

FSP - FACULDADE SUDOESTE PAULISTA
ICE – Instituição Chaddad de Ensino S/C Ltda

PSICOLOGIA

ANDRESSA AZEVEDO OLIVA

**Possíveis Relações entre Habilidades Sociais e o Processo de
Ressocialização do Dependente Químico**

AVARÉ - SP
2015

ANDRESSA AZEVEDO OLIVA

**Possíveis Relações entre Habilidades Sociais e o Processo de
Ressocialização do Dependente Químico**

Monografia apresentada ao curso de
Psicologia da FSP – Faculdade Sudoeste
Paulista como requisito parcial para obtenção
do título bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Jurandyr de Oliveira

AVARÉ - SP
2015

OLIVA, Andressa Azevedo

O48p Possíveis Relações entre Habilidades Sociais e o Processo de Ressocialização do Dependente Químico / Andressa Azevedo Oliva _ 2015.
44 f.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Faculdade Sudoeste Paulista, Instituição Chaddad de Ensino S/C Ltda, 2015.

Orientador: Prof. Ms. Jurandyr de Oliveira.

1. Habilidades Sociais. 2. Dependência Química. 3. Habilidades Sociais e Dependência Química.

I. Autor. II. Título.

CDD150. 195

FACULDADE SUDOESTE PAULISTA – FSP
PSICOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO DE MONOGRAFIA

TÍTULO: POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES SOCIAIS E O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO.

AUTORA: ANDRESSA AZEVEDO OLIVA

ORIENTADOR: PROF. MS. JURANDYR DE OLIVEIRA

Prof. Ms. Jurandyr de Oliveira

DATA DA APROVAÇÃO: ____/____/____

NOTA FINAL: _____

*Dedico à minha avó Cida (in memoriam), que não pode
presenciar a conclusão desta minha vitória, mas que
esteve presente em todos os momentos enquanto lhe foi
possível, e que sempre me ensinou a gentileza, o bom
humor e o cuidado com o próximo.*

AGRADECIMENTOS

Certamente estes parágrafos não vão citar todas as pessoas que fizeram parte dessa importante fase da minha caminhada. Portanto, desde já peço desculpas àquelas que não estão presentes entre essas palavras, mas tenham a certeza que fazem parte do meu pensamento e da minha gratidão.

Agradeço a minha amada mãe Alda, uma grande guerreira, amiga, confidente e que sem dúvida é minha referência, que sempre me deu colo e muito amor, no erro ou no acerto, desejando o melhor para mim.

Agradeço ao meu amado pai Roberto, meu melhor amigo, minha fortaleza e meu refúgio, que ouviu todas as minhas novidades e algumas lamentações, diminuindo os obstáculos que insistem em surgir nos meus pensamentos.

Agradeço ao meu admirável esposo Rodrigo, que tão prontamente me ajudou na conclusão do meu trabalho. Obrigada pelo amor, amizade, companheirismo, cumplicidade, dedicação e cuidado, mas especialmente, por fazer a diferença todos os dias, desde que entrou em minha vida, buscando junto a mim, o melhor para nós.

Agradeço a minha querida irmã Thays, pelas chatices, pelas risadas, pelos choros, por todo amor envolvido, mas acima de tudo, por saber que estará sempre ao meu lado, apesar das inúmeras diferenças.

Agradeço aos meus avós Ariovaldo (*in memorian*) e Aparecida (*in memorian*), que não mediram esforços para nos ajudar nos momentos mais difíceis. Em especial agradeço a minha avó, que durante o enfrentamento de sua doença, não perdeu o brilho e o amor à vida, sinto falta das suas canções, das suas histórias, do seu colo, do seu sorriso, enfim, da sua presença alegre nos meus dias, você faz uma falta tremenda.

Agradeço aos meus avós Silvio (*in memorian*) e Leny (*in memorian*), em especial a minha avó, por tornar exclusiva a história de meu nascimento, esperando a minha chegada para que, dez minutos depois, pudesse partir e descansar de seu sofrimento.

Agradeço a todos os meus tios, tias, primos e primas, por fazerem parte da minha vida, apesar da correria de uns e distância de outros.

Agradeço a todos os amigos que fizeram parte da minha história, em especial Bruna e Zé, casal que admiro grandemente e que me ensinaram a importância de superar os imprevistos da vida.

Agradeço ao Pablo, profissional que admiro imensamente, que me possibilitou ter um novo olhar sobre a minha própria história, que me ensinou olhar para a realidade, que sempre

respeitou o meu tempo e os meus limites para ir digerindo a desconstrução das minhas idealizações, que me acompanhou nos momentos em que tive medo, angústia e dor, e que agora tem acompanhado os primeiros passos de minha vitória.

Agradeço a todos os residentes e toda a equipe da Comunidade Terapêutica Nova Jornada, que sempre me acolheram muito bem, que confiaram no meu trabalho e que apoiaram a minha pesquisa.

Agradeço a todas as amizades construídas nesses cinco anos de faculdade, em especial: Mayara, Roberta e Ana Paula, que se tornaram grandes amigas, que estiveram presente em cada momento nessa caminhada, me ensinando que a amizade pode superar as diferenças, e com toda certeza eu as levarei em meu coração para o resto de minha vida, André, que se tornou especial pelas conversas e risadas, e Danilo, amigo que ajudou no pontapé inicial do meu trabalho de conclusão.

Agradeço aos meus amigos do grupo de estágio, que fizeram parte das melhores tardes de quarta-feira, Roberta, Rafaela, Juliana, Jéssica, Priscila, Eliane, José Ricardo, Pedro, Elton, Lucas. Agradeço em especial ao Professor João, que sempre acreditou no meu potencial, profissional no qual me espelho por suas condutas éticas e sempre muito coerentes.

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha formação, em especial Professora Tatiana, sempre muito acolhedora, Professora Maiara, por suas contribuições em meu trabalho.

Agradeço ao meu querido orientador Jurandy, que me fez treinar a paciência, que aguentou minhas solicitações sempre com calma e serenidade, suas devolutivas contribuíram e enriqueceram imensamente o meu trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma pesquisa de campo, a qual foi elaborada com o objetivo de analisar as possíveis relações entre as habilidades sociais e o processo de ressocialização do dependente químico, afim de auxiliar futuros programas voltados ao treinamento dos usuários dos serviços, de forma a torná-los aptos a lidarem com as diferentes situações, sem a necessidade de recorrerem ao uso das substâncias psicoativas. A pesquisa contou com a participação de cinco pessoas do sexo masculino, que estavam em tratamento em uma comunidade terapêutica no interior do Estado de São Paulo, no período denominado de ressocialização. Foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais anterior as suas visitas, e um questionário, elaborado para esta pesquisa, ao retornarem das respectivas visitas. A partir disso, foi possível observar que as habilidades sociais se relacionam com o processo de ressocialização quando o dependente químico se depara diante de situações que exijam enfrentamento, desenvoltura social, exposição a situações novas, controle de seus comportamentos, porém são de baixo desempenho conforme os apontamentos dos resultados do Inventário de Habilidades Sociais.

Palavras-chave: Habilidades Sociais. Dependência Química. Habilidades Sociais e Dependência Química.

ABSTRACT

This paper presents a research field, which was developed in order to analyze the possible relationship between social skills and the resocialization process of the drug addicted to assist future programs aimed at training of service users, with the purpose of make them able to deal with different situations, without resorting to the use of psychoactive substances. The research included the participation of five males, who were under treatment in a therapeutic community in the state of São Paulo, in the period called resocialization. The Social Skills Inventory was applied before their visit, and a questionnaire prepared for this research, the return of their visits. Based on this, it was possible to observe that the social skills relate to the resocialization process when the addict faces in situations that require addressing, social resourcefulness, new situations exposure, control their behavior, but they are underperforming as the notes the results of the Social Skills Inventory.

Keywords: *Social Skills. Substance Addiction. Social Skills and Substance Addiction.*

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Resultados totais e fatoriais obtidos através da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais em cinco participantes.....24
- Quadro 2** - Categorias de análise de conteúdos elaboradas a partir dos relatos oriundas da aplicação do questionário, suas respectivas definições, exemplos de falas e interpretação da amostra coletada.....26

“Ciência é a disposição para aceitar fatos, mesmo quando eles se opõem aos desejos”

(Skinner)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 O COMPORTAMENTO DE CONSUMIR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	14
2.2 HABILIDADES SOCIAIS E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	15
2.3 RECAÍDA E FATORES DE PROTEÇÃO.....	16
2.4 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO.....	18
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 CRITÉRIOS PARA SELECIONAR A COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	21
3.2 PARTICIPANTES	21
3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	22
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS	22
4. RESULTADO	24
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o uso de drogas vem sendo considerado um problema de saúde pública, classificado como grave e complexo (PRATTA; SANTOS, 2009). Segundo Silveira (2014), a dependência química é um estado que leva o indivíduo a usar uma substância psicoativa de maneira contínua ou periódica para obtenção de prazer. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) define substâncias psicoativas, com aqueles que em contato com o organismo, provocam modificações cognitivas, estado de humor e comportamentos, possuindo intensa propriedade reforçadora quando consumidas, podendo também ter a função de aliviar tensões, sensações físicas desagradáveis, medos e ansiedades. Pode-se observar ainda uma possível incapacidade de autocontrole referente ao consumo de substâncias psicoativas, que leva os indivíduos a comportar-se de maneira impulsiva e repetitiva.

A dependência química é caracterizada, deste modo, pelo uso e/ou abuso de substâncias psicoativas e os usuários podem sofrer exclusão social por serem vistos como pessoas de mau caráter, de má vontade, criminosos ou fracassados. No entanto, a dependência química tem acompanhado todo o desenvolvimento da história da humanidade, sendo que cada civilização apresentava suas culturas e crenças específicas para lidar com essa temática (CORRÊA; MAXIMIANO, 2013; PRATTA; SANTOS, 2009).

Nota-se, portanto, que o uso de substâncias psicoativas não é um fenômeno exclusivo da sociedade atual. A utilização das substâncias psicoativas, de acordo com cada contexto histórico, representa valores e simbolismos em setores como o religioso/místico, social, econômico, emocional, psicológico, militar, entre outros, e se mantinha restrito a pequenos grupos durante cerimônias, rituais e festas (PRATTA; SANTOS, 2009; MARTINS; CORREA, 2004).

Porém, atualmente, verifica-se o uso abusivo dessas substâncias em diversificados grupos e realidade, pois o homem vem buscando alternativas imediatas que aumentem seu prazer e diminuam seu sofrimento, o que, na maioria das vezes, altera os padrões de comportamento do indivíduo, favorecendo no empobrecimento de seu repertório social e o não desenvolvimento de suas habilidades para lidar com as diferentes situações (PRATTA; SANTOS, 2009; MARTINS; CORREA, 2004).

O termo “repertório” pode ser compreendido como sendo um conjunto de comportamentos emitidos pelos indivíduos, que socialmente devem ser expressos adequadamente, de maneira habilidosa, respeitando a si e aos outros. Para que esse expressar-se aconteça como esperado, as habilidades sociais são fundamentais, não apenas para se

atingir as expectativas sociais, mas para que nessa relação interpessoal possam ser expressos os sentimentos, atitudes, opiniões, de modo adequado a cada situação e obtendo possibilidades de produzir mais reforçadores, resolver os problemas imediatos e minimizar a possibilidade da ocorrência de situações aversivas no futuro. Sendo assim, as habilidades sociais permitem ao indivíduo agir de acordo com seus interesses, defendendo-se sem ansiedade inapropriada, ou seja, ele desenvolve maior aptidão para expressar-se de maneira adequada, adquirindo maior preparo no que diz respeito a comportamentos saudáveis e que irão mantê-lo afastado da necessidade de uso de substâncias psicoativas, ao sentirem-se pressionados diante a situações de risco (CUNHA, et al. 2007; de-FARIAS, 2010; WAGNER; OLIVEIRA, 2007).

A ampla divulgação e discussão acerca da dependência química, a política nacional sobre drogas visa, dentre seus pressupostos junto ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e demais organizações públicas e privadas, garantir, incentivar e articular o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados as drogas; - garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos (CONAD, 2005).

De acordo com os levantamentos realizados pela UNIAD (2014) e pelo SENAD (2014), no cenário atual brasileiro, 85% das internações de dependente químico são realizadas na modalidade de comunidade terapêutica, que se trata de intervenção para pacientes que, segundo a *National Treatment Agency for Substance Misuse* (apud KURLANDER, 2014), apresentam as seguintes características: - não obtiveram sucesso em atingir e manter um padrão estável de abstinência apenas com o auxílio ambulatorial; - que pretendem voluntariamente de chegar à abstinência através de programas de reabilitação; - em que a dependência é caracterizada como grave, de difícil manejo ambulatorial e incompatível com a abstinência; - que apresentam necessidade de programas de apoio e reabilitação social, demandando de programas residenciais; - que vivem em ambientes desfavoráveis.

Diante deste contexto, o presente trabalho tem como objetivo a análise sobre as possíveis correlações entre o déficit ou excesso de habilidades sociais e o processo de ressocialização dos indivíduos que se encontram em tratamento, mais especificamente, no período a partir do sexto mês de internação em um regime residencial de nove meses. Tal período foi selecionado por ser denominado “fase de ressocialização”, nesta fase os residentes

iniciam as visitas ao ambiente externo a instituição, sendo esta uma das principais etapas do tratamento, que são caracterizadas pela reinserção do residente ao seu meio de convívio, pela melhora na percepção das principais mudanças no repertório de habilidades sociais que deverão ocorrer para que encontrem os recursos necessários para se manter distante das substâncias psicoativas (KURLANDER, 2014).

Para averiguar os possíveis repertórios em habilidades sociais, foi realizada uma coleta de dados através da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011), a qual se propõe a avaliar o desempenho social em diferentes situações cotidianas dos indivíduos. Também foi aplicado um questionário contendo duas questões semiestruturadas, que investigou a percepção do participante sobre seus comportamentos no processo de ressocialização ao se deparar com situações de enfrentamento: ao ser contrariado, criticado, frustrado, realizar crítica e solucionar problemas.

Destes, foram correlacionados as possíveis variáveis existentes entre habilidades sociais e o processo de ressocialização, tendo em vista a obtenção de dados que possam subsidiar futuros programas de treinamento dos usuários dos serviços, de forma a torná-los aptos a lidar com situações diversas, sem necessitarem recorrer ao uso das substâncias psicoativas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O COMPORTAMENTO DE CONSUMIR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Considerando que historicamente o uso de substâncias psicoativas perpassou, e se faz presente, por todos os períodos da humanidade, observa-se que seu significado e utilidades foram se modificando nesse processo. Na atualidade, quando se fala em uso de substâncias psicoativas, logo é associado à dependência (MARTINS; CORREA, 2004).

Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) afirmam que não existe uma delimitação clara entre uso, abuso e dependência. Deste modo, definem o uso como sendo qualquer forma de consumo, tanto para experimentação, quanto esporádico ou episódico dessas substâncias. Quando o indivíduo começa a apresentar prejuízos biológicos, psicológicos ou em contextos sociais, associa-se ao abuso ou uso nocivo. O consumo sem controle unido a problemas sérios para os indivíduos, é denominado como dependência.

O fenômeno da dependência química, quando observado sob a perspectiva analítico comportamental, pode ser considerado como conjunto de comportamentos e como tal é resultado de interação dos três níveis de seleção e variação, sendo eles, filogenético – referente a origem das espécies; ontogenético - história de vida do indivíduo; e cultural – prática cultural em que o indivíduo está inserido (de-FARIAS, 2010; GRANETTO, 2008), e

Por rejeitar o mentalismo, tendo uma visão idiográfica e não nomotética, o Behaviorismo Radical não possui a noção de doença como uma entidade responsável pelo comportamento adictivo, assim como não é atribuído um status causal de volição do indivíduo como o iniciador e responsável, mas sim às contingências ambientais e à história de contingências deste organismo enquanto espécie e agente cultural (MAZZONI, 2014, p. 20).

O comportamento de consumir substâncias psicoativas, a partir do ponto de vista analítico comportamental, é mantido pelo valor reforçador da substância. O comportamento abusivo também se apresenta pela falta de estímulos concorrentes aos que mantém o comportamento de consumir, associados a outros reforçadores presentes no ambiente e pela falta de outros reforçadores alternativos que não estejam associados ao consumo (MIGUEL; GAYA, 2013).

Outro conceito que vem se destacando na área da dependência química, é o da motivação, que apresentam ferramentas para observar se o indivíduo se encontra motivado ou não, para a mudança de alguns comportamentos. Miller (*apud* FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010) considera que “a motivação é um estado de prontidão ou de avidez

para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para a outra e que é passível de ser influenciado”.

Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) explicam o modelo “transteórico” de Prochaska e DiClemente, o qual se caracteriza pela combinação de ideias que visam propiciar um modelo para ação, tendo sua base nos “conceitos de *motivação* como um estado de prontidão ou vontade de mudar, e o conceito de *mudança* como um processo com diferentes estágios”. São, portanto, cinco os estágios: - Pré-contemplação - não é considerada a ideia de mudança, pois o indivíduo não percebe seu comportamento como sendo problemático; - Contemplação – iniciam-se os pensamentos sobre a mudança, começa a procurar informações sobre o problema, mas ainda não se encontra preparado para tal; - Preparação – o indivíduo começa a se preparar para a mudança e a sinalizar solicitações de ajuda; - *Ação* – começam as mudanças dos comportamentos de risco; - Manutenção – Consolidação das mudanças realizadas. Esses estágios favorecem maior compreensão tanto do comportamento de uso de substâncias psicoativas quanto no período de tratamento, e não ocorrem necessariamente de forma sistemática, ou seja, podem se apresentar de forma flutuante entre os mesmos.

Todorov e Moreira (2005) enfatizam que para compreender como a motivação é construída, se faz necessário observar e descrever as condições em que determinados estímulos evocam certas respostas e outras não, quais valores esses estímulos podem fornecer ou não para o indivíduo.

Para a análise do comportamento, Cunha (1995), aponta que motivação está diretamente ligada ao conceito de operação estabelecadora, ou seja, um estímulo que pode alterar o valor reforçador de uma consequência e transformar a probabilidade para que certos comportamentos ocorram novamente ou não.

2.2 HABILIDADES SOCIAIS E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As habilidades sociais são aprendidas no decorrer da vida do indivíduo e seu desempenho varia de acordo com a história pessoal. Aqueles que desenvolveram um repertório social, saudável e elaborado, apresentam comportamentos como: iniciar e manter conversas; falar em público; fazer e receber elogios; pedir favores e expressar necessidades; expressar sentimentos de maneira adequada; aceitar uma resposta negativa; defender os próprios direitos de maneira assertiva; receber e fazer crítica; recusar pedidos; dentre outros comportamentos (DEL PRETE; DEL PRETE, 2001).

De acordo com o que indica Figlie, Bordin e Laranjeira (2010), um possível déficit das habilidades sociais podem submeter os indivíduos a grandes riscos, pois, se somados ao contexto social e as vulnerabilidades do organismo, existe uma forte tendência a agir de forma inadequada frente às situações diversas.

Situações de alto risco são consideradas como estímulos precipitadores do início do uso de substâncias após um tempo de abstinência e habilidades de enfrentamento podem ser definidas como ferramentas comportamentais [...] que podem ser usadas pelo indivíduo com o objetivo de restaurar o equilíbrio frente às situações de risco que incluem adversidades às quais este é exposto, ou a situações em que este se sente em desvantagem ou pouco auto eficaz (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

O estudo comparativo de Wagner e Oliveira (2007), realizado com dois grupos compostos por quarenta e nove adolescentes usuários de maconha e quarenta e nove adolescentes não usuários de maconha, constatou que o grupo de adolescentes usuários de maconha apresentou mais sintomas de ansiedade e depressão, e maiores prejuízos nos fatores de auto exposição a desconhecidos ou a situações novas e autocontrole da agressividade em situações aversivas quando comparados ao grupo de adolescentes não usuários. Portanto, encontraram-se relevantes evidências de que adolescentes usuários de maconha podem apresentar déficits nas habilidades sociais. Nestes casos, as principais dificuldades de habilidades sociais estão relacionadas aos seguintes comportamentos: pouca assertividade; baixo senso crítico; dificuldade de recusa da droga; dificuldade em dizer não para si e para os demais (PINHO; OLIVA, 2007; ZANELATTO, 2013).

Compreende-se então, que o déficit de habilidades sociais pode estar associado ao desenvolvimento e à manutenção do comportamento de usar substâncias psicoativas, bem como em sua recuperação e no potencial para recaída (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

2.3 RECAÍDA E FATORES DE PROTEÇÃO

Basicamente podemos dizer que a recaída é o retorno ao uso de substâncias psicoativas, depois de haver parado com o uso. Espera-se que durante a manutenção da abstinência, o indivíduo experimente e desenvolva um senso de controle (auto eficácia), sendo que, quanto maior for o tempo da abstinência, maior também será o seu senso de controle. Porém, no comportamento de recaída, o senso de controle se faz presente até que ocorra uma situação de alto risco, na qual é representada por uma ameaça ao senso de controle, nesse

momento é aumentado potencialmente o risco da recaída (CORREA; MAXIMIANO, 2013; FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

O processo de interrupção dessas substâncias para que o indivíduo atinja uma sobriedade estável e consolidada é vivenciado individualmente, enquanto um indivíduo consegue manter esse padrão com apenas um tratamento, outros podem precisar de duas ou mais internações para alcançar esse objetivo (CORREA; MAXIMIANO, 2013).

Nesse sentido, os programas terapêuticos visavam que o indivíduo permanecesse em abstinência total das substâncias psicoativas, porém, Marlatt e Gordon (*apud* CORREA; MAXIMIANO, 2013) não consideram a recaída como sendo um fracasso total, e sim um acidente de percurso que pode servir como orientador para os comportamentos futuros. Em 1985, esses mesmos autores adaptam seu programa de prevenção a recaída, que passa a ser direcionado ao autocontrole e manutenção, visando auxiliar o indivíduo a adquirir habilidade para lidar com situações de risco e modificar seu estilo de vida.

O termo ‘fatores de proteção’ está diretamente relacionado a variáveis que se associam a possibilidade de ocorrer resultados contraproducentes para a saúde do indivíduo, bem como para seu bem estar físico e social. (SCHENKER, MINAYO, 2005)

Outro ponto que merece atenção, é o que se refere a motivação para mudança. O indivíduo ao se encontrar novamente exposto a estímulos ambientais anteriores a internação, se depara frente às vantagens e desvantagens, nestes contextos, de se manter longe de substâncias psicoativas, ou seja, existe a necessidade de mudar os padrões de comportamentos que eram disfuncionais para a manutenção do objetivo de não recair.

As vantagens e desvantagens poderão ser mais ou menos eficazes dependendo da motivação advinda da interação do indivíduo com o ambiente em que se encontra inserido, e dos recursos de seu repertório de habilidades sociais, pois dessa forma ele pode focar: a) nos benefícios (vantagens) que o uso de álcool e outras drogas podem favorecer: mais descontração; mais facilidade de se comunicar; esquecer os problemas; perder a inibição e a timidez; b) nos prejuízos (desvantagens) que o uso de álcool e outras drogas podem gerar: ressaca; brigas em casa; gastos; emitir comportamentos agressivo-descontrolados; sentimento de culpa no dia seguinte; c) nos benefícios de não usar (vantagens) álcool e outras drogas que podem favorecer: ficar com a “cabeça limpa”; dormir melhor e acordar sem culpa; sobra mais dinheiro; não há brigas em casa; sente-se melhor fisicamente; e d) nos prejuízos de não usar (desvantagens) álcool e outras drogas que podem gerar: ficar sozinho e sem amigos; a vida perde a graça; a “fissura” e a compulsam podem incomodar; as dificuldades sociais se

acentuam; enfrentamento de situações adversas; assumir responsabilidades das escolhas (CORREA; MAXIMIANO, 2013).

Essas vantagens e/ou desvantagens poderão controlar o comportamento do indivíduo de se manter, ou não, longe das substâncias psicoativas no processo de ressocialização, devido ao fator de como ele irá interagir nos contextos ambientais em que estiver inserido.

São considerados fatores de proteção, contextos ambientais que diminuem os riscos de o indivíduo iniciar e/ou aumentar o uso de substâncias psicoativas, assim como também auxiliam na diminuição e/ou interrupção do uso (SCHENKER, MINAYO, 2005).

Esses fatores estão ligados diretamente nos mais diversos contextos da vida do indivíduo, ou seja, o pessoal, o familiar e o social, e poderão interferir na intensidade do uso ou não uso de substâncias psicoativas (DE LEON, 2008).

Os fatores de proteção relacionados ao contexto pessoal, estarão diretamente ligados a uma boa autoestima, a espiritualidade e a aceitação de regras. No contexto familiar observa-se que existe um bom relacionamento familiar, figuras parentais presentes e participativos, acompanhamento das atividades dos filhos e as regras familiares são transmitidas de forma clara e sem contradições com os comportamentos dos envolvidos. O contexto social irá nos mostrar a potencialidade de o indivíduo se envolver com as atividades escolares e/ou profissionais, geralmente os amigos não estão envolvidos com atividades ilegais e não fazem uso de qualquer substância química (KURLANDER, 2014).

2.4 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO

No século XX, frente às precárias condições de cuidado de saúde mental, surge no cenário mundial a reforma psiquiátrica, com a proposta de tratamentos mais humanizados, tendo como base três princípios norteadores: desospitalização – substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada; desinstitucionalização – busca eliminar a realidade e a cultura institucional; singularização – tratar o indivíduo a partir de suas características e necessidades pessoais. Nesse mesmo momento surge também a proposta de trabalho das comunidades terapêuticas, visando um trabalho mais humanizado e que ia de encontro com as propostas da reforma psiquiátrica, tornando-se, posteriormente, um dos modelos de atendimento para a dependência de usuários de substâncias psicoativas (VECCHIA; MARTINS, 2009; AMARANTE, 1995; KURLANDER, 2014).

Inicialmente a comunidade terapêutica foi desenvolvida de forma desvinculada das práticas realizadas pela psiquiatria, pela psicologia ou por qualquer modelo médico

tradicional. No entanto, atualmente as comunidades terapêuticas contam com o apoio de um trabalho psicossocial, a fim de atender a diversidade da população atendida, entre eles pode-se apontar os indivíduos, os quais apresentam contato abusivo com substâncias psicoativas, e suas famílias. Deste modo, olhar para o indivíduo de forma geral, ou seja, possibilitar que sejam ressaltadas suas potencialidades, a fim auxiliá-lo no desenvolvimento uma nova forma de viver em sociedade (DE LEON, 2008).

Duarte (2003, p. 135), aponta que a ressocialização “assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania”. Dessa forma, pode-se compreender a ressocialização, como um processo em que o indivíduo, família e comunidade desenvolvem para a recuperação, integração ou reintegração do dependente químico na sociedade, é a procura do indivíduo ao aprendizado ou resgate de valores pessoais, morais e éticos, na qual a família pode prestar-lhe apoio. Com isso, a dependência química passa a ser observada sob uma nova perspectiva, e não apenas como desvio de caráter, ganhando espaço no campo científico e nos modelos de tratamento contemporâneos (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

A comunidade terapêutica apresenta como um de seus principais objetivos de tratamento, auxiliar o indivíduo a cessar o uso de substâncias psicoativas e resgatar-se enquanto sujeito moral, físico e social. O tratamento, em sua maioria, apresenta a duração média de nove meses. Nos três primeiros meses a internação é voltada a adaptação do indivíduo às novas normas, a convivência em grupo, bem como a desintoxicação física e emocional causadas pelo uso de substâncias psicoativas. Do 3º ao 6º mês, é possível observar que o indivíduo adquire maturidade e conscientização da doença, dos comportamentos que o levam a usar as substâncias psicoativas, e que é necessário haver mudança em seus comportamentos. A partir do sexto mês até o nono mês, é evidenciado o processo de ressocialização, pois consiste no retorno progressivo do indivíduo na sociedade, ou seja, nesses últimos meses ele sai mensalmente para poder observar a evolução do tratamento (KURLANDER, 2014).

As visitas têm como principal finalidade a reinserção do indivíduo ao seu meio de convívio, que em sua maioria, se mostra problemático, pois não existe respeito com os limites uns dos outros, sendo possível observar também a ausência de compreensão e sensibilidades, entre outros aspectos. Esse processo irá favorecer a percepção das principais mudanças que deverão ocorrer para não se manter próximo aos fatores de risco (KURLANDER, 2014).

Deste modo, nesse momento de reinserção social, a exposição aos mesmos estímulos que os anteriores a internação, exigirão do indivíduo que os novos comportamentos e

habilidades sejam colocados em prática no seu cotidiano, devendo se manter longe do álcool e/ou das drogas, ou seja, de não voltar a emitir os mesmos comportamentos anteriores ao tratamento, que mostravam disfuncionais para a manutenção do objetivo de não recair.

3. METODOLOGIA

3.1 CRITÉRIOS PARA SELECIONAR A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

A pesquisa do presente trabalho aconteceu em uma comunidade terapêutica, situada em uma cidade no interior do Estado de São Paulo/SP, a qual é composta por residentes do sexo masculino, contempla o tratamento de caráter voluntário com duração de nove meses, conta com uma equipe mista, é uma entidade sem fins lucrativos e apresenta uma característica diferencial, pois disponibiliza programa de estágio em Psicologia e Serviço Social, programa de pesquisa continuada, e o material de estudo é produzido na própria comunidade terapêutica.

A referida comunidade terapêutica possui metodologia própria, com base nas diretrizes da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), e ainda, segue o Código de Ética para Coordenadores e Residentes, elaborado pela mesma Federação (FEBRACT, 2012).

3.2 PARTICIPANTES

O período básico de internação da referida Comunidade Terapêutica é composto por nove meses, que segundo KURLANDER (2014) é dividido em três etapas, as quais possuem objetivos específicos, são elas:

- 1ª etapa (1º ao 3º mês): *Adaptação e Desintoxicação*;
- 2ª etapa (3º ao 6º mês): *Conscientização*;
- 3ª etapa (6º ao 9º mês): *Ressocialização*.

A escolha para a pesquisa levou em consideração os indivíduos que estiveram, temporalmente, na terceira etapa, ou seja, entre o sexto e nono mês de internação, pois assim cumpriram o requisito de estarem em processo de ressocialização, o qual consiste no retorno progressivo ao seu meio social, deste modo, poderão ser averiguados os déficits sociais que poderiam estar afetando negativamente essa etapa do tratamento.

Sendo assim, a amostra a ser pesquisada esteve composta por 5 participantes de sexo masculino, com faixa etária entre 29 a 52 anos, todos os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, podendo estes, aceitarem ou não, os que afirmaram a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foi utilizado na coleta de dados, o Inventário de Habilidades Sociais e um questionário (Anexo B), preparado para esta pesquisa.

O Inventário de Habilidades Sociais é um instrumento de auto relato, o qual avalia dimensões situacional e comportamental e que irá identificar as classes e subclasses de habilidades sociais que se encontram como deficitárias ou como elemento disponível no repertório do dependente, contém 38 itens, que apresentam uma ação ou um sentimento diante de determinada situação social, como em variados contextos (familiar, profissional, lazer), com diferentes interlocutores (colegas, familiares, superiores) e com demandas que exijam diversidade de habilidades (expressar sentimentos, falar em público). A folha de resposta a ser preenchida segue uma escala (do tipo Likert) que se distribuem em: A (nunca ou raramente), B (com pouca frequência), C (com regular frequência), D (muito frequente) e E (sempre ou quase sempre) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

O questionário foi elaborado com duas questões semiestruturadas, as quais investigam a percepção que o indivíduo teve a cerca de seus comportamentos durante as visitas de ressocialização, frente a situações que serão indicadas pelo participante.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A aplicação dos instrumentos aconteceu de forma individual, em uma sala de atendimento na referida Comunidade Terapêutica. A amostra contou com 5 participantes para a pesquisa.

Anterior a visita, foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011), dois participantes estavam se preparando para a primeira visita e três para a segunda visita. Após o retorno das respectivas visitas, foi aplicado o questionário elaborado para a pesquisa.

As respostas obtidas com o Inventário de Habilidades Sociais foram quantificadas de acordo com os níveis de frequência sugerida em cada item do manual, em seguida realizou-se a interpretação dos escores gerais e fatoriais.

Os dados coletados através da aplicação do questionário, favoreceram o desenvolvimento de três categorias, as quais foram devidamente definidas e exemplificadas a partir das falas coletadas de cada um, em seguida foi realizada breve interpretação desse questionário.

As respostas às perguntas do questionário passaram pelo Processo de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (1977) a partir da leitura flutuante com posterior descrição de categorias de análise em conformidade com os objetivos do trabalho. As categorias foram definidas não aprioristicamente, ou seja, foram definidas depois da leitura das respostas. Desta forma, os dados coletados e devidamente categorizados, foram comparados a fim de se averiguar possíveis correlações entre os escores obtidos a partir do Inventário de Habilidades Sociais e as categorias oriundas da Análise de Conteúdo, se pertinentes análises estatísticas poderão ser aplicadas.

Posteriormente, foram correlacionados os escores e as categorias, a fim de se elencar possíveis relações existentes entre as habilidades sociais e a visita domiciliar realizada durante o processo de ressocialização do dependente químico.

4. RESULTADO

O procedimento de análise de resultados constou de três momentos distintos, a saber, primeiro foram analisados os resultados coletados através do Inventário de Habilidades Sociais, a seguir, analisou-se as respostas ao questionário, e por fim realizou-se a comparação entre os escores indicados no manual do Inventário de Habilidades Sociais e as categorias elencadas através das respostas obtidas com o questionário.

Os resultados serão apresentados em dois quadros seguidos de uma breve descrição cada um, e em sequência, uma análise comparativa entre os resultados dos quadros.

O Quadro 1 refere-se aos escores totais e fatoriais dispostos em: Fator 1 (F1) – enfrentamento e auto exposição com risco; Fator 2 (F2) – autoafirmação na expressão de sentimento positivo; Fator 3 (F3) – conversação e desenvoltura social; Fator 4 (F4) – Auto exposição a desconhecidos e situações novas; Fator 5 (F5) – autocontrole da agressividade.

Quadro 1 – Resultados totais e fatoriais obtidos através da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais em cinco participantes.

Participantes	Total	Fatorial		Interpretação
1	NT	F1	M -	Escore total situado abaixo da média, com indicativo de treino em habilidades sociais. Desempenho mais comprometido nas habilidades associadas ao F3 e F4, com dificuldade máxima em situações públicas e com interlocutores desconhecidos e em habilidades que requerem conversação e realizar pedidos, razoável porém abaixo da média em F1 e F5, e alto apenas em F2, pois não há sinalização de risco já que exigem apenas habilidades para fazer e responder a elogios, expressar sentimentos positivos em situações familiares.
		F2	M +	
		F3	NT	
		F4	NT	
		F5	M -	
2	NT	F1	NT	Escore total situado abaixo da média, com indicativo para treino em habilidades sociais. Desempenho mais comprometido nas habilidades associadas ao F1, F3, F4 e F5, com dificuldade máxima situações públicas com interlocutores desconhecidos e em habilidades que requerem expressar discordância, conversação e realizar pedidos. Escore alto em F2 pois não envolvem riscos interpessoais e/ou reações indesejáveis já que exigem apenas habilidades para fazer e responder a elogios, expressar sentimentos positivos em situações familiares.
		F2	E	
		F3	NT	
		F4	NT	
		F5	NT	
3	NT	F1	NT	Escore total situado abaixo da média, com indicativo para treino em habilidades sociais. Desempenho das habilidades sociais comprometido em todos os fatores, com dificuldade máxima em situações públicas e familiares, interlocutores conhecidos e desconhecidos e em habilidades que requerem manejo com as críticas, expressar discordância, realizar elogios, conversação, realizar pedidos, lidar com críticas.
		F2	NT	
		F3	NT	
		F4	NT	
		F5	NT	
4	NT	F1	NT	Escore total situado abaixo da média, com indicativo para treino em habilidades sociais. Desempenho mais comprometido nas habilidades associadas ao F1, F4 e F5, com dificuldade máxima em contextos públicos e privados e em habilidades que requerem exposição, manejar críticas e expressar discordância, médio em habilidades associadas ao F3 e alto apenas em F2, pois apresentam risco mínimo de reações
		F2	M +	
		F3	M	
		F4	NT	

		F5	NT	indesejáveis já que exigem apenas habilidades para fazer e responder a elogios, expressar sentimentos positivos.
5	M	F1	M -	Escore total situado na média. Desempenho razoável porém abaixo da média em habilidades associadas ao F1, F3 e F4, com maior dificuldade em situações públicas, com interlocutores desconhecidos e em habilidades que requerem defesa de direitos, conversação, recusar pedidos, repertório elaborado em F2 pois apresentam risco mínimo de reações indesejáveis, e alto em F5, pois demonstra facilidade em manejar críticas de familiares.
		F2	E	
		F3	M -	
		F4	M -	
		F5	M +	

NT: Necessidade de Treino de Habilidades Sociais;

M -: Médio Inferior;

M: Médio;

M +: Médio Superior;

E: Elaborado.

Observando o quadro 1, é possível notar que no escore total, e segundo os critérios de correção do Inventário de Habilidades Sociais, os participantes 1, 2, 3 e 4 apresentam escore que sugere indicação para participarem de programas com treino de habilidades sociais, ou seja, apresentam níveis de desempenho das habilidades abaixo do esperado. Apenas o participante 5 ficou com escore situado no padrão mediano de habilidades sociais.

Considerando os fatores separadamente, no fator F1 os participantes 2, 3 e 4 apresentaram indicações de treino para melhor desempenho das habilidades sociais, visto que estas se localizam abaixo da média esperada. Os participantes 1 e 5 porém, apresentam razoável desempenho das habilidades sociais, mas abaixo da média.

No fator F2 apenas o participante 3 tem indicação para treinamento das habilidades sociais, estando 1 e 4 situados acima da margem mediana, e 2 e 5 apresentam um repertório bastante elaborado, visto que esse fator sinaliza risco mínimo de reações indesejáveis.

Os participantes 1, 2 e 3 estão elencados para indicação de treino em habilidades sociais no fator F3. O participante 5 encontra-se com razoável, porém abaixo da média, desempenho das habilidades sociais e apenas o participante 4 apresenta desempenho mediano nesse fator.

Existe indicação para programas de treinamento de habilidades sociais no fator F4 para os participantes 1, 2, 3 e 4, e que apenas o participante 5 está situado como razoável, mas ainda baixo, desempenho de habilidades sociais.

No fator F5, os participantes 2, 3 e 4 obtiveram escore de indicação para treino de habilidades sociais, o participante 1 está situado abaixo da média esperada para o desempenho de suas habilidades sociais e apenas 5 apresentou desempenho acima da margem mediana.

Deste modo é possível ressaltar que as habilidades sociais da amostra geral apontam dificuldade máxima em situações que exijam enfrentamento (F1), desenvoltura social (F3), exposição frente ao desconhecido (F4) e controle de seus comportamentos (F5) pelos

participantes 1, 2, 3 e 4, e que o melhor desempenho acontece quando a situação não sinaliza risco de rejeição e/ou oposição (F2) nas pontuações dos participantes 1, 2, 4 e 5.

O Quadro 2 a seguir, apresenta três categorias estabelecidas a partir das informações coletadas pelo questionário, as quais foram denominadas como situação de interação com risco; estratégias de contra controle; situação de automonitoramento, e suas respectivas definições, seguidas de exemplos de relatos apresentados pelos participantes. Por fim há a apresentação de uma coluna de interpretação dos resultados, que consistiu em inferir, a partir das categorias de análise, o nível de funcionamento dos participantes em habilidades sociais para a amostra selecionada para este trabalho. Na terceira coluna do Quadro 2, os números em parênteses (1, 2, 3, 4 e 5) se referem aos participantes 1, 2, 3, 4 e 5, que compõem essa amostra respectivamente. Essas categorias sugerem a situação descritas pelos participantes diante das questões do questionário, qual o comportamento emitido por eles no momento e avaliação de suas atitudes.

Quadro 2 – Categorias de análise de conteúdos elaboradas a partir dos relatos oriundas da aplicação do questionário, suas respectivas definições, exemplos de falas e interpretação da amostra coletada.

Título da categoria	Definição operacional da categoria	Exemplos de falas dos participantes para cada categoria	Interpretação das categorias à luz das Habilidades Sociais
Situação de interação com risco	É constituída por situações que envolvem os familiares (pai/mãe/filhos/tios/avós) bem como parceiras, ou possíveis parceiras, amorosas. Refere-se a contextos em que houveram tentativas de conquista, encontros com mais de uma parceira, discussões familiares, reencontros com ex parceiras, isolamento social, situação risco provocada ao frequentar lugares em que sabe que as pessoas estarão fazendo uso de alguma substância psicoativa.	<p>“Eu olhei para ela e fiquei encarando, ela olhou a primeira vez e voltou ao que estava fazendo, aí olhou de novo, e eu arrisquei um sorrisinho bem light. E o que aconteceu foi que ela me retribuiu com um sorriso, e minhas habilidades sociais neste momento foi pra “cucuia”.” (1)</p> <p>“[...] eu não peguei muito confronto pra eu mesmo solucionar.” (2)</p> <p>“Então a minha dificuldade a semana inteira, foi a minha tia falando coisas que eu não gostei.” (3)</p> <p>“Teve uma menina que eu conhecia ela já faz um tempo, um ano e meio mais ou menos, e a gente começou a ficar. Só que no último dia de visita minha, teve uma outra que veio atrás de mim [...] E isso balançou comigo.” (4)</p>	Essa categoria indica situações que exigiram habilidades sociais como assertividade, expressão de discordância, solicitação de mudança de comportamento, expressão de sentimentos e/ou de desagrado, recusar ofertas de substâncias psicoativas, iniciar conversação, responsabilidade pela escolha, visto que esteve presente um risco alto de reações indesejáveis por parte do interlocutor.

		<p>“[...] fui no pagode [...] lá tem muita droga e bebida.” (4)</p> <p>“A dificuldade foi essa, a de lidar com essa situação sabe, mesmo ela não sendo mais a minha mulher, mas ainda tem um vínculo, a minha vontade era de ficar lá. Na sexta-feira eu liguei pra ela, e é isso mesmo, ela está com câncer na medula. É difícil ficar aqui dentro, voltar da visita, e não poder estar lá fora presente pra tentar fazer alguma coisa.” (5)</p>	
Estratégias de contra controle	<p>É constituída por conjunto de respostas para lidar com situações desconhecidas e/ou aversivas, como esquivar para não usar substâncias psicoativas, fuga do local em que está sendo confrontado, ficar em casa devido ao receio de recair.</p>	<p>“[...] eu me senti com vergonha, uma timidez também, que na hora eu pensei que não estava presente, e eu não consegui ter mais reação nenhuma, eu peguei e fui embora, virei meio copo de café expresso bem quente, parecia que eu ia pegar fogo, e fui.” (1)</p> <p>“[...] vamos dizer, eu não peguei nenhum dia de frete e tal, pra eu poder falar que eu descuidei do tratamento, eu fiquei mais lá dentro de casa mesmo, bem caseiro, até porque minha rua tem muita gente que vende e usa drogas. [...] Nessa visita eu preferi ficar reservado.” (2)</p> <p>“[...] e aquilo me pegou, eu vinha de um problema antes com o álcool e qualquer coisa que me abalasse eu já ia beber. [...] daí eu me controlei, controlei minha paciência, e isso não foi fácil, eu sai pra fora de casa e deixei ela falar lá dentro sozinha. Nesse momento deu vontade de largar tudo, o tratamento, voltar a beber, mas aí eu pensei bem e refleti e vi que não precisava fazer isso, senão eu estaria prejudicando eu mesmo.” (3)</p> <p>“[...] teve situações lá em que as pessoas ofereceram bebida pra mim [...] e eu falei que não posso, mas veio a vontade, nossa à vontade foi meio complicado, não sei nem</p>	<p>Essa categoria exigiu dos participantes habilidades sociais como iniciar conversação, encerrar conversação, expressar sentimentos positivos e/ou negativos, realizar recusa frente a oferta de substâncias psicoativas, expressar desagrado, lidar com críticas, solicitar mudança de comportamento, defender os próprios direitos. Esses contextos retrataram os comportamentos emitidos frente a demandas interpessoais, como situações de paquera e abordar para relação sexual, com riscos de reações indesejáveis por parte do interlocutor, podendo haver possibilidades de rejeição e de oposição.</p>

		<p>explicar como eu consegui, porque antes eu bebia demais, ainda mais cerveja [...] eu fui comprar água.” (4)</p> <p>“Teve a situação da minha ex mulher, eu até atrasei a minha volta, [...]fui conversar com ela, e ela contou o que era mais ou menos, que poderia ser uma anemia profunda ou uma leucemia. Eu conversei com o Valdir, ele deixou eu voltar na quarta-feira.” (5)</p>	
<p>Situação de Automonitoramento</p>	<p>É constituída pela auto observação, registro e reflexão dos comportamentos emitidos frente as situações desconhecidas e/ou aversivas. Envolve autoconhecimento e autocontrole.</p>	<p>“Eu vejo que essa situação pode tornar acontecer de novo, e eu não tenho ferramentas para lidar com ela, eu não vou saber novamente, eu acredito muito que eu não vou conseguir e sobressair se acontecer de novo, e vai. Mas eu não sei o que vou fazer.” (1)</p> <p>“Eu acho que na minha parte, eu tenho que agir mais e colocar mais confiança em mim, eu sair, porque eu sei que vou bater de frente com bastante dificuldade, então eu tenho que me expor pra eu conseguir trabalhar e achar os pontos que eu preciso saber lidar, porque depois, sou eu quem vou ter que enfrentar.” (2)</p> <p>“Eu vi o que eu estou aprendendo aqui dentro por isso minha reação foi me segurar, foi ficar tranquilo, e depois expor meu sentimento. [...] Eu avalio que estou bem melhor, porque se fosse antigamente e acontecesse isso, se fosse de eu conhecer aqui a Nova Jornada, eu tinha ido beber, então eu aprendi muito durante esse tempo que eu estou aqui dentro. Eu avalio que eu estou oitenta por cento melhor por causa do tratamento.” (3)</p> <p>“[...] quando eu sair na próxima visita, vou avaliar o que realmente quero.” (4)</p> <p>“[...] não deveria ter ido, não agora, deveria ter esperado um</p>	<p>A pergunta do questionário levou os participantes realizar o automonitoramento frente aos contextos relatados.</p> <p>Deste modo, se caracterizou pelo não sair de casa, não recorrer ao uso de substâncias psicoativas, se controlar frente a situações de frustração, ter frequentado lugares de ativa, necessidade de ajudar ex parceira amorosa. As situações exigiram que fosse reconhecida a necessidade de enftretamento, evitar lugares de ativa, lidar com as frustrações, reconhecer falta de habilidades e discriminar estados internos, a partir de recursos como autoconhecimento e autocontrole.</p>

		<p>ano, mas eu acho que eu fui bem até, tive vontade, muita vontade e tudo, senti até o gosto da cerveja, mas agora, é evitar a próxima.” (4)</p> <p>“Receber a notícia foi assustador, porque quando se fala em câncer já se pensa em morte, então por isso eu queria ficar lá.” (5)</p>	
--	--	---	--

Observa-se nos relatos apresentados pelos participantes 1, 3, 4 e 5, referente aos contextos em que estiveram expostos, que o assunto de maior recorrência envolveu a família e o relacionamento amoroso. O participante 2 relata sobre o receio de sair de casa devido a possibilidade de recaída, e o participante 4 amplia seus relatos apontando dificuldades em manter-se distante dos lugares de ativa.

A estratégia utilizada pelos participantes 1 e 3 é a de fuga do contexto em que esteve exposto a uma situação aversiva. O participante 2 adota uma postura de afastamento das atividades profissionais e sociais que realizava. Já o participante 4, que relata mais de uma situação, demonstra certa dificuldade ao avaliar a situação e realizar escolhas, porém ao se encontrar exposto a estímulos que geram respostas que poderiam levá-lo ao uso de uma substância psicoativa, sua estratégia foi a de substituir tal substância pela garrafa de água, segundo apresenta sua fala. A situação em que o participante 5 esteve exposto, a qual não esteve relacionada a um contexto social propriamente dito, mostra comportamentos habilidosos ao precisar lidar com uma situação que suscitaram sentimentos negativos.

Ao ser solicitado que os participantes avaliassem os comportamentos emitidos frente às situações citadas, 2, 3, 4 e 5 avaliaram crítica e positivamente suas atitudes, o participante 1, foi o único que citou não saber como agir perante a situação descrita.

Deste modo, considerando os dados do Quadro 2, é possível notar que os participantes frente aos comportamentos de fuga, afastamento, exposição a lugares que favorecem o uso de substâncias psicoativas, conflitos familiares e amorosos, obtiveram sucesso em suas respectivas visitas quanto às estratégias assumidas por eles, visto que retornaram à comunidade terapêutica em abstinência.

Ao se comparar os resultados do Inventário de Habilidades Sociais com as categorias elencadas nota-se que, a situação de interação com risco se refere às habilidades sociais como assertividade, expressão de discordância, solicitação de mudança de comportamento, expressão de sentimentos e/ou de desagrado, recusar ofertas de substâncias psicoativas, iniciar conversação, responsabilidade pela escolha, essas habilidades, todavia, foram indicadas com

considerável déficit nos escores do Inventário de Habilidades Sociais, porém as estratégias de controle utilizadas pelos participantes, as quais exigiram habilidades sociais como encerrar conversação, realizar recusa frente a oferta de substâncias psicoativas, expressar desagrado, lidar com críticas, solicitar mudança de comportamento, defender os próprios direitos, demonstraram eficácia mesmo diante de níveis abaixo da média, como aponta os escores do Inventário de Habilidades Sociais. Já a situação de automonitoramento, demandou habilidades como auto observação, registro e reflexão dos comportamentos emitidos frente as situações desconhecidas e/ou aversivas, reforçando assim as condutas exemplificadas nas estratégias de auto controle, podendo desta forma, aumentar em frequência e variabilidade, visando o desenvolvimento das habilidades sociais nos indivíduos.

Deste modo, nota-se que as maiores dificuldades encontradas a partir dessa amostra pesquisada, encontra-se nos contextos em que é necessário enfrentamento e busca de soluções para os conflitos, desenvoltura social, exposição a situações novas e controle dos comportamentos, e se confirmam quando comparados aos escores do Inventário de Habilidades Sociais, o qual indica que são esses os fatores sociais com os maiores déficits de habilidades sociais.

5. DISCUSSÃO

A análise dos resultados, de modo geral, apresenta os índices em habilidades sociais indicadas pelo Inventário de Habilidades Sociais como sendo abaixo da média, porém, ainda assim obtiveram sucesso em se manterem em abstinência durante a visita de ressocialização.

O participante 1, relata uma situação que sinalizou necessidade de desempenhar suas habilidades sociais, como por exemplo iniciar conversação com interlocutor desconhecido, sendo esta uma situação nova para ele, e que segundo os escores obtidos pelo Inventário de Habilidades Sociais confirmam como baixo desempenho os fatores F3 e F4, os quais referem a desenvoltura social e exposição a situações novas. Porém a estratégia utilizada foi a de fuga, que conforme indica uma pesquisa realizada com 35 dependentes de crack, 45,7% dessa população utiliza dessa mesma estratégia para o enfrentamento de situações aversivas. Essa estratégia foi de grande eficácia em manter o participante longe das substâncias psicoativas, porém, para o desenvolvimento das habilidades sociais mostra-se como um impedimento para a ampliação de seu repertório de comportamentos socialmente habilidosos (ARAÚJO, 2010).

A situação relatada pelo participante 2, ao se deparar com o receio de não conseguir se manter distante das substâncias psicoativas, tanto em contexto profissional, como em locais próximos a sua residência, que podem indicar dificuldades na execução de habilidades sociais em situações públicas, com interlocutores desconhecidos, expressar discordância, desenvoltura social e realizar pedidos. O que se mostra em concordância com os resultados do Inventário de Habilidades Sociais, essas habilidades por parte do paciente se encontram com déficit de desempenho. Nota-se que a estratégia utilizada foi a de afastamento, ou seja, decidiu pelo isolamento social para se esquivar de uma possível recaída, adiando a necessidade de se deparar com situações que exijam o desempenho de suas habilidades sociais. Ao se automonitorar, houve reconhecimento da necessidade de se expor às situações que exijam enfrentamento para que possa, desta forma, desenvolver suas habilidades sociais. O afastamento, diante ao desconhecido e ao receio de não saber lidar com as dificuldades, é eficaz em evitar uma possível recaída, mas também age em contraponto ao desenvolvimento de repertório das habilidades sociais (DELL'AGLIO, HUTZ, 2002).

Ao se comparar os resultados do Inventário de Habilidades Sociais do participante 3, o qual apresenta níveis de baixo desempenho das habilidades sociais em todos os fatores indicados, com a situação relatada que exigiu habilidades que requerem manejo com as críticas, expressar discordância, realizar elogios, encerrar conversação, realizar pedidos, é possível observar que houve dificuldade justamente em conter a situação, pois sua maior

dificuldade esteve centrada no contexto familiar. Segundo pesquisa realizada com alcoolistas e familiares por Santos e Velôso (2008) este é um dos principais fatores que levam o indivíduo utilizar substâncias Psicoativas. A estratégia utilizada foi a de fuga do contexto conflituoso para evitar uma possível recaída.

O participante 4 presenciou contextos que exigiram habilidades de expressar seus sentimentos e dizer não. Segundo resultado da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais, seu desempenho para situações públicas e privadas são baixos, podendo ser exemplificado pelo contexto em que ficou exposto as substâncias psicoativas, sendo esta, uma situação enfrentada através da distração, que segundo Araújo et al. (2008) propõe que o indivíduo desloque a atenção, realizada pelo participante quando compra garrafa de água para não beber, porém isso não possibilita a extinção dos respondentes fisiológicos nem o desempenho das habilidades sociais.

O contexto exposto pelo participante 5 não se referiu a uma situação social propriamente dita, porém exigiu que ele expressasse sentimentos e defendesse os direitos de outrem. Tais habilidades sociais apresentam desempenho mediano no resultado do Inventário de Habilidades Sociais, e comparados ao seu relato, obteve sucesso ao executar essas habilidades ao auxiliar a ex parceira durante sua visita de ressocialização.

6. CONCLUSÃO

O trabalho permitiu, diante da amostra pesquisada, observar que as situações indicativas de maiores riscos para a recuperação do dependente químico, podem estar compreendidas em contextos familiares e amorosos, ou seja, em relacionamentos que envolvem maior carga afetiva.

Quando o dependente químico se depara com situações em que suas habilidades sociais não atingem o desempenho adequado para o momento, devido aos respondentes emocionais que podem dificultar sua ação, de modo a não conseguir ser assertivo em contextos que gerem conflitos. As estratégias utilizadas são de afastamento, fuga e esquiva, como forma de se controlar frente a situação aversiva para não recorrer ao uso de substâncias psicoativas. Essas estratégias impedem o desenvolvimento de repertórios mais adequados para o enfrentamento das diversas situações em que pode estar exposto o dependente químico.

A partir disso é possível dizer que as habilidades sociais se relacionam com o processo de ressocialização quando o dependente químico se depara com situações que exijam enfrentamento, desenvoltura social, exposição a situações novas, controle de seus comportamentos, tanto em contextos públicos como em contextos privados, sejam seus interlocutores conhecidos ou desconhecidos, porém são de baixo desempenho conforme os apontamentos dos resultados do Inventário de Habilidades Sociais, o qual refere ser necessário um programa de treinamento das habilidades nesses fatores em que os riscos de rejeição, oposição e posterior descontentamento.

A pesquisa não pôde classificar que apenas as habilidades sociais agem como fator relacional com o processo de ressocialização para manter o indivíduo em total abstinência das substâncias psicoativas, mas alçou informações relevantes quanto a necessidade de se olhar para além dessas habilidades sociais, visando auxiliar o indivíduo a compreender seus sentimentos e encontrar estratégias para controlá-los.

É possível afirmar que, o período estabelecido para esse estudo, trouxe dados de apenas uma visita de ressocialização, mas se faz de grande importância que em estudos posteriores sejam realizadas avaliações mais amplas desse período essencial para o tratamento da dependência química, visto que posterior ao encerramento da pesquisa na referida comunidade terapêutica, o participante 5, o qual foi avaliado em sua segunda visita e que obteve os escores mais altos junto ao Inventário de Habilidades Sociais, recaiu em sua terceira visita de ressocialização. Como a pesquisa não compreendia outros momentos da visita de ressocialização, não foi possível avaliar o contexto em que isso ocorreu, quais foram as

variáveis que interferiram no bom desempenho de suas habilidades sociais. Já participante 3, que foi avaliado em sua segunda visita e cujo os níveis do Inventário de Habilidades Sociais indicaram como mais deficitário, se manteve em total abstinência frente a traição de sua esposa, a qual postou em redes sociais que já estaria noiva de outra pessoa, durante sua terceira visita, e que conforme observado, o período a ser pesquisado não incluiu as demais visitas que os participantes realizariam, não podendo desta forma explicar quais foram as variáveis que o auxiliaram no enfrentamento de tal situação.

O presente trabalho não se propôs a estudar o tempo de internação completo, mas se faz pertinente compreender a importância de avaliar todas as visitas de ressocialização que são realizadas pelos indivíduos, afim de elencar mais precisamente as relações que esse período tem com as habilidades sociais.

Outro fator importante em relação a essa temática, foi que o pequeno número de participantes convidados para a pesquisa, possibilitou a realização de cinco estudos de caso, mas não foi possível realizar análise estatística com a amostra selecionada.

Pode-se pontuar também que o questionário elaborado com duas questões semiestruturadas, abordavam de forma muito ampla as situações conflituosas vivenciadas pelos participantes, o que não permitiu ao aplicador interferir e coletar outros dados que poderiam ser pertinentes para a presente pesquisa.

Deste modo, em futuras oportunidades para estudos, torna-se necessário expandir a estrutura de período a ser pesquisado, seleção de outros instrumentos para avaliação e modificação do questionário utilizado, ampliando o alcance e o tempo de coleta de dados para a obtenção de análise e resultados mais pertinentes para o desenvolvimento de materiais referentes ao objetivo em questão.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n_101_02_ms___anvisa.pdf.

Acesso em: 07 ago. 2015.

ARAUJO, Renata Brasil et al. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. **Clinical & Biomedical Research**, v. 30, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewArticle/11572>. Acesso em 12 nov. 2015.

ARAUJO, Renata Brasil et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J bras psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>. Acesso em 12 nov. 2015.

BRASIL. Resolução (2005). **Resolução GSIPR/CH/CONAD**. Promulgada em 27 de outubro de 2005. Jorge Amado Félix. Nº 3. Brasília, 2005. (serie Legislação Federal). Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0133/ResolucaoGSIPR_CH_CONAD_2005_0003.pdf. Acesso em: 25 mar. 2015.

CORREA, F.K.; MAXIMIANO, V.A.Z. **Capacitação Para Comunidades Terapêuticas – Conhecer Para Cuidar Melhor**: Curso Para Líderes, Voluntários, Profissionais e Gestores de Comunidades Terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

CUNHA, Rachel Nunes da. Motivação e análise do comportamento. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 3, dic. 1995. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1995000300003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2015.

CUNHA, S. M.; et al. Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. **Rev. Bras de Terapias Cognitivas**, 2007. v. 3 n. 1, p. 28 – 41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872007000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 23 mar. 2015.

de-FARIAS, A. K. C. R. **Análise Comportamental Clínica**. Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2010.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais (HIS – Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; BARRETO, M. C. M. Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma Amostra de Universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, set-dez 1998, v. 14, n. 3, pp. 219-228. Disponível em: http://betara.ufscar.br:8080/pesquisa/rihs/armazenagem/pdf/artigos/ihs-psicometrico/at_download/file. Acesso em: 20 mai. 2015.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; HUTZ, Cláudio Simon. Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 203-225, 2002.

DUARTE, Adriana. O processo de reforma da Previdência social pública brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 24, n. 73, p. 120-142, mar. 2003.

FEBRACT. Disponível em: <www.febract.org.br>. Acesso em: 08 abr. 2015.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANHEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

GRANETTO, Walter Eduardo. **Práticas Educativas Parentais em Dependentes Químicos**. Dissertação de Mestrado, PUC-Campinas, 2008.

KURLANDER, P. A. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contra mão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014. Disponível em: <http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109590/S1413-81232014000200569.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 ago. 2015.

KURLANDER, P.A. **Fatores Prognósticos Para o Abandono Precoce do Tratamento da Dependência do Álcool, Crack e Outras Drogas em uma Comunidade Terapêutica**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

MARTINS, E. R. C.; CORREA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, p. 398-405, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 mai. 2015.

MAZZONI, Danilo. **Uma análise behaviorista radical de um instrumento de avaliação do abandono do tratamento para dependência química em comunidade terapêutica**. Faculdade Sudoeste Paulista. Avaré, São Paulo, 2014.

MIGUEL, A. Q. C; GAYA, C. M. Técnicas e terapias comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência química. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento da dependência química e as Terapias Cognitivo-Comportamental: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 313-329.

MIGUEL, Shirley Pereira; BUENO, Maurício Haas. **Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento: um estudo correlacional**. 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0578.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE (NTASM). **Models of care for the treatment of drug misusers: Promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services in England**. London: NTASM, 2002. Disponível em:

<http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare2_2002_moc2.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PINHO, V.D.; OLIVA, A.D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. **Rev. bras.ter. cogn.** Rio de Janeiro, v. 3, n.2, 2007.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. abr-jun 2009, v. 25, n. 2, pp. 203-211.

SANTOS, Muriella Sisa Dantas dos; VELÔSO, Thelma Maria Grisi. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 619-634, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 nov. 2015.

SENAD. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

SILVEIRA, D. X; SILVEIRA, E. D. X. **Um guia para a família**. Brasília: SENAD, 1999. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/UM%20GUIA%20PARA%20A%20FAMILIA/>. Acesso em: 05 abr. 2015.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B. O Conceito de Motivação na Psicologia. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** 2005, v. VII, n. 1, 119-132.

UNIAD. Disponível em: <uniad.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2015.

VENDRAMINE, Carolina Maia; BENVENUTI, Marcelo Frota Lobato. Promoção de mudanças de comportamentos em crianças: o papel do automonitoramento do comportamento dos cuidadores. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 15, n. 3, dez. 2013 .

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2015.

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

WAGNER, M.F.; OLIVEIRA, M.S. Habilidades Sociais e Abuso de Drogas em Adolescentes. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.101 – 116, 2007.

ANEXOS

Anexo A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa, cujo tema é “Possíveis Relações entre Habilidades Sociais e o Processo de Ressocialização do Dependente Químico”.

Você está sendo convidado à participar de uma pesquisa, desenvolvida pela aluna Andressa Azevedo Oliva, sob a supervisão do Psicólogo e Prof. Ms. Jurandyr de Oliveira, para responder a um questionário e a um inventário de habilidades sociais, que será realizada na Comunidade Terapêutica Nova Jornada, no dia ____/____/_____ às ____:____.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária, você responderá as questões de um questionário e de um Inventário de Habilidades Sociais, que será de extrema importância, pois as informações coletadas têm por objetivo a verificação e a análise da possível relação sobre as habilidades sociais em dependentes químicos que se encontram em tratamento, na fase de ressocialização. A coleta dos dados através do questionário e do Inventário de Habilidades Sociais terá a duração mínima de 45 minutos.

Este documento garante o anonimato das informações prestadas e garante que os dados coletados serão utilizados apenas para fins de pesquisa, e que poderão ser publicados.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes entrevistados e sua identificação não será divulgada.

Caso tenha necessidade de maiores esclarecimentos, poderá entrar em contato com Andressa Azevedo Oliva ou Jurandyr de Oliveira, pelo telefone (014) 3711-4020 – Faculdade Sudoeste Paulista (FSP), ou ainda pelo telefone de contato do CEP (14) 3880-1608/3880-1609.

Este termo será elaborado em duas vias, sendo uma cópia entregue ao participante e outra mantida em arquivo pelos responsáveis pelo projeto. Os formulários serão mantidos arquivados pelos responsáveis pelo estudo com o prazo de 5 (cinco) anos, após os quais serão destruídos.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Avaré, ____ de _____ de 2015.

Retirada do consentimento: Você terá o direito de desistir da entrevista em qualquer momento, bastando, para isso, manifestar sua vontade. A assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido oficializará a sua participação neste estudo.

Local: Avaré - SP

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Anexo B**QUESTIONÁRIO**

ORIENTAÇÃO: Antes de iniciarmos, lembre alguma situação em que você teve dificuldade para solucionar durante a sua visita de ressocialização. Após a afirmação do participantes, iniciou-se as perguntas do questionário.

Nome completo:

- 1-** Você enfrentou alguma situação em que teve dificuldade de solucionar e qual foi a sua reação?

- 2-** E como você avalia seu comportamento? _____
