para ela.

Débora usou crack de maneira contínua por oito meses, e posteriormente ficou aproximadamente três anos sem usar, período em que estava com um companheiro que não era usuário. Após a separação deste companheiro, voltou a usar crack. Segundo ela: “*Botei ele pra rua dizendo que ele que me incomodava... Mas eu acho que na minha cabeça, agora pensando, que isso foi só uma desculpa, porque eu já estava com vontade de usar*”. Devido ao uso do crack, Débora aponta que perdeu amizades: “*Antigamente elas me davam bastante atenção. Hoje em dia eu converso com elas e elas trocam meia dúzia de palavras e aí dizem: tchau, eu tenho que ir lá, deixa que outra hora a gente conversa mais*”.

d) Idade Adulta

Atualmente, Débora diz que ainda é tímida, comportamento semelhante ao do seu filho: “*O meu guri mais velho é bem tímido. Os outros não, conversam, brincam com ele, que ele tá sempre quietinho no canto dele. Se puxar conversa com ele, ele conversa. Se não, ele fica ali bem quietinho. Ele é bem parecido comigo*”. Ela diz que continua preferindo que as outras pessoas puxem um assunto com ela, pois tem “*medo de falar besteira, de começar a falar coisas que não é. Então eu prefiro que as outras pessoas entrem em um assunto pra mim poder falar*”. Acerca dos contextos de interação, Débora refere que encontra dificuldades: “*Porque, geralmente, ninguém quer ter perto uma pessoa que usa drogas. Ninguém vai sentar e conversar com um usuário. É difícil se relacionar com outras pessoas que não usam (...) E eu acabo nem puxando assunto, porque geralmente a gente nem quer conversar mais. Já sabe como vai ser tratado. Daí nem busca mais*”.

Nas situações em que deixa de falar com as pessoas por receio, Débora aponta: *“Eu sinto que fico meio vazia né? Porque daí eu não converso, só escuto. É que nem o grupo com a psicóloga, que é raro eu abrir a boca para falar, eu só escuto. Eu fico pensando: nossa, se eu falar eu vou falar besteira. Aí eu penso muito, que eu não vou falar porque quando vê, falo algo que não tem nada a ver. Daí eu fico só ouvindo eles falando”*. Em situações de defesa de direitos, diz que fica nervosa: *“Mas daí eu brigo mesmo (risos). Pelos meus direitos eu brigo”*.

Caso 3 – Rita

Contextualização do caso

Rita possui 28 anos, antes de sua internação trabalhava como manicure. Mora com os filhos de 2 e 8 anos e com seu companheiro. Esta é a quinta vez que Rita está internada, já tendo realizado tratamento em uma Comunidade Terapêutica e em um Centro de Atendimento Psicossocial. A internação atual é voluntária e para ela o que motivou a busca do tratamento foi reconhecer que estava usando demais, que estava *“acabada”*.

a) Infância

Ao falar sobre sua história de vida, Rita diz que sua vida *“nunca foi muito boa, não gosto, não me faz bem lembrar”*. No decorrer da entrevista, refere: *“Eu nasci lutando porque a minha mãe tentou me abortar duas vezes e não conseguiu. Com um ano e três meses, ela me jogou na lata de lixo. E eu estou aqui (...) Por isso que eu digo, eu luto, eu virei uma leoa porque eu aprendi”*.

Quando possuía dez anos, seu pai faleceu, sendo criada pelos avós. Na escola, aponta que as amizades com os colegas eram mais distantes e que muitas vezes se desentendiam, gerando brigas. No convívio familiar, relata constantes discussões e

gritos quando ela e seus irmãos tentavam se comunicar.

b) Adolescência

Rita sempre teve curiosidade de conhecer sua mãe biológica. Refere que pedia constantemente para as tias, dizendo que tinha o direito de conhecer sua mãe. Com isso, suas tias mandaram o dinheiro da passagem para sua mãe, que não apareceu. Aos dezesseis anos, foi até a cidade onde sua mãe biológica morava e a conheceu, relatando como uma “*grande decepção*”, por ela “*não se importar*”.

Durante a adolescência, diz que sempre foi “*mal educada*” ao interagir com as pessoas. As brigas com os irmãos se intensificaram de tal maneira, que considerava apenas o apoio de sua irmã mais velha. Segundo ela, seus irmãos eram muito agressivos, e comparando-se a eles, se considerava calma. Na adolescência, apesar de referir muitos amigos, comenta que não contava com ninguém nas horas de dificuldade: “*Eu ficava na minha, eu não sou muito de contar problema, eu sou de guardar pra mim*”.

c) Uso de drogas

Rita recorda que seu irmão fumava maconha na sua frente: “*ele soprava a maconha no meu rosto, até que um dia eu experimentei*”. A experimentação aconteceu aos 16 anos, usando esporadicamente até os 20 anos. Aos 17 anos, experimentou cigarro e seu uso contínuo deu-se aos 20 anos.

Rita trabalhou como prostituta dos 20 anos aos 21 anos, idade em que começou a usar cocaína “*para ficar acordada e aguentar*”. Logo que deixou de prostituir-se, experimentou o crack “*de bobeira*”, a partir de uma amiga: “*Uma amiga minha fumava e ia para minha casa. Eu disse pra ela, o que tu quer com isso? Um dia ela chegou muito chapada e pediu para eu buscar pra ela, eu disse vou pegar e acho que vou pegar pra mim também. Aí fumei mas não me deu nada, pensei, vou fumar mais uma. E fumei*

mais uma, mais uma e mais uma". Desde então, Rita diz que teve intervalos de até dois anos que deixou de usar, mas que acabou recaindo durante os oito anos que usa crack.

d) Idade Adulta

No dia-a-dia, Rita diz que cumprimenta as pessoas. Para ela, *"o cumprimento é até uma forma de educação, é uma forma até de às vezes a gente fazer uma aproximação com a pessoa né, um vínculo"*. Ela também aponta que elogia as pessoas por *"darem as coisas sem esperar receber"*, elogiando principalmente seus filhos: *"Minha filha, meu filho são quem eu mais elogio (...) como se as crianças mais bonitas do mundo fossem eles, os melhores do mundo, eu digo que eles são os melhores filhos do mundo"*.

Em situações nas quais necessita pedir ajuda, ela recorre à irmã que mais confia e também pede ajuda ao marido. Para ela, é fácil pedir ajuda às pessoas: *"Sempre lutei por tudo, pelo que eu quis, tanto que eu estou lutando agora de novo. Chego, venho, bem de boa, me apresento, conto minha história, digo que ninguém é obrigado a nada, se a pessoa quiser e puder, se tiver bom coração, se puder me ajudar, tudo bem, se não puder, muito obrigada, desculpe o incômodo, tchau. Cansei de fazer isso várias vezes"*. Nesse sentido, quando não pede ajuda para a irmã ou para o marido, prefere pedir ajuda para desconhecidos: *"Porque os conhecidos assim ó, muitos conhecidos você ajuda, só que na hora que você precisa de ajuda, eles te viram as costas, eles não sabem lembrar que antigamente, você ajudou eles..."*

Nos momentos em que necessita fazer recusas, aponta: *"é fácil, não vejo dificuldade nenhuma (...) Eu aprendi ser assim, desde pequena eu aprendi ser assim"*. Além disso, nas situações em que se sente incomodada com algo, diz que é *"super mal educada"*. Segundo ela: *"Leão passa vergonha perto de mim, eu tento tudo numa boa, mas se não dá numa boa, eu perco, eu perco o tino e ninguém me segura"*. Nos

momentos em que precisa lidar com a raiva, diz: *“Eu saio de perto das pessoas. Já saio, já levanto, já bato uma porta, já falo bem alto, já digo ó, vamos desligar, se tiver som ligado, desligo e digo ó, não quero que ligue mais e acabou a história, acabou a festinha, e me deixem bem quieta e viro as costas e saio”*. As situações de dificuldade em lidar com a raiva também se expressaram no tratamento: *“Eu já discuti com a enfermeira, já me deu vontade de sair daqui de uma vez”*.

Síntese dos casos cruzados

A partir da análise individual de cada caso, foram observadas suas características. A fim de compreender se os casos compartilham de semelhanças ou possuem particularidades em relação aos eixos, utilizou-se a síntese de casos cruzados, buscando maior qualidade na análise (Yin, 2010).

As características gerais apontam que todas as mulheres apresentam Transtorno por Uso de Substâncias (crack) de maneira grave, além de semelhanças nos escores de habilidades sociais específicas. Nos três casos, as mulheres apresentaram déficits na auto-afirmação e expressão de sentimento positivo e repertório médio ou acima da média no enfrentamento e autoafirmação com risco. Além disso, ambas relatam que quando possuíam companheiros não usuários de crack, possuíam mais facilidade em manterem-se abstinentes.

Nos casos de Isabel e Rita, identificou-se o Transtorno de Personalidade Borderline. Além disso, ambas assemelham-se no uso de tabaco concomitante ao uso do crack, apresentando também as mesmas comorbidades (Episódio Depressivo Maior Atual e Transtorno de Ansiedade Generalizada), além do risco de suicídio. Débora, por sua vez, não possui os transtornos de personalidade avaliados. Ela também não utiliza tabaco e apenas compartilha da comorbidade de um Episódio Depressivo Maior Atual.

Tal comorbidade é apontada por Segrin (2010) como um fator que dificulta o uso das habilidades sociais. Por sua vez, um estudo longitudinal na Noruega, que avaliou adolescentes em três tempos: 12,5 anos (N= 566), 16,5 anos (N= 375) e 14,5 anos (n = 456) apontou que baixas habilidades sociais no início da adolescência foram fatores preditivos do aumento de sintomas depressivos (Nilsen, et al., 2013).

No que tange ao Transtorno de Personalidade Borderline, este parece relacionar-se com maiores déficits, como no caso de Isabel, e na maior agressividade no estilo de resposta, como presente no caso de Rita. Sabe-se que tal transtorno caracteriza-se pela impulsividade e padrões de instabilidade nas relações interpessoais (APA, 2014). Entretanto, não é apenas a presença do transtorno de personalidade que define o repertório de habilidades sociais. Conforme Caballo (2003), quanto maior forem as experiências e o uso das habilidades sociais em diferentes contextos, menor será a contribuição do temperamento e de características de personalidade.

Indo além das características gerais, no eixo infância, os casos compartilham dificuldades no uso das habilidades sociais e demonstram especificidades no tipo de dificuldade encontrada: para Isabel e Débora, na timidez ao expressar seus sentimentos e para Rita em sua conduta agressiva. As habilidades sociais na infância requerem atenção, pois são imprescindíveis na prevenção de comportamentos problemáticos e de suas conseqüências na vida adulta (Francischetto & Soares, 2014). Nesse sentido, o contexto familiar possui um importante papel na aprendizagem das habilidades sociais, pois comumente são aprendidas a partir dos pais na infância (Limberger & Andretta, 2015a). Conforme o caso de Rita, ela refere: “*virei uma leoa porque aprendi*”, também relatando a vivência em um ambiente com constantes brigas e discussões. Nesse contexto, as habilidades dos pais em expressar adequadamente tanto a raiva como o desagrado constitui um modelo de autocontrole para os filhos (Del Prette & Del Prette,

2014).

A literatura nacional e internacional tem evidenciado a relevância das habilidades sociais na infância, tanto na prevenção de problemas futuros como na promoção de uma melhor adaptação escolar. Um estudo longitudinal que acompanhou 3.901 estudantes americanos na educação infantil, no primeiro ano, terceiro ano, quinto ano e oitavo ano, identificou um modelo de efeitos recíprocos, em que as habilidades sociais influenciam o bom desempenho escolar e esse contribui na aquisição de novas habilidades sociais (Caemmerer & Keith, 2015). Outro estudo longitudinal, realizado em Israel, com 198 crianças no início e no fim da pré-escola apontou que a maneira como ocorre o processamento das informações sociais representa-se nas habilidades sociais, que por sua vez contribuem na adaptação escolar (Ziv, 2013). Além disso, um estudo brasileiro com 220 crianças identificou que maiores escores na habilidade social de responsabilidade predizem a menor probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento (Casali-Robalinho, Del Prette, & Del Prette, 2015).

Diante de tais estudos, percebe-se que além do contexto familiar, o contexto escolar também contribui no desenvolvimento das habilidades sociais. No caso de Rita, que referiu brigas na escola e também vivenciava discussões em casa, houve carência de um contexto que a assertividade fosse um modelo de resposta, tanto que refere que não gosta de lembrar-se da sua infância. Já para Débora, que recorda da infância como um período bom, talvez sua timidez não impactasse tanto sua qualidade de vida, pois via na mãe uma figura de suporte. Para Isabel, sua característica de ser calada acabava prejudicando ainda mais sua comunicação com sua mãe, na dificuldade de expressar seus sentimentos. Assim, em cada caso as necessidades de habilidades sociais específicas relacionavam-se com o contexto em que interagiam e com suas características pessoais.

No eixo adolescência, os três casos compartilham de dificuldades nas suas habilidades sociais, cada qual com sua especificidade. Para Isabel e Rita, padrões semelhantes da infância seguem: na infância, Isabel relatava dificuldades na comunicação com sua mãe e na adolescência aponta a dificuldade em fazer pedidos e expressar suas necessidades. Por sua vez, o comportamento tímido de Débora, que estava presente na infância, também se mantém na adolescência, na dificuldade de iniciar conversas. Nesses casos, percebe-se uma continuidade dos comportamentos da infância que podem ser ocasionados pela falta de novas experiências de aprendizagem, que poderiam ocorrer a partir dos pares, dos familiares ou ainda de intervenções específicas, como o Treinamento de Habilidades Sociais (Limberger & Andretta, 2015a). No caso de Rita, ao guardar seus sentimentos para si, sem perceber uma rede de apoio na adolescência, há impedimentos do exercício das demais habilidades sociais. Conforme Nilsen et al (2013), o apoio social de colegas, pais e professores contribui nas habilidades sociais principalmente de adolescentes do sexo feminino, quando comparadas com adolescentes do sexo masculino.

Nos três casos, percebe-se que seriam úteis intervenções na adolescência, e possivelmente ainda na infância, com a finalidade de ampliar o repertório de habilidades sociais e prevenir transtornos na vida adulta (Wagner & Oliveira, 2015). Tais intervenções poderiam ocorrer no contexto escolar, dada a importância do papel social que a escola ocupa na vida dos adolescentes (Andretta, Limberger, & Oliveira, 2014).

Tanto Isabel como Débora referem que não tiveram um contato maior com os pares na adolescência, questão que pode dificultar a ampliação do repertório de habilidades sociais pela falta de contextos de interação para que tais habilidades sejam aprendidas e/ou utilizadas. De acordo com Del Prette, Ferreira, Dias e Del Prette (2015), na adolescência, o repertório de habilidades sociais necessita ser ampliado, pois há um

contato maior com os pares e uma menor supervisão parental. Entretanto, a falta de contato com os pares e também as relações sociais pouco habilidosas implicam em maior probabilidade de dificuldades comportamentais e emocionais (Leme, Fernandes, Jovarini & Achkar, 2015). Dentre tais comportamentos, o uso de drogas tem sido destacado na literatura (Iruirtia, Caballo, & Ovejero, 2009; Wagner & Oliveira, 2015). A partir de um estudo realizado na Estônia com 2.460 estudantes entre 15 e 16 anos identificou-se que os adolescentes que possuíam baixas habilidades sociais tiveram maiores chances do uso do tabaco, maconha, sedativos e inalantes (Vorobjov, Saat, & Kull, 2014). Nos casos de Débora e Rita, o uso de tabaco e maconha foram relatados ainda na adolescência, como será apresentado no eixo a seguir.

No eixo uso de drogas, observa-se que entre a infância e a adolescência, nos três casos as mulheres viam seus familiares utilizando drogas de maneira problemática. Desta forma, os jovens reproduzem os comportamentos de pessoas que usam drogas, sendo seus familiares modelos, que se configuram como influências negativas (Botvin & Griffin, 2015). Nesse sentido, em uma revisão de literatura sobre os fatores de risco e de proteção do uso do crack, o consumo de drogas por parte da família foi apontado pelos usuários como fator de risco, além da falta de carinho, apoio e atenção dos pais (Sayago, Lucena-Santos, Ribeiro, Yates, & Oliveira, 2013).

Destaca-se que, especialmente no uso do crack, nos três casos foram pessoas próximas que ofereceram tal droga. Para Isabel, a partir de um amigo do namorado; para Débora, a partir da cunhada, e para Rita, a partir de uma amiga. Desta forma, a vinculação do uso de drogas com as relações sociais desempenham um papel importante na compreensão do uso de substâncias psicoativas, pois dispor de muitos recursos sociais possibilita a proteção da ansiedade do consumo de drogas (Iruirtia, Caballo, & Ovejero, 2009).

Diante do contexto do uso de drogas, a habilidade social de fazer recusas torna-se imprescindível. Isabel relata que ao ver o namorado usando crack, queria “*compartilhar*” aquele momento com ele, visto que além da dependência, a droga passa a ter um papel de articulador nos relacionamentos, dificultando ainda mais a saída deste círculo vicioso. A dificuldade de Isabel em recusar a droga também foi apontada em um estudo com adolescentes usuários de maconha (Wagner & Oliveira, 2015). Nesse sentido, a habilidade de recusar às drogas é complexa, pois envolve a informação sobre as conseqüências adversas do uso de drogas e o manejo da pressão direta pelos pares e mídia (Botvin & Griffin, 2015).

No eixo vida adulta, percebe-se que as dificuldades nas habilidades sociais da adolescência continuaram na vida adulta. Sabe-se que as habilidades sociais são situacionais e que podem ser modificadas ao longo do ciclo vital, todavia, quando os contextos de interação são restritos e não há situações de aprendizagem, os déficits tendem a persistirem (Caballo, 2003). Além disso, experiências de humilhação e intimidação podem reverter em prejuízos na autoestima e nas habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2014). No caso de Débora, apesar não relatar experiências negativas, ela relata um grande receio de ser motivo de gozação, razão pela não se expõe e não inicia conversas.

Além disso, Isabel e Rita possuíam Transtorno de Personalidade Borderline e déficits no autocontrole da agressividade, identificado no Inventário de Habilidades Sociais e na Entrevista Clínica. Débora, por sua vez, apresenta repertório bastante elaborado no referido fator a partir do IHS, mas pela entrevista percebe-se que sua raiva é guardada para si, não sendo conduzida de maneira assertiva. Desta forma, a expressão da raiva ou desagrado torna-se essencial, a fim de que as necessidades sejam expressas e que tal ação vá além da simples descarga emocional (Del Prette & Del Prette, 2014).

Para além das comorbidades psiquiátricas, o isolamento social também necessita ser avaliado. Débora refere uma importante particularidade do uso de drogas, o afastamento do usuário com pessoas não usuárias de drogas e vice-versa. Assim, fica ainda mais difícil que um novo repertório comportamental seja adquirido, pois as habilidades sociais podem ser perdidas pela falta de uso e o isolamento dificulta o uso (Caballo, 2003; Segrin 2010).

Percebe-se uma particularidade em Isabel, que descreve certa evolução na conversação e desenvoltura social. Para ela, com a entrada no curso técnico e posteriormente na graduação, seu repertório pode ser desenvolvido de maneira satisfatória, pois a partir das constantes apresentações de trabalhos, passou a ter um menor receio de falar em público. O contexto da graduação não foi vivenciado por Débora e Rita, que não referem evolução em alguma de suas habilidades sociais. Ressalta-se que o contexto em si não garante a aprendizagem de habilidades sociais, mais sim as experiências positivas que são proporcionadas e percebidas pelas pessoas. No caso de Isabel, ela recorda do incentivo e apoio do professor para que falasse para a turma sem ler, e que tal experiência aumentou sua confiança. Desta forma, na medida em que atingir os objetivos conduz a uma autoavaliação positiva, há um aumento na satisfação e na autoestima do indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2014).

Na fase adulta, são requeridos novos comportamentos ligados aos novos contextos, como a resolução de problemas interpessoais na família e com filhos (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015). As semelhanças das habilidades sociais de Isabel e Débora com seus filhos mais velhos necessitam ser consideradas. No caso da filha de Isabel, a dificuldade em pedir informações, e no caso de Débora, a timidez de seu filho. Além disso, o fato de Isabel continuar a fazer os pedidos pela filha, faz com que tal habilidade continue sendo menos desenvolvida em sua filha, reforçando tal

comportamento. Desta forma, percebe-se a importância das habilidades sociais das mães no seu manejo com seus filhos. Nesse sentido, a convergência entre as práticas positivas maternas e as habilidades sociais dos filhos foi apontada em um estudo brasileiro com 24 mães e seus filhos adolescentes (Sabbag & Bolsoni-Silva, 2015). As autoras apontam que quando as mães valorizam o interesse dos adolescentes, esses participam de maneira ativa ao expressarem suas opiniões nas interações (Sabbag & Bolsoni-Silva, 2015).

Os três casos pontuaram bons repertórios de habilidades de enfrentamento e autoafirmação com risco no Inventário de Habilidades Sociais. Entretanto, a partir da entrevista, percebe-se que a forma de expressão de tais comportamentos ocorre com agressividade no caso de Rita e com nervosismo, no caso de Débora. Sendo assim, a avaliação das habilidades sociais deve contemplar a maneira como as respostas ocorrem, se são assertivas, passivas ou agressivas (Caballo, 2003).

Outro importante fator a ser considerado trata-se das habilidades sociais no momento de internação hospitalar. Em todos os casos há algum tipo de desconforto durante o tratamento em relação às situações interpessoais que aconteceram. Desde questões mais pontuais, como o fato de Isabel não conseguir pedir para a colega de quarto que ficasse em silêncio e a deixasse ler, como situações mais complexas, como o fato de Débora participar dos grupos sem expressar o que estava sentido, por medo de falar “*besteira*”. Assim, quando as baixas habilidades sociais persistem, o tratamento pode ser menos proveitoso por não dispor de recursos naquela situação.

A internação hospitalar, sendo uma das etapas do tratamento, necessita considerar a possibilidade de intervenções focais voltadas ao aumento das habilidades sociais em mulheres usuárias de crack. Sugere-se que a intervenção ocorra a partir da avaliação das habilidades sociais, em formato grupal, com o constante exercício das

habilidades sociais a serem adquiridas. Isso contribuirá para interações satisfatórias entre profissionais e pacientes, bem como entre os próprios pacientes, a fim de que se sintam mais dispostos a participarem de grupos terapêuticos, além de sentirem-se à vontade para fazer pedidos e expressarem suas dúvidas em relação ao tratamento. Avançando neste raciocínio e partindo de uma concepção mais ampla de saúde, ressalta-se a importância de intervenções que vão além da redução dos déficits em habilidades sociais, que proporcionem uma política de promoção de habilidades sociais como maneira de qualidade de vida e de condições favoráveis à saúde (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015).

Considerações Finais

A partir da análise dos casos, foi possível compreender o papel das habilidades sociais no decorrer da trajetória de vida e sua relação com o contexto do uso de drogas. Com isso, a contribuição teórica dos achados revela que as habilidades sociais necessitam ser consideradas na avaliação e no tratamento de mulheres usuárias de crack. Além disso, sugere-se que intervenções promotoras de habilidades sociais nas etapas do ciclo vital podem desenvolver relacionamentos interpessoais satisfatórios e condutas assertivas, minimizando os riscos de transtornos psicológicos.

Sabe-se que as habilidades sociais relatadas pelas mulheres na infância e adolescência perpassam pelo processo de lembrança e memória, sendo necessário considerar tal questão. Nesse sentido, houve mais dados acerca das habilidades sociais do momento atual, na medida em que as mulheres relatavam situações que se deparam no cotidiano. Os três casos compartilham de dificuldades na utilização das habilidades sociais, que poderiam ser desenvolvidas a partir de intervenções específicas, melhorando as interações sociais inclusive no contexto da internação hospitalar.

Ao analisar as habilidades sociais pelo inventário e pela entrevista clínica, foi possível uma compreensão mais completa desse fenômeno. Com isso, fica claro que, além da presença ou ausência de determinadas classes de comportamentos, torna-se imprescindível avaliar como tais respostas são dadas. Sugere-se que novos estudos também contemplem na avaliação a observação do comportamento em diferentes contextos de interação, considerando as classes de respostas (assertiva, agressiva e passiva).

Referências

- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. DSM IV-TR* (4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Andretta, I., Limberger, J., & Oliveira, M. S. (2014). Abandono de tratamento de adolescentes com uso abusivo de substâncias que cometeram ato infracional. *Aletheia*, 43 (44), 116 - 128. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115039411009>
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2015). Treinamento de habilidades para a vida. In: Murta, S. G., Leandro-Grança, C., Santos, K. B. (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (318-340). Novo Hamburgo: Sinopys.

- Brasil, (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Retrieved from conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos.
- Caemmerer, J. M., & Keith, T. Z. (2015). Longitudinal, reciprocal effects of social skills and achievement from kindergarten to eighth grade. *Journal of School Psychology, 53*. 265–281. doi: 10.1016/j.jsp.2015.05.001
- Casali-Robalinho, I. G., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2015). Habilidades Sociais como Predictoras de Problemas de Comportamento em Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(3), 321-330. doi: 10.1590/0102-37722015032110321330
- Cunha, J. A. (1993). *Psicodiagnóstico-R*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P.; Ferreira, B. C., Dias, T. P., & Del Prette, A. (2015). Habilidades sociais ao longo do desenvolvimento: perspectivas de intervenção em saúde mental. In: Murta, S. G., Leandro-Grança, C., Santos, K. B. (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (318-340). Novo Hamburgo: Sinopys.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2014). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Dias, T. P., Lopes, D. C., & Del Prette, Z. A. P. (2015). Programas de intervenção em habilidades sociais para crianças: propostas para a educação infantil e o ensino fundamental. In: Murta, S. G., Leandro-Grança, C., Santos, K. B. (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (318-340). Novo Hamburgo: Sinopys.

- Feldens, A. C. M., Silva, J. G. D., & Oliveira, M. D. S. (2011). Avaliação das funções executivas em alcoolistas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, *19*, 164-171. Retrieved from http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_164-171.pdf
- Feitosa, F. B. (2013). Habilidades Sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *65* (1). 38-50.
- Fernandes, C. S., Falcone, E. M. O., Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, *14*(1). Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100014&lng=pt&tlng=pt.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Entrevista estruturada para transtornos de personalidade do DSM-IV, SCID-II (1,0): Versão brasileira*. Melo, N. M. M & Rangé, B. P. (Trad.). Rio de Janeiro, RJ: sem editora
- Francischetto, V. & Soares, A. B. (2014). Habilidades Sociais e estilos de apego em dependentes de substâncias psicoativas. *Psychologica*, *57*(2). 35-52. doi: 10.14195/1647-86065722
- Gonzálvez, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., & Orgilés, M. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales? *Revista Española de Drogodependencias*, *39*(4), 14-28. Retrieved from http://www.aesed.com/descargas/revistas/v39n4_1.pdf
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., Ovejero, A. (2009). Trastorno de Ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *17*(1). 155-168
- Leme, V. B. R., Fernandes, L. M., Jovarini, N. V., & Achkar, A. M. (2015). Relações interpessoais e habilidades sociais de adolescentes de contextos sociais vulneráveis.

In: Del Prette, Z. A. P., Soares, A. B., Pereira-Guizo, C. S., Wagner, M. F., & Leme, V. B. R. *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*. (103-127). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Limberger, J., & Andretta, I. (2015a). A compreensão das habilidades sociais a partir do ciclo vital. In: Del Prette, Z. A. P. et al. *Anais do V Seminário Internacional de Habilidades Sociais*. Pirenópolis, GO.

Limberger, J., & Andretta, I (2015b). Novas problemáticas sociais: o uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero. *CS, 14*, 41-65. Retrieved from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n15/n15a03.pdf>

Nascimento, E. (2004). *Adaptação e padronização brasileira da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.

Nilsen, W., Karevold, E., Røysamb, E., Gustavson, K., & Mathiesen, K. S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: Social support as a mediator in girls versus boys. *Journal of Adolescence, 36*, 11-20. doi:
10.1016/j.adolescence.2012.08.005

Ramiro, F. S., Padovani, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. *Saúde em Debate, 38*(101), 379-392. doi:10.5935/0103-1104.20140035

Sayago, C. B., Lucena-Santos, P., Ribeiro, F., Yates, M. B., & Oliveira, M. S. (2013). Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. *Aletheia, 42*, 164-174. Retrieved from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942013000300014&script=sci_arttext

Sabbag, G. M., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Relações entre práticas educativas e as habilidades sociais educativas de mãe de adolescentes. In: Del Prette, Z. A. P.,

- Soares, A. B., Pereira-Guizo, C. S., Wagner, M. F., & Leme, V. B. R. *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*. (103-127). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Schneider, J. A., Limberger, J., & Andretta, I. (no prelo). *Habilidades Sociais e Drogas: Revisão Sistemática da Produção Científica Nacional e Internacional. Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Segrin, C. (2010). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review, 20*(3). 379–403.
- Sintra, C. I. F., Lopes, P. & Formiga, N. (2011). Conduas antissociais e delitivas e habilidades sociais em contexto forense. *Psicol. Argum, 29*, 383-399.
- Terroso, L. B., Pedroso, F. N., & Kurle, A. M. (2015). Habilidades sociais na adolescência: conceituação, avaliação e intervenção. In: Argimon, I. I. L., Esteves, C. S., & Wendt, G. W. (orgs). *Ciclo vital: perspectivas contemporâneas em avaliação e intervenção*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality In Health Care, 19*(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Vorobjov, S., Saat, H., & Kull, M. (2014). Social skills and their relationship to drug use among 15–16-year-old students in Estonia: An analysis based on the ESPAD data. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31*. Retrieved from: <http://www.degruyter.com/view/j/nsad>
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2015). Habilidades sociais no abuso e na dependência de maconha. In: Del Prette, Z. A. P., Soares, A. B., Pereira-Guizo, C. S., Wagner, M. F., & Leme, V. B. R. *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios*

sobre pesquisa e prática. Novo Hamburgo: Sinopys Editora.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Ziv, Y. (2013). Social information processing patterns, social skills, and school readiness in preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 114, 306-320. doi: 10.1016/j.jecp.2012.08.009

Considerações Finais da Dissertação

Pesquisar sobre mulheres usuárias de crack em tratamento trata-se de um grande desafio, pois constitui um fenômeno complexo e que impacta significativamente na vida de tais mulheres. A mulher que está em tratamento traz consigo uma história permeada pela maneira como as suas interações sociais foram sendo estabelecidas no decorrer de sua vida, e como as suas habilidades sociais foram sendo manifestadas nos contextos familiares, do trabalho e das relações sociais.

As habilidades sociais, tão imprescindíveis no ciclo vital, também são indispensáveis na internação hospitalar, a fim de que as mulheres sintam-se à vontade para fazer pedidos, expressar suas necessidades e participar de grupos terapêuticos. Apesar da importância de tais questões, a interface entre o uso do crack e as habilidades sociais ainda é pouco contemplada na literatura brasileira. Isso pode ser compreendido pelo fato de que no Brasil a produção científica acerca das habilidades sociais data dos anos 90 (Manolio & Ferreira, 2010), mesma época em que os estudos acerca do crack no contexto brasileiro são referidos (Kessler & Pechansky, 2008). Desta forma, esta dissertação uniu fenômenos relevantes e complexos, de maneira quantitativa e qualitativa, a fim de permitir diferentes enfoques e proporcionar novas discussões.

No presente estudo, os objetivos foram contemplados, ao avaliar as habilidades sociais de mulheres em tratamento pelo uso do crack, considerando os dados sociodemográficas e clínicos, bem como os comportamentos relacionados ao uso de drogas, identificando relações e associações entre as variáveis. Destaca-se que a idade relacionou-se com maiores habilidades sociais, e as menores habilidades sociais foram associadas às características clínicas como o Episódio Depressivo Maior, o Transtorno de Personalidade Borderline e o uso de cocaína.

Os comportamentos de risco, por sua vez (problemas com a justiça e tráfico para

sustentar o uso), associaram-se com menores habilidades sociais em fatores específicos. Já outros fatores associaram-se com um repertório maior de habilidades sociais, como ter amigos que não usam drogas e trabalhar antes da internação. Assim, percebe-se que além das habilidades sociais serem fatores protetivos ao uso de drogas, é importante refletir sobre os fatores de risco e de proteção no desenvolvimento das habilidades sociais no decorrer da vida.

A partir do estudo de casos múltiplos e respectiva síntese dos casos cruzados, percebeu-se que aquelas habilidades que não foram desenvolvidas na infância e na adolescência continuaram com dificuldades na idade adulta, conforme a literatura aponta (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015). Além disso, destaca-se que a aquisição da habilidade de conversação e desenvoltura social, conforme apontado em um caso, foi possível a partir do contexto de interação da formação acadêmica. Assim, acredita-se que as habilidades sociais podem ser aprendidas nos diferentes momentos do ciclo vital, inclusive no momento da internação hospitalar.

Vislumbra-se que após a internação, habilidades específicas para a abstinência do crack são imprescindíveis, como a de recusar a droga, principalmente de pessoas conhecidas. Nesse sentido, os estudos que compõe a dissertação enfatizam a necessidade de intervenções específicas para mulheres usuárias de crack, a fim de que habilidades sociais sejam aprendidas, e as existentes sejam potencializadas. Sendo assim, a promoção de habilidades sociais em usuários de crack não deve objetivar somente a diminuição do uso de drogas, pois diferentes fatores estão envolvidos no uso, como questões familiares e vivências traumáticas (Limberger & Andretta, 2015). Desta forma, programas de habilidades sociais devem ser realizados a fim de potencializar a etapa da internação hospitalar, sendo úteis durante a após alta, pois independente do contexto de tratamento, as habilidades sociais são indispensáveis nas interações sociais.

Nesse estudo, a entrevista clínica contribuiu para uma análise complementar dos dados do Inventário de Habilidades Sociais, ao identificar os estilos de resposta, como a resposta agressiva frente às situações. Para tanto, o desenvolvimento de novos estudos com a entrevista clínica pode aprimorar tal instrumento, possibilitando uma análise diferenciada das habilidades sociais.

Além disso, a avaliação das habilidades sociais requer diferentes instrumentos de avaliação, que vão além da presença ou ausência de comportamentos e considerem como as respostas são dadas nas situações. Com isso, esse estudo teve como limitação a avaliação das habilidades sociais somente a partir do autorrelato, sugerindo que futuros estudos utilizem protocolos observacionais para avaliação dos comportamentos emitidos através das habilidades sociais. Outra limitação diz respeito à avaliação de apenas quatro transtornos de personalidade, sendo que futuros estudos podem contemplar a avaliação dos demais transtornos.

A partir da dissertação, conclui-se que características sociodemográficas, clínicas e de uso de drogas relacionam-se com habilidades sociais específicas de mulheres em tratamento devido ao uso do crack, como o autocontrole da agressividade, autoafirmação na expressão de sentimentos positivos e a autoexposição a desconhecidos e situações novas. Com isso, espera-se que novos questionamentos e novas perguntas emerjam, originando estudos que avaliem intervenções nas habilidades sociais de tais mulheres, a fim de que novas possibilidades de tratamento sejam efetivadas.

Referências da Dissertação

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: Murta, S. G., Leandro-Grança, C., Santos, K. B. (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp.54-74). Novo Hamburgo: Sinopys.
- Arkowitz, H., Lichtenstein, E., McGovern, K., & Hines, P. (1975). The behavioral assessment of social competence in males. *Behavior Therapy*, 6, 3–13.
doi:10.1016/S0005-7894(75)80056-6
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos
- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(10), 3243-3253. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014
- Del Prette, Z. A. P; Ferreira, B. C., Dias, T. P., & Del Prette, A. (2015). Habilidades sociais ao longo do desenvolvimento: perspectivas de intervenção em saúde mental. In: Murta, S. G., Leandro-Grança, C., Santos, K. B. (Eds.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp.318-340). Novo Hamburgo: Sinopys.
- Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz]. (2013). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Retrieved from <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/09/brasil-realiza-pesquisa-sobre-o-uso-do-crack>
- Hulka, L. M., Eisenegger, C., Preller, K. H., Vonmoos, M., Jenni, D., Bendrick, K., ... Quednow, B. B. (2014). Altered social and non-social decision-making in recreational and dependent cocaine users. *Psychological Medicine*, 44, 1015–1028.

- doi: 10.1017/S0033291713001839.
- 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. doi: 10.1590/S0101-81082008000300003
- Manolio, C. L., Ferreira, B. C. (2010). O campo das Habilidades Sociais no Brasil: Entrevista com Almir e Zilda Del Prette. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, 10(2). Retrieved from <http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/html/v11n2a12.html>
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Kraup, G., Ostergard, T., ... Nordentoft, M. (2007). Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The danish OPUS trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 88-96. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00015.x.
- Riggio, R. E., (1986). Assessment of Basic Social Skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 649-660. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=fulltext.journal&jcode=psp&vol=51&issue=3&page=649&format=PDF>
- Terroso, L. B., Pedroso, F. N., & Kurle, A. M. (2015). Habilidades sociais na adolescência: conceituação, avaliação e intervenção. In: Argimon, I. I. L., Esteves, C. S., & Wendt, G. W. (orgs). *Ciclo vital: perspectivas contemporâneas em avaliação e intervenção*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2015). Habilidades sociais no abuso e na dependência de maconha. In: Del Prette, Z. A. P., Soares, A. B., Pereira-Guizo, C. S., Wagner, M. F., & Leme, V. B. R. *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*. Novo Hamburgo: Sinopys Editora

Apêndices

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|----------------|------|---|--|---|---|
| DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___ LOCAL: | | | | | ENTREVISTADOR: | | | | |  |
| PACIENTE ENTREVISTADO EM: 1- () INTERNAÇÃO 2- () AMBULATÓRIO 3- () FAZENDA TERAPÊUTICA 4- () OUTRO: | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO: | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: 1- () MASCULINO 2- () FEMININO | | | | | | | | | | |
| ETNIA: 1- () AFRODESCENDENTE 2- () ASIÁTICO 3- () INDÍGENA 4- () BRANCO 5- () MULATO/PARDO 6- () OUTRO: _____ | | | | | | | | | | |
| TELEFONES: RESIDENCIAL/CELULAR/RECADOS: | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | | | |
| CIDADE: | | | | | ESTADO: | | | | | |
| EMAIL: () NÃO POSSUI | | | | | | | | | | |
| ESCOLARIDADE | | RENDA FAMILIAR | | COM QUEM MORA | | | ESTADO CIVIL | | | |
| 1 - () 1º GRAU INCOMPLETO 2 - () 1º GRAU COMPLETO (até 8ª) 3 - () 2º GRAU INCOMPLETO 4 - () 2º GRAU COMPLETO (Ens. Med) 5 - () ENSINO SUP INCOMPLETO 6 - () ENSINO SUP COMPLETO 7 - () PÓS GRADUAÇÃO 8 - () ENSINO TÉCNICO | | ATÉ: 1-() 1 SAL MÍNIMO 2-() 2 SAL MÍNIMO 3-() 3 SAL MÍNIMO 4-() 4 SAL MÍNIMO 5-() 5 SAL MÍNIMO 6-() + DE 5 SAL MÍNIMO 7-() NÃO SABE | | 1- () SOZINHO 2- () PAI E MÃE APENAS 3- () PAI OU COM MÃE APENAS 4- () PAI, MÃE E OUTROS 5- () COMPANHEIRO APENAS 6- () MAIS UMA PESSOA 7- () MAIS DUAS PESSOAS 8- () MAIS TRÊS PESSOAS 9- () MAIS 4 PESSOAS 10- () 5 OU MAIS PESSOAS <i>MADRASTA E PADRASTO ENTRAM COMO OUTROS E NÃO COMO PAI E MÃE</i> | | | 1- () SOLTEIRO 2- () CASADO 3- () VIÚVO 4- () DIVORCIADO 5- () COM COMPANHEIRO 6- () SEPARADO | | | |
| FILHOS | | | | | | | | | | |
| TEM FILHOS? () SIM () NÃO QUANTOS? _____ IDADE DOS FILHOS: _____ IDADE QUANDO O 1º FILHO NASCEU: _____ CONVIVE COM TODOS OS FILHOS? () SIM () NÃO SE NÃO: ELES CONVIVEM COM QUEM? _____ | | | TEM A GUARDA DE TODOS FILHOS? () SIM () NÃO SE NÃO: DE QUEM É A GUARDA DOS FILHOS? _____ OS FILHOS FORAM PLANEJADOS? _____ PLANEJA TER MAIS FILHOS? _____ | | | | Durante a gravidez, utilizou algum tipo de droga? () SIM () NÃO Quais? _____ Quanto usava em um dia típico? _____ Teve aborto espontâneo? () SIM () NÃO Idade: _____ Teve aborto provocado? () SIM () NÃO Idade: _____ | | | |
| RELIGIÃO | | TRABALHO | | RELATO DE DOENÇAS | | | TRATAMENTO | | | |
| PRATICANTE: () SIM () NÃO 1- () NÃO TEM 2- () CATÓLICA 3- () ESPÍRITA 4- () AFRO-BRASILEIRA 5- () JUDAICA 6- () EVANGÉLICA 7- () ORIENTAL/BUDISMO 8- () OUTRA: _____ | | TRABALHA ATUALMENTE? () SIM () NÃO TRABALHAVA ANTES DA INTERNAÇÃO? () SIM () NÃO QUAL ATIVIDADE? _____ | | () SIM () NÃO QUAIS? _____ _____ _____ | | | HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ NO TRATAMENTO: _____ (DIAS) TEMPO DE ABSTINÊNCIA ATUAL _____ (DIAS) INTERNAÇÃO: 1- () VOLUNTÁRIA 2- () INVOLUNTÁRIA 3- () COMPULSÓRIA | | | |
| A RELIGIÃO CONTRIBUI EM SEU TRATAMENTO? () SIM () NÃO SE SIM, QUANTO ELA CONTRIBUI: () POUCO () MODERADO () MUITO | | ESTUDA ATUALMENTE? () SIM () NÃO O QUE ESTUDAVA? _____ | | RELATO DE PERDAS SIGNIFICATIVAS (entes queridos, empregos, relacionamentos) _____ _____ | | | MEDICAÇÃO VOCÊ TOMOU MEDICAMENTOS NOS ÚLTIMOS 5 DIAS? () SIM () NÃO QUAL MEDICAÇÃO? PARA QUE? | | | |
| CRITÉRIOS BRASIL | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4OU+ | GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA | | | |
| Televisão em Cores | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Analfabeto / Primário incompleto | | 0 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|---------|---------|---------|---------|---------|--------|-------|
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Primário completo / Ginásial incompleto | | | | | | 1 | |
| Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 | Ginásial completo / Colegial incompleto | | | | | | 2 | |
| Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 | Colegial completo / Superior incompleto | | | | | | 4 | |
| Empregada Mensalista | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 | Superior completo | | | | | | 8 | |
| Máquina de Lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | CORTES DO CRITÉRIO BRASIL Score Bruto | | | | | | | |
| Vídeo Cassete e/ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | (1)A1 | (2)A2 | (3)B1 | (4)B2 | (5)C1 | (6)C2 | (7)D | (8)E |
| Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 42 – 46 | 35 – 41 | 29 – 34 | 23 – 28 | 18 – 22 | 14 – 17 | 8 – 13 | 0 – 7 |
| Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0,9% | 4,1% | 8,9% | 15,7% | 20,7% | 21,8% | 25,4% | 2,6% |

NA SUA OPINIÃO, ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA **TEM OU TEVE** PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE **DROGAS OU BEBIDAS ALCOÓLICAS**? 1 - () SIM 2 - () NÃO

SE A RESPOSTA FOR SIM, INDIQUE QUAIS FAMILIARES NA SUA OPINIÃO **APRESENTAM OU APRESENTARAM** PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE **DROGAS, TABACO OU ÁLCOOL**: (É POSSÍVEL ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

| | SIM | NÃO | ÁLCOOL | MACONHA | COCAÍNA | CRACK | SOLVENTE | TABACO | SEDATIVO | OUTRO |
|--------------|----------|-----|----------------|-------------------------------------|---------|-------|----------|--------|----------|-------|
| PAI | | | | | | | | | | |
| MÃE | | | | | | | | | | |
| AVÓS | | | | | | | | | | |
| IRMÃO? | | | QUANTOS? _____ | QUANTOS IRMÃOS TÊM PROBLEMAS? _____ | | | | | | |
| IRMÃOS | USAM>>>> | | | | | | | | | |
| COMPANH. | | | | | | | | | | |
| OUTROS QUEM? | | | | | | | | | | |

VOCÊ JÁ FEZ OUTRO TIPO DE ATENDIMENTO OU TRATAMENTO PARA O USO DE DROGAS? 1 - () SIM 2 - () NÃO

| SIM | NÃO | | Nº DE X | SIM | NÃO | | Nº DE X |
|-----|-----|--|---------|-----|-----|-----------------------------|---------|
| | | Internação hospitalar | | | | Consultório particular | |
| | | Fazenda terapêutica | | | | AA ou NA | |
| | | Ambulatório (posto de saúde) | | | | Psicoterapia em consultório | |
| | | CAPS | | | | Outros: | |
| | | Serviço de emergência (pronto socorro) | | | | | |

QUAL A DROGA QUE O LEVOU A BUSCAR ESSE TRATAMENTO / AJUDA? – **MARCAR APENAS 1**

| ÁLCOOL | MACONHA | COCAÍNA | CRACK | SOLVENTE | TABACO | SEDATIVO | OUTRO |
|--------|---------|---------|-------|----------|--------|----------|-------|
| | | | | | | | |

OBS: PERGUNTAR E RESPONDER SOBRE TODAS

| TABACO | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHAVIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI |
|--------|---|--|--|
| | T 2 – Com que idade você fumou pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS |
| | T 3 – Qual a frequência do uso de tabaco no último ano? | | _____ DIAS POR SEMANA |
| | (1) Não fumei no último ano | (3) Fumo de 5-6 dias/semana | (5) Fumo de 1-2 dias/semana |
| | (2) Fumo todos os dias | (4) Fumo de 3-4 dias/semana | (6) Nunca usei tabaco. |
| | T 4 – Quantos cigarros você fuma atualmente? | | _____ CIGARROS |
| | (1) Atualmente não fumo | (3) 11-20 cigarros por dia | (5) 31-40 cigarros por dia (7) Nunca usei tabaco |
| | (2) 01-10 cigarros por dia | (4) 21-30 cigarros por dia | (6) mais que 2 maços por dia |
| | T5 – Quantos cigarros você fumava antes da internação? | | _____ CIGARROS |
| | (1) Atualmente não fumo | (3) 11-20 cigarros por dia | (5) 31-40 cigarros por dia (7) Nunca usei tabaco |
| | (2) 01-10 cigarros por dia | (4) 21-30 cigarros por dia | (6) mais que 2 maços por dia |
| | T 6 - Tempo de abstinência do tabaco: | | _____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter) |
| | (1) Não está abstinente | (3) até 1 semana | (5) até 6 meses (7) Não usa atualmente |
| | (2) até 1 dia | (4) até 1 mês | (6) até 1 ano (8) Nunca usei tabaco |
| ÁLCOOL | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHAVIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI |
| | A 2 – Com que idade você bebeu pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS |
| | A 3 – Qual a frequência do uso de álcool no último ano? | | _____ DIAS POR SEMANA |
| | (1) Não bebi no último ano | (3) Bebi de 5-6 dias/semana | (5) Bebi de 1-2 dias/semana |
| | (2) Bebi todos os dias | (4) Bebi de 3-4 dias/semana | (6) Nunca usei álcool |
| | A4 – Qual é o tipo de bebida alcoólica que você costuma usar mais? | | Obs: MARCAR APENAS UMA. |
| | (1) Cachaça | (2) Cerveja | (3) Vinho (4) Champanhe |
| | (5) Whisky | (6) Vodka | (7) Tequila (8) Licor |
| | (9) Não usa atualmente | | (10) Nunca usei álcool |
| | A 5 – Num dia típico em que bebia, quanto você bebia? | | _____ ml (se ele der em garrafas/latas converter em ml) |
| | (1) Até 50ml | (2) Até 350ml | (3) Até 750ml |
| | (4) Até 1500ml | (5) Mais de 1500ml | (6) Não usa atualmente |
| | | | (7) Nunca usei álcool |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|---------------------------|-------------|
| | A 6 – Tempo de abstinência da bebida alcoólica: | | | | | |
| | (1) Não está abstinente | (3) até 1 semana | (5) até 6 meses | (7) Não usa atualmente | | |
| | (2) até 1 dia | (4) até 1 mês | (6) até 1 ano | (8) Nunca usei álcool | | |
| | A 7 – Que idade você tinha quando passou a beber com regularidade | | _____ ANOS (PELO MENOS 1 VEZ/SEMANA) | | | |
| SEDATIVO | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHA VIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI | | | |
| tranquilizantes, benzodiazepínicos SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA Ex: Diazepam®, Rivotril®, Valium®, Rohypnol®, Lexotan®, outros. | SD 2 – Idade em que usou sedativos pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS | | | |
| | SD 3 – Com que frequência usava sedativos no último ano? | | | | | |
| | (1) Não usei no último ano | (3) Usei de 5-6 dias/semana | (5) Usei de 1-2 dias/semana | (7) Menos que 1 vez/mês | | |
| | (2) Usei todos os dias | (4) Usei de 3-4 dias/semana | (6) Usei 3-4 dias no mês | (8) Nunca usei sedativos | | |
| | SD 4 – TEMPO DE ABSTINÊNCIA: | | _____ DIAS (EM MESES OU SEMANAS CONVERTER) | | | |
| | (1) Não está abstinente | (3) até 1 semana | (5) até 6 meses | (7) Não usa atualmente | | |
| | (2) até 1 dia | (4) até 1 mês | (6) até 1 ano | (8) Nunca usei sedativos | | |
| | NUM DIA TÍPICO: | | | | | |
| | SD 5 - Quantos comprimidos usava? | | | | | |
| | SD 6 - Qual sedativo? | | | | | |
| SD 7 - Quantas miligramas? | | | | | | |
| ANFETAMINA | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHA VIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI | | | |
| Estimulantes SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA Ex: Hipofagin®, Inibex®, Dualid®, Desobesi®, Anfepramon, Ritalina | AN 2 – Idade em que usou anfetamina pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS | | | |
| | AN 3 – Com que frequência usava anfetamina no último ano? | | | | | |
| | (1) Não usei no último ano | (3) Usei de 5-6 dias/semana | (5) Usei de 1-2 dias/semana | (7) Menos que 1 vez/mês | | |
| | (2) Usei todos os dias | (4) Usei de 3-4 dias/semana | (6) Usei 3-4 dias no mes | (8) Nunca usei anfetaminas | | |
| | AN 4 – TEMPO DE ABSTINÊNCIA: | | _____ DIAS (EM MESES OU SEMANAS CONVERTER) | | | |
| | (1) Não está abstinente | (3) até 1 semana | (5) até 6 meses | (7) Não usa atualmente | | |
| | (2) até 1 dia | (4) até 1 mês | (6) até 1 ano | (8) Nunca usei anfetaminas | | |
| | NUM DIA TÍPICO: | | | | | |
| | AN 5 - Quantos comprimidos usava? | | AN 6 - Qual anfetamina? | AN7 -Quantas miligramas? | | |
| | | | | | | |
| SOLVENTES | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHA VIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI | | | |
| Inalantes Ex: lança-perfume, loló, cola de sapateiro, benzina, removedor de tinta, tiner, éter, tinta... | S 2 – Idade em que usou solvente pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS | | | |
| | S 3 – Com que frequência usava solvente no último ano? | | | | | |
| | (1) Não usei no último ano | (3) Usei de 5-6 dias/semana | (5) Usei de 1-2 dias/semana | (7) Menos que 1 vez/mês | | |
| | (2) Usei todos os dias | (4) Usei de 3-4 dias/semana | (6) Usei 3-4 dias no mes | (8) Nunca usei solventes | | |
| | S 4 – Que tipo de solvente você costuma utilizar mais? | | | | | |
| | (1) Lança perfume | (2) Loló | (3) Cola | (4) Gasolina | (5)Benzina | (6) Acetona |
| | (7) Removedor de tinta | (8) Tiner | (9) Água-Raz | (10) Não usa atualmente | (11) Nunca usei solventes | |
| | S 5 – TEMPO DE ABSTINÊNCIA: | | _____ DIAS (EM MESES OU SEMANAS CONVERTER) | | | |
| | (1) Não está abstinente | (3) até 1 semana | (5) até 6 meses | (7) Não usa atualmente | | |
| | (2) até 1 dia | (4) até 1 mês | (6) até 1 ano | (8) Nunca usei solventes | | |
| NUM DIA TÍPICO: | | | | | | |
| S 6 – Quantos miligramas ou litros usava? | | | | | | |
| S 7 – Qual solvente? | | | | | | |
| ALUCINÓGENO | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHA VIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI | | | |
| Diazepam®, Rivotril®, Valium®, Rohypnol®, Lexotan®, outros. | AN 2 – Idade em que usou alucinógeno pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS | | | |
| | AN 3 – Com que frequência usava alucinógeno no último ano? | | | | | |
| | (1) Não usei no último ano | (3) Usei de 5-6 dias/semana | (5) Usei de 1-2 dias/semana | (7) Menos que 1 vez/mês | | |
| | (2) Usei todos os dias | (4) Usei de 3-4 dias/semana | (6) Usei 3-4 dias no mes | (8) Nunca usei alucinógenos | | |
| | AN 4 – TEMPO DE ABSTINÊNCIA: | | _____ DIAS (EM MESES OU SEMANAS CONVERTER) | | | |
| | (1) Não está abstinente | (3) até 1 semana | (5) até 6 meses | (7) Não usa atualmente | | |
| | (2) até 1 dia | (4) até 1 mês | (6) até 1 ano | (8) Nunca usei alucinógenos | | |
| | NUM DIA TÍPICO: | | | | | |
| | AN 5 –Qual a quantidade que usava? | | | | | |
| | AN 6 - Qual alucinógeno? | | | | | |
| MACONHA | (1) USEI NO ÚLTIMO ANO | (2) JÁ USEI NA MINHAVIDA, HÁ MAIS DE 1 ANO | (3) NUNCA USEI | | | |
| | M 2 – Com que idade você fumou pela 1ª vez na vida? | | _____ ANOS | | | |
| | M 3 – Qual a frequência fumou maconha no último ano? | | | | | |
| | (1) Não fumei no último ano | (3) Fumo de 5-6 dias/semana | (5) Fumo de 1-2 dias/semana | | | |
| | (2) Fumo todos os dias | (4) Fumo de 3-4 dias/semana | (6) Nunca usei maconha | | | |
| | M 4 – Num dia típico em que fuma (va), quantos baseados usa (va)? | | _____ CIGARROS | | | |

Se sim para prostituição:

Por quanto tempo se prostituiu? _____ meses

Utiliza(va) preservativos? () SIM () NÃO

Com que frequência?

() Sempre () Frequentemente () Poucas vezes () Nunca

Alguma doença relacionada à prostituição? () SIM () NÃO

Qual? _____

Outras condições identificadas

Gravidez

() SIM () NÃO

Se sim: _____ meses

Utilizou algum tipo de droga durante esta gestação?

() SIM () NÃO

Quais?

Quanto utilizou?

Apêndice B – Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA RESOLUÇÃO 012/2015

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 15/011 **Versão do Projeto:** 19/03/2015 **Versão do TCLE:** 19/03/2015

Coordenador:

Mestranda Jéssica Limberger (PPG em Psicologia)

Título: Habilidades sociais, perfil clínico e cognitivo de mulheres usuárias de crack em internação em hospitais gerais.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XL2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 19 de março de 2015.

Prof.ª. Dra. Cátia de Azevedo Fronza
 Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo Quantitativo



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “Habilidades sociais, perfil clínico e cognitivo de mulheres usuárias de crack em internação em hospitais gerais”, realizado pela pesquisadora Jéssica Limberger, psicóloga, mestranda em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, com orientação da Prof^a Dr^a Ilana Andretta.

O estudo tem como objetivo descrever as habilidades sociais, o perfil clínico e cognitivo de mulheres usuárias de crack em internação hospitalar. Esta trata-se da segunda etapa do estudo. Sua participação envolve responder a uma entrevista sobre as suas habilidades sociais no decorrer de sua vida, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Esta entrevista será gravada e os dados serão arquivados assegurando seu anonimato.

A participação neste estudo é isenta de despesas, bem como não haverá ganhos diretos advindos desta pesquisa e poderá oferecer riscos mínimos, como desconfortos ao se lembrar de momentos desagradáveis da sua vida. Sua participação é voluntária, ou seja, é livre para decidir sobre a participação e poderá se retirar a qualquer momento sem haver prejuízo. Mesmo sem ter benefícios diretos em participar, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico, além de ter a oportunidade de refletir sobre a sua vida. Se houver algum desconforto durante o processo, informe ao pesquisador para os encaminhamentos possíveis e necessários.

Na publicação dos resultados da pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificar sua identidade. As dúvidas da pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável Jéssica Limberger, fone (51) 3591-1254, ramal 1254.

Esse termo será assinado em duas vias, ficando um em poder da participante e outra com a pesquisadora.

Jéssica Limberger
Pesquisadora responsável

Local e data

Participante

Local e data

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em... 19. 03. 2015
Ally

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo Qualitativo



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “Habilidades sociais, perfil clínico e cognitivo de mulheres usuárias de crack em internação em hospitais gerais”, realizado pela pesquisadora Jéssica Limberger, psicóloga, mestranda em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, com orientação da Profª Drª Ilana Andretta.

O estudo tem como objetivo descrever as habilidades sociais, o perfil clínico e cognitivo de mulheres usuárias de crack em internação hospitalar. Esta trata-se da segunda etapa do estudo. Sua participação envolve responder a uma entrevista sobre as suas habilidades sociais no decorrer de sua vida, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Esta entrevista será gravada e os dados serão arquivados assegurando seu anonimato.

A participação neste estudo é isenta de despesas, bem como não haverá ganhos diretos advindos desta pesquisa e poderá oferecer riscos mínimos, como desconfortos ao se lembrar de momentos desagradáveis da sua vida. Sua participação é voluntária, ou seja, é livre para decidir sobre a participação e poderá se retirar a qualquer momento sem haver prejuízo. Mesmo sem ter benefícios diretos em participar, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico, além de ter a oportunidade de refletir sobre a sua vida. Se houver algum desconforto durante o processo, informe ao pesquisador para os encaminhamentos possíveis e necessários.

Na publicação dos resultados da pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificar sua identidade. As dúvidas da pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável Jéssica Limberger, fone (51) 3591-1254, ramal 1254.

Esse termo será assinado em duas vias, ficando um em poder da participante e outra com a pesquisadora.

Jéssica Limberger
Pesquisadora responsável

Local e data

Participante

Local e data

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em... 19.03.2015
[Assinatura]