



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

KARINA DE SOUZA SILVA

**CAPACITAÇÃO REMOTA SOBRE MANEJO DE CONTINGÊNCIAS:
ESTUDO PILOTO SOBRE SEUS EFEITOS NOS CONHECIMENTOS E
ATITUDES DE PROFISSIONAIS**

PETROLINA – PE

2022

KARINA DE SOUZA SILVA

**CAPACITAÇÃO REMOTA SOBRE MANEJO DE CONTINGÊNCIAS:
ESTUDO PILOTO SOBRE SEUS EFEITOS NOS CONHECIMENTOS E
ATITUDES DE PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Angelo Augusto Silva Sampaio

Coorientador: André de Queiroz Constantino Miguel

Petrolina - PE

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

KARINA DE SOUZA SILVA

**CAPACITAÇÃO REMOTA SOBRE MANEJO DE CONTINGÊNCIAS:
ESTUDO PILOTO SOBRE SEUS EFEITOS NOS CONHECIMENTOS E
ATITUDES DE PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora



Angelo Augusto Silva Sampaio, Doutor, Univasf.



Clarice Sandi Madruga, Doutora, Unifesp.



Christian Vichi, Doutor, Univasf

RESUMO

O Manejo de Contingências (MC) é uma das intervenções psicossociais com as melhores evidências de efetividade para lidar com transtornos por uso de substâncias. A capacitação de profissionais que atuam com essa demanda é fundamental para superar barreiras de disseminação e garantir a aplicação adequada do MC. Este estudo desenvolveu a primeira capacitação genérica e remota sobre MC no Brasil, e avaliou a sua eficácia na promoção de conhecimentos e atitudes positivas em relação à sua implementação para profissionais que atuam com a demanda de uso de substâncias. Para isso, criamos uma cartilha digital adaptada ao contexto brasileiro, com conteúdo teórico e exercícios práticos, além da gravação de videoaulas sobre cada tópico apresentado na cartilha. A capacitação foi apresentada por meio da plataforma Google Sala de Aula. Realizamos uma avaliação pré e pós-capacitação, além de avaliação de seguimento após um mês. A amostra contou com 97 profissionais com diferentes formações. Destes, 18 completaram a capacitação e responderam ao pós-teste, e 12 responderam também à avaliação de seguimento. Os 18 profissionais que realizaram o pós-teste aumentaram seus conhecimentos e melhoraram suas atitudes após a capacitação. No entanto, estes resultados não se mantiveram dentre os que realizaram o seguimento. Estudos futuros podem aprimorar o material da nossa capacitação visando contribuir com a ampla divulgação do MC, além de realizar comparações entre as modalidades online e presencial.

Palavras-chave: Manejo de contingências, capacitação, ensino remoto, transtornos por uso de substâncias, disseminação, prática baseada em evidências.

ABSTRACT

Contingency Management (CM) is one of the psychosocial interventions with the best evidence of effectiveness in dealing with substance use disorders. The training of professionals who work with this demand is essential to overcome barriers to dissemination and ensure the proper application of the CM. This study developed the first generic and remote training on CM in Brazil, and evaluated its efficacy in promoting knowledge and positive attitudes towards its implementation for professionals who work with the demand for substance use. For this, we created a digital manual adapted to the Brazilian context, with theoretical content and practical exercises, in addition to recording video lessons on each topic presented in the manual. The training was presented through the Google Classroom platform. We performed a pre- and post-training assessment, in addition to a follow-up assessment after one month. The sample included 97 professionals with different backgrounds. Of these, 18 completed the training and responded to the post-test, and 12 also responded to the follow-up assessment. The 18 professionals who performed the post-test increased their knowledge and improved their attitudes after the training. However, these results were not maintained among those who underwent follow-up. Future studies can improve the material of our training in order to contribute to the wide dissemination of the MC, in addition to making comparisons between the online and face-to-face modalities.

Keywords: Contingency management, training, remote teaching, substance use disorders, dissemination, evidence-based practice.

SUMÁRIO

Introdução	7
<i>Manejo de Contingências</i>	7
<i>Disseminação do Manejo de Contingências</i>	10
<i>O Manejo de Contingências no Contexto Brasileiro</i>	12
Método	13
<i>Delineamento</i>	13
<i>Participantes</i>	14
<i>Instrumentos</i>	15
<i>A Capacitação: Materiais Escritos e Audiovisuais</i>	17
<i>Procedimento</i>	19
<i>Análise de Dados</i>	21
Resultados	22
<i>Caracterização da Amostra</i>	22
<i>Preditores de Conclusão da Capacitação</i>	29
<i>Impacto da Capacitação</i>	33
Discussão	35
Conclusões	39
Referências	41
Anexos	51

O uso nocivo de substâncias representa um grave problema de saúde pública; a prevalência dos transtornos por uso de substâncias (TUS) e seu impacto na carga global de doenças têm aumentado continuamente em todo o mundo nos últimos 25 anos (Degenhardt et al., 2018). Os dados apontam ainda aumento desse consumo devido à pandemia por COVID-19 (e.g., Galloni et al., 2021; Taylor et al., 2021). Dados brasileiros apontam também que o uso de substâncias tem sido associado a transtornos mentais concomitantes, acidentes fatais de carro, violência, estupro, homicídio e suicídio (Abdalla et al., 2018; Andreuccetti et al., 2009, 2017, 2018; Madruga et al., 2015; Massaro et al., 2019).

Para lidar com esse quadro, foram desenvolvidas ao longo dos anos diversas intervenções psicossociais, sendo as mais efetivas, em sua maioria, de base cognitiva e comportamental (Diehl et al., 2019; Emmelkamp & Vedel, 2006). Das intervenções comportamentais, as que veem apresentando maior destaque em termos de efetividade são a Terapia Comportamental de Casal (*Behavioral Couples Therapy*), que envolve a participação de alguém importante da rede de apoio do cliente (e.g., cônjuge, mãe) para colaborar com o monitoramento e reforço de comportamentos-alvo definidos em sessão relacionados ao seu uso de substância (Powers et al., 2008); a Abordagem do Reforço Comunitário (ARC, *Community Reinforcement Approach*), focada em enriquecer o ambiente do cliente de forma contingente a emissão de comportamentos-alvo relacionados ao uso de substância (De Crescenzo et al., 2018); e o Manejo de Contingências (MC, *Contingency Management*; Getty et al., 2019), apresentado a seguir.

Manejo de Contingências

O MC é uma intervenção baseada no princípio do condicionamento operante. Dessa perspectiva, apesar das consequências aversivas relacionadas ao consumo problemático de determinada substância, seu uso é mantido por suas consequências reforçadoras (e.g., efeitos fisiológicos da substância, pertencimento a um grupo social etc.) e pela falta de outros

reforçadores contingentes a respostas alternativas e/ou incompatíveis a esse consumo (Higgins et al., 2004). Nesse sentido, o MC consiste em manipular variáveis do ambiente atual do usuário de modo a aumentar a presença de reforçadores contingentes a essas respostas alternativas e/ou incompatíveis.

Em termos práticos, há três princípios gerais que caracterizam essa intervenção: (1) definição objetiva e monitoramento constante do comportamento-alvo, com a frequência definida a partir das características do comportamento e da forma de mensuração escolhida (e.g., duas vezes por semana no caso do comportamento de uso da cocaína monitorado por teste de urina); (2) fornecimento de reforço (e.g., através de dinheiro, vales e prêmios), de maneira imediata e com magnitude crescente, para a produção de evidências de que o comportamento-alvo foi emitido (e.g., resultado negativo no teste de urina para o uso de cocaína); e, por fim, (3) retenção de reforçadores quando a medida objetiva indicar que o comportamento-alvo não ocorreu (e.g., resultado positivo no teste de urina para o uso de cocaína), além da diminuição da magnitude do reforço para a próxima vez que ele voltar a emitir o comportamento-alvo. Embora a abstinência seja a meta priorizada na maioria dos estudos (Petry, 2011), também é comum o reforço contingente à adesão ao tratamento farmacológico (Rosen et al., 2007), participação em atividades relacionadas ao tratamento (Ledgerwood et al., 2008), dentre outros.

Diversas revisões da literatura e metanálises têm apontado a eficácia e efetividade do MC no tratamento do TUS, para diversas populações e substâncias (e.g., Davis et al., 2016; De Crescenzo et al., 2018; Getty et al., 2019). Esses resultados têm contribuído para o reconhecimento e a disseminação do MC. Em 1998, por exemplo, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) dos Estados Unidos publicou um manual terapêutico detalhando como incluir o MC em serviços de tratamento aberto para cocaína (NIDA, 1998). Em 2007, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomendou o MC à Agência

Nacional de Tratamento ao Abuso de Substâncias do Reino Unido (Pilling et al., 2007). Em 2020, em um estudo de revisão sistemática, Oluwoye et al. (2020) identificaram 24 estudos publicados entre 2000 e 2018 que tratavam de estratégias de disseminação e implementação do MC para uso de substâncias em contextos comunitários e clínicos. Além disso, em 2022, a Sociedade de Psicologia Clínica (Divisão 12) da Associação Americana de Psicologia, desenvolveu uma metanálise para avaliar os efeitos do MC aplicado ao TUS e concluiu pela forte recomendação de seu uso na prática clínica (Pfund et al., 2022). Apesar dessas evidências e tentativas de disseminação, o MC ainda é amplamente desconhecido e praticamente não é utilizado, em especial no Brasil, país que tem avançado lentamente na discussão e adoção do modelo de prática baseada em evidências (PBE) em serviços de tratamento para transtornos mentais em geral (Leonardi & Meyer, 2015).

O primeiro estudo sistemático do MC no país foi o ensaio clínico randomizado avaliando a sua eficácia no tratamento da dependência de crack conduzido por Miguel et al. (2016, 2017, 2018, 2019). A intervenção durou 12 semanas e foi realizada no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) da Vila Maria, em São Paulo-SP, com 65 usuários de crack em situação de alta vulnerabilidade social – a maioria dos usuários estava desempregada (83,1%) e já havia apresentado comportamentos de risco devido ao crack como dormir na rua (64,6%) e frequentar a “Cracolândia” (89,2%) (Miguel et al., 2016). No total, 32 participantes foram alocados ao grupo controle, e 33 ao grupo experimental. O grupo controle foi submetido ao tratamento padrão da AME e o grupo experimental, ao tratamento padrão mais MC. Os participantes de ambos os grupos foram encorajados a deixar amostras de urina e bafômetro três vezes por semana. No grupo experimental, quando o resultado de urina era negativo, o participante recebia vales com certo valor monetário que eram trocados por produtos disponíveis na comunidade em um raio de 1 km do serviço, com acompanhamento de um dos pesquisadores. Como resultados principais, houve aumento considerável e

significativo na adesão e participação no tratamento, redução do consumo do crack, promoção da abstinência continuada do crack e redução do consumo de maconha e álcool (Miguel et al., 2016). Embora não tenham sido alvos primários, a intervenção também reduziu sintomas de depressão e ansiedade (Miguel et al., 2017). Além disso, mais de 90% dos participantes no grupo experimental acharam o MC de fácil compreensão; todos relataram gostar de sua experiência com o MC; mais de 80% disseram que o MC os ajudou consideravelmente; e mais de 90% indicaram que o MC poderia ajudar muito outras pessoas com dependência de crack (Miguel et al., 2018).

Disseminação do Manejo de Contingências

Apesar de seus inúmeros resultados positivos, a literatura tem apontado algumas barreiras a serem superadas para que intervenções baseadas em evidências sejam incorporadas em serviços de tratamento, como obstáculos práticos (e.g., falta de treinamento) e preocupação com custos (Lilienfeld et al., 2013). No caso específico do MC, parece haver ainda barreiras adicionais. Uma delas são as atitudes¹ negativas em relação à sua aplicação, principalmente relacionadas à preocupação de clínicos de que o fornecimento de reforços “artificiais” possa interferir negativamente no desenvolvimento da “motivação interna” do usuário para ficar abstinente (Stitzer & Kellogg, 2008).

Benishek et al. (2010) investigaram as atitudes de 136 prestadores de tratamento para abuso de substâncias a respeito de cinco tipos de tratamento: MC, entrevista motivacional (EM), prevenção de recaída (PR), abordagem de 12 passos e confrontação verbal, bem como a percepção das barreiras associadas a esses tratamentos. Das três intervenções com maior nível de evidência (MC, EM e PR), o MC foi descrito pelos participantes como tendo menor suporte empírico, maior número de barreiras e foi a técnica menos conhecida previamente por

¹ Atitudes (*attitudes*) e crenças (*beliefs*) são termos utilizados de forma intercambiável pela literatura da área. Neste trabalho, utilizaremos apenas o termo atitudes – definido aqui como respostas avaliativas (e.g., respostas em escalas Likert) adquiridas por uma história direta e/ou indireta de aprendizagem (Mizael et al., 2016).

eles. Tais resultados corroboram a pouca aceitabilidade dos clínicos em relação a essa intervenção. Os autores também avaliaram o impacto da leitura de uma cartilha educacional descrevendo o suporte empírico para as cinco intervenções sobre essas atitudes. Houve uma mudança estatisticamente significativa nas atitudes dos participantes sobre o uso rotineiro do MC em seus programas e maior disposição em implementá-lo. No entanto, mesmo após essa mudança, mais participantes continuavam preferindo aderir a tratamentos com menor suporte empírico (Benishek et al., 2010).

Rash et al. (2012) desenvolveram um questionário para avaliar atitudes sobre o MC de profissionais que atuam no tratamento para TUS e examinaram a relação dessas atitudes com suas características profissionais e práticas clínicas. Dos participantes que relataram ter implementado o MC em sua prática, 46% o fez sem treinamento ou com treinamento muito breve (≤ 2 h). Além disso, a maioria não havia utilizado parâmetros comportamentais eficazes. Sendo assim, embora a prontidão para usar intervenções empiricamente sustentadas por profissionais seja um aspecto importante a ser trabalhado, também é necessário o treinamento adequado de como aplicá-las (Rash et al., 2020). Nessa direção, Rash et al. (2013) avaliaram o conhecimento e as atitudes sobre o MC de 159 líderes clínicos do *Department of Veterans Affairs* dos EUA antes e depois de uma capacitação sobre essa intervenção. Foram utilizados um questionário sobre características demográficas e de formação clínica; um teste de conhecimento de múltipla escolha de 20 itens (ver Petry & Stitzer, 2002); o Questionário de Crenças sobre o Manejo de Contingências (QCMC, *Contingency Management Beliefs Questionnaire*; Rash et al., 2012); e um formulário de avaliação da capacitação. A capacitação aumentou significativamente o conhecimento e as atitudes positivas dos participantes sobre o MC. Esse estudo e os citados anteriormente demonstraram que a capacitação dos profissionais responsáveis pelo tratamento de usuários de substâncias é fundamental tanto para a disseminação como para a aplicação adequada

dessa intervenção. Ainda no que se refere à disseminação, os autores sugeriram que estudos futuros incluíssem avaliação de seguimento, para verificar se os resultados positivos se mantêm com o passar do tempo, além de avaliação de eficácia de capacitações na modalidade remota – enquanto via de disseminação em larga escala.

O Manejo de Contingências no Contexto Brasileiro

No Brasil, após a publicação do primeiro ensaio clínico randomizado sobre MC no país (Miguel et al., 2016, 2017, 2018, 2019), houve apenas mais uma iniciativa de disseminação desta intervenção, desta vez enquanto avaliação da sua efetividade (Miguel et al., 2022), concomitante com a avaliação de aceitabilidade e viabilidade de sua aplicação pelos profissionais de uma unidade pública de tratamento para uso de substâncias (Miguel et al., 2021). O estudo foi realizado na primeira unidade pública de Alojamento Contingente à Abstinência, criada para servir como serviço adjunto de tratamento ambulatorial para usuários de crack em situação de rua residentes no centro de São Paulo-SP. Um grupo de 13 profissionais recebeu uma capacitação de 3 h sobre MC, desenvolvido com base em um guia de aplicação publicado por Petry (2000). Além disso, os profissionais receberam supervisão in loco durante as primeiras duas semanas de aplicação, além de possibilidade de contato via e-mail após esse período. Os pesquisadores avaliaram a aceitabilidade dos profissionais através de um breve questionário semiestruturado, desenvolvido por eles. Já a viabilidade foi avaliada considerando (a) as perspectivas tanto dos profissionais quanto dos usuários sobre o MC; (b) a efetividade da intervenção e (c) a capacidade do serviço incorporar o MC em seu programa de tratamento. Como resultados principais, a condição que incluía o MC como parte da intervenção resultou em melhores respostas ao tratamento para todos os desfechos avaliados (Miguel et al., 2022). Além disso, os profissionais acharam o MC fácil de entender, fácil de aplicar, sentiram-se à vontade para realizar a intervenção, estavam confiantes de que o estavam realizando corretamente, estavam dispostos a incorporá-lo como parte de sua prática

clínica, e ainda relataram que o treinamento de 3 h era suficiente para realizar a intervenção de maneira confiável e confortável (Miguel et al., 2021).

A despeito dos resultados bastante positivos encontrados nestes estudos no que se refere à aceitabilidade dos profissionais sobre o MC, a pesquisa foi realizada com profissionais que atuavam em um serviço de tratamento que já adotava algumas práticas similares às empregadas pelo MC (e.g., recompensas contingentes a comportamentos alvo). Dessa forma, considerando os dados sobre atitudes negativas a respeito do MC (Benishek et al., 2010), e a pouca adesão de profissionais brasileiros ao modelo da PBE (Leonardi & Meyer, 2015), o objetivo deste trabalho foi desenvolver a primeira capacitação genérica sobre MC no país. Assim, diferente de Miguel et al. (2021), que construíram uma capacitação específica para um determinado público de profissionais trabalhando em um mesmo serviço de tratamento, a nossa capacitação foi criada para introduzir diferentes profissionais, com diferentes formações, abordagens de tratamento e atuando em diferentes serviços, a conteúdo teórico e prático geral sobre MC. Nisso, avaliamos a eficácia inicial da capacitação na promoção de (a) conhecimento sobre os princípios comportamentais envolvidos nessa intervenção para TUS e (b) atitudes positivas em relação à sua implementação, em profissionais brasileiros com diferentes formações que atuam com a demanda de uso de substâncias. Esta avaliação foi realizada em meio à pandemia de COVID-19 e, por isso, o conteúdo da capacitação foi adaptado ao formato remoto. Além disso, este estudo avaliou variáveis capazes de prever a escolha dos profissionais brasileiros de participar de uma capacitação remota sobre MC.

Método

Delineamento

A capacitação desenvolvida foi avaliada com pré e pós teste, sem grupo controle, assim como em Rash et al. (2013), além de avaliação de um mês de seguimento após a capacitação. Embora, a princípio, o uso de grupo controle seja recomendado para esse tipo de pesquisa (Cozby, 2003), alguns fatores justificam a sua ausência. Em primeiro lugar, o teste de conhecimento sobre o MC parece pouco sensível ao efeito de testagem, já que questiona os participantes sobre princípios básicos dessa intervenção, provavelmente não sendo afetado pelos participantes conhecerem suas perguntas e alternativas de resposta ou os objetivos da pesquisa. Em contrapartida, é possível que as respostas ao QCMC e sobre a preparação para implementar o MC tenham sido influenciadas por variáveis estranhas (e.g., respostas mais favoráveis à intervenção como uma tentativa de agradar os pesquisadores). De qualquer modo, o uso de grupo controle na prática reduziria o tamanho amostral, impossibilitando realizar as análises estatísticas necessárias para avaliação dos objetivos propostos. Assim, as vantagens do delineamento escolhido superam suas possíveis limitações, além de ser o mais comum em pesquisas dessa área (Oluwoye et al., 2019).

Participantes

A princípio, participariam deste estudo cerca de 40 profissionais dos CAPS AD das cidades de Juazeiro/BA e Petrolina/PE, de forma presencial. No entanto, a coleta coincidiu com o início da pandemia por COVID-19 e, após conversa com os coordenadores dos CAPS AD de ambas as localidades e confirmação da inviabilidade de participação dos profissionais de forma presencial pelo coordenador do CAPS AD de Petrolina/PE, os pesquisadores optaram pelo uso da modalidade remota. Dada a maior acessibilidade dessa modalidade, os pesquisadores optaram por ampliar o público-alvo, incluindo profissionais de CAPS AD de outras localidades do país. A baixa adesão inicial de participantes, contudo, levou os pesquisadores a ampliarem os critérios de inclusão para abarcar qualquer

profissional/estagiário² que atuasse com a demanda de uso de substâncias no país. Dessa forma, participaram deste estudo 97 profissionais brasileiros que atuam com a demanda de uso de substâncias, recrutados por conveniência, através de divulgação nas redes sociais (e.g., WhatsApp, Facebook, Instagram e e-mail). Dois outros participantes foram excluídos por não terem experiência prévia com tratamento para TUS. Dos 97, 13 completaram o pós-teste e nove realizaram a avaliação de seguimento após um mês de finalização da capacitação. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta. O projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa antes do início do recrutamento dos participantes (CAAE: 37996420.8.0000.9287).

Instrumentos

Os participantes responderam a um teste de conhecimento sobre o MC com 20 itens de múltipla escolha, avaliando a familiaridade do participante com princípios comportamentais básicos (e.g., reforçamento positivo), além de conceitos relacionados especificamente ao MC (e.g., tipo de reforço utilizado e esquemas de monitoramento) (Anexo A). Alguns exemplos de questões são: “Qual dos comportamentos abaixo NÃO seria possível alterar diretamente usando técnicas de manejo de contingências?” e “Por que os vales foram escolhidos como reforçadores em estudos de manejo de contingências?” (ver Petry & Stitzer, 2002). Este teste foi sensível à mudança após o treinamento em MC em estudos anteriores (Petry et al., 2012a, 2012b; Rash et al., 2013).

Em sequência, foi aplicada a Escala de Atitudes sobre Prática Baseada em Evidências (EAPBE), que avalia atitudes de profissionais de saúde mental em relação a intervenções baseadas em evidências científicas (Aarons, 2004; Anexo B). A escala é composta por 15 itens classificados em uma escala do tipo Likert de cinco pontos de acordo com o quanto o participante concorda com cada afirmação (“nem um pouco” a “em altíssima medida”). A

² O termo “profissional” será usado no restante do texto para se referir a profissionais e estagiários.

análise fatorial realizada por Aarons (2004) sugeriu uma estrutura de quatro fatores, com alfas de Cronbach variando de 0,90 a 0,59 com um alfa geral da escala de 0,77. Alguns exemplos de afirmações presentes na escala, são: “se você recebesse treinamento em uma terapia ou intervenção que fosse nova para você, qual a probabilidade de adotá-la se ela ‘fizesse sentido’ para você?” e “eu gosto de usar novos tipos de terapia/intervenções para ajudar meus clientes”.

Já o QCMC contém 35 afirmativas as quais devem ser classificadas pelo participante em uma escala do tipo Likert de cinco pontos de acordo com a influência do item na sua decisão em adotar (ou continuar adotando) o MC em sua prática clínica (“nenhuma influência” a “influência muito forte”) (Rash et al., 2012; Anexo C). A análise fatorial do QCMC sugeriu uma estrutura de três fatores: barreiras gerais, barreiras relacionadas ao treinamento e atitudes pró-MC, com coeficiente alfa de 0,88 e 0,90 para as meias amostras (análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória, respectivamente; Rash et al., 2012). A subescala de barreiras gerais inclui itens relacionados às demandas de tempo e custo da implementação do MC, bem como preocupações clínicas, como, por exemplo “o MC não aborda a causa subjacente do vício”. As barreiras relacionadas ao treinamento se referem à falta de oportunidades de capacitação e supervisão qualificada, além de preocupações com o suporte organizacional, como: “Meu local de trabalho/supervisores/administradores não oferecem suporte ao MC (por exemplo, não fornecem treinamento, recursos)”. E, por fim, as declarações favoráveis ao MC estão relacionadas aos benefícios percebidos dessa intervenção, por exemplo, “O MC é útil porque ajuda a manter os clientes envolvidos no tratamento por tempo suficiente para que eles realmente aprendam habilidades valiosas”.

O questionário demográfico e sobre formação clínica, adaptado de Rash et al. (2013), contém uma questão sobre o local de serviço atual dos profissionais, além de questões sobre: sexo, maior nível de titulação acadêmica/profissional, tempo de formação, anos de

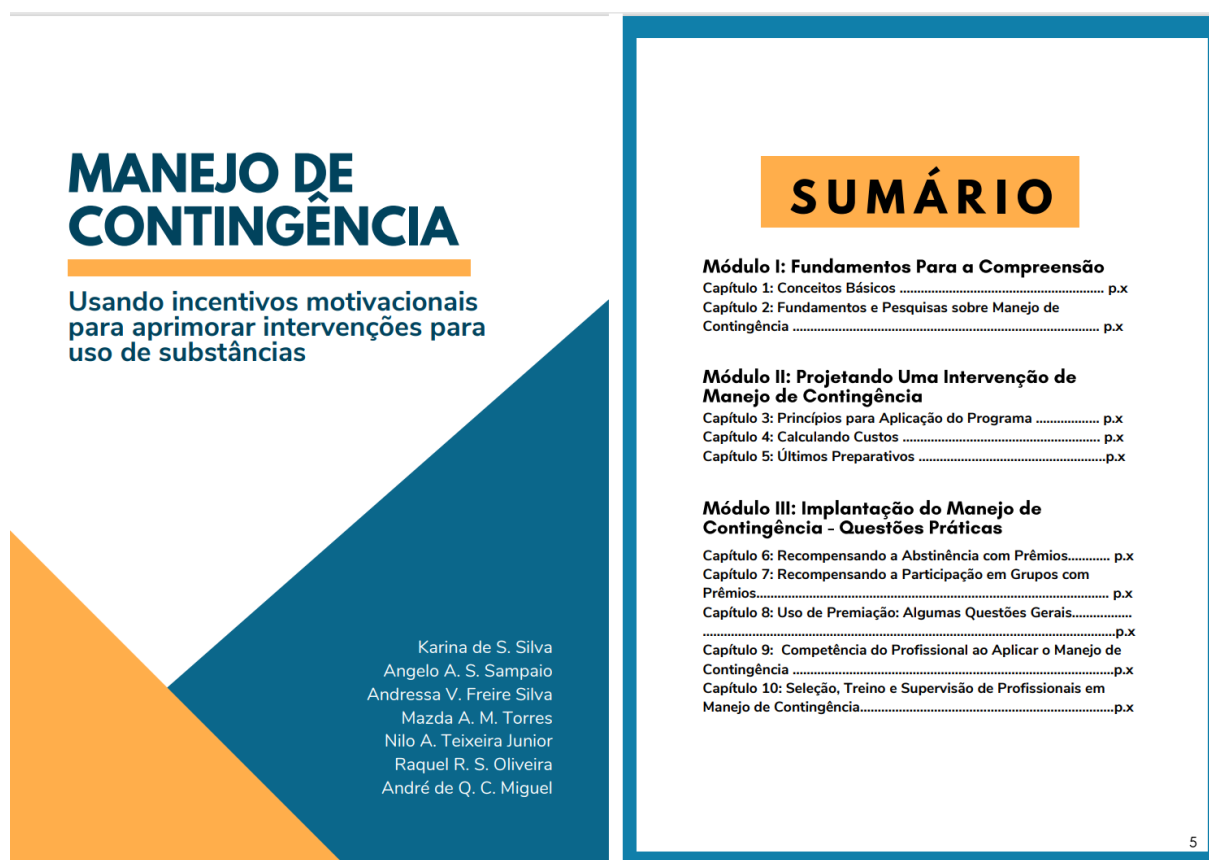
experiência com tratamento do TUS, abordagem terapêutica adotada (e.g., redução de danos, prevenção de recaída, comportamental etc.), e conhecimento prévio sobre o MC (Anexo D). Por fim, assim como em Rash et al. (2013), o formulário de avaliação da capacitação incluiu três itens de *feedback*: satisfação, inclinação para recomendar a capacitação e preparação para implementar, além da questão “Qual sua percepção sobre a proporção de terapeutas/profissionais que implementaria corretamente o MC sem treinamento/capacitação?” (Anexo E). Todos os itens desse formulário variam em uma escala de sete pontos. Todos os instrumentos foram traduzidos para o português pelo nosso grupo de pesquisa.

A Capacitação: Materiais Escritos e Audiovisuais

Visando contribuir com a disseminação do MC, criamos a primeira capacitação genérica sobre essa intervenção no país. Originalmente, o objetivo era traduzir o principal manual sobre aplicação do MC, produzido por Petry (2011). No entanto, ao perceber importantes diferenças entre a aplicação de intervenções nos Estados Unidos e no Brasil (e.g., uso de metadona como reforçador; alta prevalência do uso de heroína), além da importância de atualização dos dados, optamos por desenvolver uma cartilha pensada especificamente para o contexto brasileiro (Figura 1).

Figura 1

Capa e Sumário da Cartilha sobre Manejo de Contingências



A cartilha foi intitulada “Manejo de Contingências: Usando incentivos motivacionais para aprimorar intervenções para uso de substâncias” (Anexo F), e contém 79 páginas distribuídas em 10 capítulos agrupados em três módulos. A parte inicial do primeiro módulo, “Fundamentos para a Compreensão”, visa aumentar o engajamento dos leitores com a cartilha e a capacitação. Em sequência, são expostos conceitos comportamentais básicos (e.g., consequências, reforço, punição e contingência), princípios gerais de aplicação do MC (i.e., monitoramento, uso de reforçadores e retenção de reforçadores), além de dados de eficácia do MC, em suas modalidades individual (i.e. aplicado de forma singular para cada participante da intervenção com foco, por exemplo, no comportamento de uso de uma substância) e em grupo (i.e., em que os participantes têm os seus comportamentos de participação no grupo

terapêutico reforçados). Por fim, os leitores são convidados a realizarem alguns exercícios práticos, para aprenderem a definir o comportamento-alvo e descrevê-lo de forma objetiva, definirem a forma de avaliação, também objetiva, e o esquema de monitoramento. Ao final, eles precisam analisar um estudo de caso, considerando os conceitos apresentados. Como forma de garantir um feedback, a cartilha apresenta um modelo de análise do caso para que os leitores comparem com suas respostas.


Já o segundo módulo, “Projetando uma Intervenção de Manejo de Contingências”, apresenta questões a serem planejadas quando o profissional já decidiu aplicar o MC, mas ainda está na fase de preparação. Aqui, são ensinados cálculo de custos a depender da modalidade de MC escolhida (individual ou em grupo), além da escolha sobre quem irá aplicar o MC, e a forma adequada de realizar a comunicação ao restante da equipe e aos usuários elegíveis e não elegíveis para participar do programa. Nessa parte, os leitores são convidados a encenarem essa comunicação.

O último módulo, “Implantação do Manejo de Contingências – Questões Práticas”, por sua vez, foca no passo a passo de como aplicar a intervenção. Aqui, são apresentadas as formas de aplicação nas modalidades individual e em grupo de forma separada, para que o profissional possa pular direto para a de seu interesse. Em cada um, há exercícios práticos (e.g., análise de caso e convite para interpretação de cena). Os capítulos seguintes deste módulo tratam sobre critérios a serem considerados ao avaliar a competência do profissional que está aplicando o MC (com exercício de análise dessa competência, usando uma escala disponibilizada na cartilha) e sugerem que o profissional que irá aplicar o MC faça supervisão com outro profissional com mais experiência na área. Ao final da cartilha, são disponibilizados alguns anexos contendo formulários que devem ser usados pelo profissional ao utilizar o MC em sua prática.


Dado o contexto da pandemia da COVID-19 e as dificuldades de recrutamento, somada ao objetivo de disseminar essa intervenção para profissionais brasileiros, o material da capacitação foi adaptado para ser usado em formato online e assíncrono, através da plataforma Google Sala de Aula, com duração estimada de 7 h. Assim, além do material escrito, a pesquisadora principal gravou videoaulas para o conteúdo de cada capítulo descrito no manual. Os vídeos contaram com explicação oral da pesquisadora acompanhada de recurso visual (apresentação no PowerPoint). No total, foram gravados 12 vídeos (Anexo G), variando entre 1 min e 22 min, sendo um deles em formato de *Role-Playing*, oferecendo um modelo de comunicação ao usuário que esteja participando da intervenção. O objetivo da capacitação foi permitir que os participantes pudessem planejar e implementar o MC em sua prática clínica. A Figura 2 ilustra a estrutura geral dos conteúdos acessados pelos participantes na plataforma.

Figura 2*Conteúdo da Capacitação Remota sobre Manejo de Contingências*


Módulo I ⋮

 1. Conceitos Básicos
Última edição: 18 de mai. de ...

Veja o material (primeiro o vídeo e depois o texto) sobre conceitos básicos de Manejo de Contingência.




Manejo de Contingência: ...
Vídeo do YouTube 18 minutos





1. Conceitos Básicos.pdf
PDF


[Ver material](#)

 2. Fundamentos e Pesquisas
Última edição: 23 de mai. de ...


Módulo II ⋮


 3. Princípios para Aplicação
Última edição: 18 de mai. de ...


 4. Custos
Última edição: 30 de mai. de ...


 5. Últimos Preparativos
Última edição: 30 de mai. de ...


Módulo III ⋮

 6. Recompensado a Abstinência com Prêmios
Última edição: 18 de mai. de ...


 7. Recompensando a Participação em Grup...
Última edição: 30 de mai. de ...

 8. Uso de Premiação
Última edição: 30 de mai. de ...

 9. Competência do Profissional ao Aplicar o ...
Última edição: 2 de mai. de 2...

 10. Seleção, Treino e Supervisão de Profissi...
Última edição: 2 de mai. de 2...

Finalização ⋮

 Questionários Finais
Última edição: 31 de mai. de ...

Procedimento

Inicialmente, os participantes acessaram um link do Google Formulários e responderam os questionários na seguinte ordem: (a) teste de conhecimento sobre o MC; (b) EAPBE; (c) QCMC e (d) Questionário Demográfico e sobre Formação Clínica. Após concluir o preenchimento dos questionários, os participantes recebiam um e-mail os convidando para acessar o conteúdo da capacitação por meio da inscrição no curso no Google Sala de Aula.

Ao final do conteúdo da capacitação, ainda na plataforma Google Sala de Aula, os participantes tinham acesso ao link contendo os formulários finais (i.e., novamente o teste de conhecimento e o QCMC, além de um formulário de avaliação da capacitação). Os participantes foram informados, na mensagem de boas-vindas, ao curso que teriam um prazo limite de 15 dias para finalizar todo esse processo. No entanto, devido ao baixo número de participantes que estavam respondendo os instrumentos finais dentro do prazo estipulado, os pesquisadores enviaram um e-mail, no dia dezessete de outubro de 2021, informando que eles poderiam continuar respondendo até o final do ano de 2021. Exatamente um mês após eles responderem, os pesquisadores enviaram um e-mail solicitando que eles respondessem novamente o teste de conhecimento e o QCMC.

Para cinco participantes, no entanto, a aplicação dos instrumentos e a realização da capacitação foram feitas de forma presencial, em um mesmo dia, com duração aproximada de 4 h, em uma sala na Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), com a presença dos três primeiros pesquisadores e de mais três estudantes de iniciação científica. Essa alteração no procedimento para esses participantes se justifica por ter sido um pedido feito pelo coordenador do CAPS AD de Juazeiro/BA, que relatou desânimo dos profissionais em realizar capacitações no formato remoto. Além disso, dada a importância da disseminação do MC e a constatação, já nesse momento da pesquisa, do alto número de participantes da modalidade remota que responderam os instrumentos iniciais, mas não concluíram a

capacitação, optou-se por acatar a sugestão do coordenador, alterando a modalidade da capacitação para esses participantes.

Apesar da mudança na modalidade da capacitação, o material utilizado foi o mesmo, incluindo apresentação dos vídeos gravados pela pesquisadora principal e realização individual das atividades. No entanto, enquanto na modalidade online os profissionais precisavam gerenciar seu próprio tempo de execução da capacitação, na modalidade presencial, eles receberam os instrumentos no dia anterior à capacitação, e tiveram o prazo de uma semana para os devolver aos pesquisadores (que foram diretamente ao CAPS AD buscar, como previamente combinado). Além disso, na modalidade presencial, os pesquisadores estavam presentes durante toda a apresentação do conteúdo da capacitação, o que proporcionou momentos para tirar dúvidas, discutir etc., o que não ocorreu na modalidade online (embora eles tivessem o contato da pesquisadora). Outra diferença importante foi que, enquanto na modalidade online os profissionais eram expostos a materiais escritos sobre cada conteúdo apresentado, na modalidade presencial, eles apenas receberam uma via da cartilha completa impressa ao final. Dada essas diferenças, consideramos importante apresentar as comparações dos escores dos participantes das modalidades online vs. presencial nos instrumentos específicos sobre MC, antes e após a capacitação, além das respostas de avaliação da capacitação (vide seção de Resultados).

Análise de Dados

O teste Shapiro-Wilk foi conduzido para verificar se os dados atendiam aos pressupostos de normalidade de distribuição. Para os 92 profissionais que preencheram os instrumentos iniciais de modo online, os escores relacionados ao teste de conhecimentos acataram o pressuposto da normalidade em ambos os grupos (não finalizaram: $W = 0,97$; $p = 0,06$; finalizaram: $W = 0,91$; $p = 0,18$). No que diz respeito às percepções de barreiras gerais do QCMC, o pressuposto da normalidade foi alcançado em ambos os grupos (não finalizaram: $W = 0,97$; $p = 0,05$; finalizaram $W = 0,95$; $p =$

0,55). Por outro lado, os escores das percepções sobre as barreiras de treino do QCMC atingiram os pressupostos de normalidade para o grupo dos que finalizaram a capacitação ($W = 0,93; p = 0,35$), mas não para os que não finalizaram ($W = 0,96; p = 0,01$). Em relação às atitudes pró-MC avaliadas pelo QCMC, o pressuposto da normalidade foi alcançado apenas no grupo dos que finalizaram ($W = 0,90; p = 0,16$), mas não no grupo dos que não finalizaram ($W = 0,94; p = 0,00$). Em relação aos escores da EAPBE, os pressupostos de normalidade foram acatados para ambos os grupos (não finalizaram: $W = 0,98; p = 0,18$; finalizaram $W = 0,90; p = 0,16$). Para as variáveis que não atingiram a normalidade em ambos os grupos, usamos testes não-paramétricos para comparação das diferenças nos escores. Por outro lado, usamos testes paramétricos com o mesmo objetivo para as variáveis que acataram ao pressuposto da normalidade.

Para compreender melhor a respeito de determinadas variáveis que levaram a maioria dos participantes a não concluírem a capacitação, foram realizados testes de qui-quadrado de aderência para as respostas nas categorias relacionadas às abordagens terapêuticas (e.g., prevenção de recaídas, psicodinâmicas), “experiência com reforçadores” e “ouviu falar do MC”, através da avaliação dos escores dos 79 participantes que não finalizaram a capacitação.

Para os 13 profissionais que finalizaram a capacitação online, a diferença dos escores no teste de conhecimentos antes e após a capacitação acatou o pressuposto da normalidade ($W = 0,92; p = 0,22$); assim como para a diferenças nos escores das barreiras gerais ($W = 0,95; p = 0,60$); para as barreiras de treino ($W = 0,95; p = 0,65$) e para as atitudes pró-MC ($W = 0,98; p = 0,96$). Os pressupostos de normalidade foram atendidos para a diferença dos escores relacionados às barreiras gerais, ($W = 0,97; p = 0,79$), às barreiras de treino ($W = 0,97; p = 0,81$) e às atitudes pró-MC ($W = 0,96; p = 0,65$). Dessa forma, testes *t* pareados foram conduzidos para todas as comparações.

Para os 9 profissionais que realizaram a avaliação de seguimento de modo online, os escores relacionados ao teste de conhecimentos acataram o pressuposto da normalidade para o pós-teste ($W = 0,89; p = 0,20$) e o seguimento ($W = 0,90; p = 0,24$), mas não para o pré-teste ($W = 0,81; p = 0,03$).

Os escores relativos às barreiras gerais atingiram os pressupostos de normalidade nos três tempos, pré, pós e seguimento ($W = 0,88$; $p = 0,16$; $W = 0,92$; $p = 0,40$; $W = 0,92$; $p = 0,36$, respectivamente). Já quanto aos escores nas barreiras de treino, o pressuposto da normalidade foi atendido somente no pré-teste ($W = 0,97$; $p = 0,92$), não sendo acatada no pós-teste ($W = 0,82$; $p = 0,04$) e no seguimento ($W = 0,80$; $p < 0,01$). Por fim, os escores relativos às atitudes favoráveis ao MC atingiram os pressupostos de normalidade em todos os tempos: no pré-teste ($W = 0,88$; $p = 0,16$), no pós-teste ($W = 0,93$; $p = 0,51$) e seguimento ($W = 0,92$; $p = 0,46$). Em razão disso, a ANOVA de uma via para medidas repetidas foi escolhida para a comparação dos escores relativos às barreiras gerais e atitudes favoráveis ao MC nos três tempos e a ANOVA de Friedman foi escolhida para investigar se houve diferenças nos escores para as demais condições em relação aos três tempos (pré, pós e seguimento).

Resultados

Caracterização da Amostra

A Tabela 1 apresenta as características demográficas e clínicas dos 97 participantes que responderam os instrumentos iniciais. A amostra foi composta majoritariamente por profissionais das regiões Nordeste (47,3%) e Sudeste (32,3%); e do sexo feminino (69,1%). A grande maioria (95,8%) tinha concluído a graduação/course técnico e, destes, a maioria tinha especialização/residência (42,3%), formação inicial em Psicologia (61,1%), usavam a Redução de Danos como abordagem de tratamento para TUS (57,7%) e não estavam em tratamento pessoal para TUS (90,7%). Além disso, a maioria não tinha experiência prévia com reforçadores (71,1%) e nem tinha ouvido falar sobre MC (50,5%). A maioria tinha entre seis e 10 anos desde a formação, e entre dois e cinco anos de experiência trabalhando com TUS.

Em relação aos instrumentos específicos, a média de atitudes favoráveis à adoção do modelo de PBE (i.e., a soma da pontuação em todos os itens da EAPBE dividida pelo número

de itens) foi de 2,85 (DP = 0,45), de um máximo de 4 (Tabela 1) – score alto quando comparado com o de 1,4 (DP = 1,39) da amostra de Aarons (2004). Para o teste de conhecimento, a média foi de 9,41 (DP = 3,11), de um máximo de 20. Já para as atitudes sobre MC medidas pelo QCMC, as percepções de barreiras gerais e de treino foram de 1,61 (DP = 0,64) e 2,52 (DP = 0,86), respectivamente, enquanto a média de atitudes favoráveis ao MC foi de 2,76 (DP = 0,66), todos de um máximo de 4 pontos.

Tabela 1*Características Demográficas e Clínicas dos Profissionais*

Características Demográficas e Clínicas	N = 97
Local de Atuação	
Nordeste	44 (47,3%)
Sudeste	30 (32,3%)
Sul	11 (11,8%)
Centro Oeste	6 (6,5%)
Norte	2 (2,2%)
Sexo Feminino	67 (69,1%)
Maior Titulação	
Especialização/Residência	41 (42,3%)
Graduação	29 (29,9%)
Mestrado	14 (14,4%)
Curso Técnico	6 (6,2%)
Anos desde a Formação (Curso Técnico ou Graduação)	
1 ano ou menos	9 (10,6%)
2-5 anos	20 (23,5%)
6-10 anos	30 (35,3%)
11-20 anos	18 (21,2%)
20 anos ou mais	8 (9,4%)
Curso de Graduação	
Psicologia	58 (61,1%)
Serviço Social	9 (9,5%)
Enfermagem	6 (6,3%)
Estudantes	4 (4,2%)
Medicina	3 (3,2%)
Outros	15 (15,8%)
Anos desde que começou a trabalhar com TUS	
1 ano ou menos	19 (20,2%)
2-5 anos	33 (35,1%)
6-10 anos	28 (29,8%)
11-20 anos	12 (12,8%)
20 anos ou mais	2 (2,1%)
Abordagem Terapêutica Utilizada	
Redução de Danos	56 (57,7%)
Cognitiva, Cognitiva-Comportamental ou Comportamental	49 (50,5%)
Prevenção de Recaída	46 (47,4%)
12 passos	26 (26,8%)
Psicanalítica, Fenomenológica ou Psicodinâmica	16 (16,5%)
Outras	8 (8,2%)
Tratamento Pessoal para TUS	
Não está em recuperação	88 (90,7%)
Sem experiência usando reforçadores	69 (71,1%)
Não ouviu falar sobre MC	49 (50,5%)
Atitude sobre PBE (EAPBE)	$M = 2,85$ ($DP = 0,45$)
Conhecimento sobre MC	$M = 9,41$ ($DP = 3,11$)
Percepção de Barreiras Gerais (QCMC)	$M = 1,61$ ($DP = 0,64$)
Percepção de Barreiras de Treino (QCMC)	$M = 2,52$ ($DP = 0,87$)
Atitudes Pró-MC (QCMC)	$M = 2,76$ ($DP = 0,66$)

Nota. EAPBE = Escala de Atitudes sobre Prática Baseada em Evidências. MC = Manejo de Contingências. PBE = Prática Baseada em Evidências. QCMC = Questionário de Crenças no MC. TUS = Transtornos por Uso de Substâncias.

Para melhor caracterização do desempenho dos profissionais no teste de conhecimento e no QCMC, apresentamos a seguir os resultados nos itens específicos destes instrumentos (Tabela 2 e 3, respectivamente). De acordo com a Tabela 2, as maiores taxas de acerto ocorreram para os itens 3, 5 e 10, com escores de 0,80, 0,73 e 0,86, respectivamente; já as menores taxas de acerto ocorreram para os itens 12, 18 e 20, com escores de 0,22, 0,10 e 0,30, respectivamente. Esses dados sugerem maior proximidade da nossa amostra com princípios comportamentais básicos, mas não com princípios específicos sobre MC, em especial com a abordagem de prêmios.

Tabela 2*Porcentagem de Acertos nos Itens do Teste de Conhecimento dos Profissionais*

Itens	N = 97
1. Definição de reforçador positivo	0,64
2. Definição de punidor	0,70
3. Função das consequências na modificação do comportamento	0,80
4. Tipos de itens reforçadores para modificação do comportamento de uso de substâncias	0,40
5. Princípios básicos do MC	0,73
6. Uso de procedimentos de reforço/punição no MC	0,64
7. Dados de pesquisa sobre o uso do MC para diferentes demandas	0,32
8. Comportamentos passíveis de serem alterados usando o MC	0,61
9. Esquema de monitoramento para modificação do comportamento de uso da cocaína	0,34
10. Validade do teste de urina	0,36
11. Abordagem de vales no MC	0,86
12. Abordagem de prêmios no MC	0,22
13. Práticas que tornam o MC menos efetivo	0,54
14. Práticas que tornam o MC mais efetivo	0,60
15. Magnitude do reforçador usado no programa de MC	0,34
16. Lógica usada para aumentar o número de sorteios na abordagem de prêmios	0,41
17. Como lidar com o teste positivo para uma substância que não é alvo da intervenção de MC	0,35
18. Análise de caso para aplicação da abordagem de prêmios do MC	0,10
19. Análise de caso para aplicação da abordagem de prêmios do MC	0,35
20. Análise de caso para aplicação da abordagem de prêmios do MC	0,30

Nota. A pontuação de cada item varia entre 0 e 1. A descrição feita em cada item refere-se ao conteúdo principal de cada questão do teste. MC = Manejo de Contingências.

A Tabela 3 apresenta a média dos escores nos itens do QCMC dos profissionais. As maiores barreiras gerais relatadas por eles foram em relação à preocupação sobre o que acontece após o término da aplicação de MC (item 20, com escore de 2,41) e sobre a possibilidade de as regras do local de trabalho deles não permitirem uso de teste de urina (item 32, com escore de 2,02). As menores percepções de barreiras gerais, por sua vez, foram em relação aos clientes não precisarem do

MC por já chegarem no serviço abstinentes (item 4, com escore de 1,14), e em achar o MC desagradável por pagar alguém para fazer o que ela já deveria fazer (item 7, com escore de 1,00). A maior barreira de treino relatada pelos profissionais foi sobre querer mais treinamento antes de implementar o MC (item 16, com escore de 3,22), enquanto a menor foi em relação ao local de trabalho não apoiar o MC (item 31, com escore de 2,16). Em relação às atitudes pró-MC, a frase com maior influência na prática deles foi a de que o MC é bom por animar os clientes com seu tratamento e progresso (item 11, com escore de 2,94), enquanto que a frase com menor influência foi a de que o MC é útil para outros objetivos terapêuticos diferentes dos de abstinência (item 6, com escore de 2,32).

Tabela 3*Média dos Escores nos Itens do QCMC dos Profissionais*

Itens	N = 97
Barreiras Gerais	
1. A evidência de pesquisa sobre a efetividade do MC não se aplica às populações clínicas do dia a dia.	1,84
3. Os clientes podem vender/trocar os prêmios recebidos na intervenção de MC por drogas.	1,74
4. Muitos dos meus clientes já estão abstinentes quando chegam e, portanto, não precisam do MC.	1,14
7. Eu acho o MC desagradável, porque é basicamente pagar alguém para fazer o que ela já deveria fazer.	1,00
8. O MC é caro (por exemplo, custos dos prêmios ou vales).	1,83
9. Eu não estou convencido pela pesquisa sobre a efetividade do MC com pessoas que abusam de substâncias.	1,40
12. Fornecer prêmios/vales diminui a motivação interna dos clientes para permanecerem sóbrios.	1,30
13. Eu não tenho tempo para administrar vales/prêmios em uma sessão de terapia.	1,32
14. Minha experiência clínica com a recuperação de pessoas que abusam de substâncias é mais importante do que qualquer evidência de pesquisa.	1,30
15. Os clientes verão o MC como assistencialista.	1,50
19. Intervenções de MC geram trabalho extra para mim.	1,62
20. Eu estou preocupado com o que acontece depois que as contingências são suspensas.	2,41
24. O MC pode gerar desavenças entre os clientes (por exemplo, quando alguns recebem prêmios e outros não).	1,76
25. Eu acredito que não é correto recompensar a abstinência se os clientes não estiverem alcançando outras metas de tratamento (por exemplo, participação em grupo).	1,81
26. O MC não aborda a causa subjacente da dependência.	1,66
28. A comunidade não entenderia (ou seja, o serviço será mal visto por recompensar pessoas que abusam de substâncias).	1,80
32. As regras do nosso local de trabalho impedem o teste de urina.	2,02
Barreiras de Treino	
16. Eu quero mais treinamento antes de implementar o MC.	3,22
22. Não me sinto qualificado ou adequadamente treinado para administrar intervenções de MC.	2,25
27. Atualmente, ninguém no meu local de trabalho tem experiência para supervisionar o MC.	2,45
31. Meu local de trabalho/supervisores/administradores não apoiam o MC (por exemplo, não fornecem treinamento, recursos).	2,16
Pró-MC	
5. O MC é útil quando o objetivo é a abstinência.	2,60
6. O MC é útil quando os objetivos do tratamento são outros, diferentes da abstinência (frequência ao serviço, realização de atividades).	2,32
10. O MC é bom para a relação terapeuta-cliente.	2,55

11. O MC é bom para os clientes porque eles ficam animados com seu tratamento e progresso.	2,94
17. O MC motivará os clientes a virem para o tratamento.	2,74
18. Qualquer fonte de motivação, incluindo motivação extrínseca, é boa se ajudar os clientes a se envolverem e responderem ao tratamento.	2,91
29. Se o MC funcionar, ele valerá o tempo e o esforço.	2,91
30. Eu sou a favor de incluir intervenções de MC nos nossos serviços de tratamento para pessoas que abusam de substâncias.	2,92
33. O MC foca no que está certo no comportamento dos clientes, e não apenas no que deu errado.	2,70
34. O MC ajuda os clientes a ficarem sóbrios para que possam se empenhar em outros aspectos do tratamento.	2,86
35. O MC é útil porque ajuda a manter os clientes envolvidos no tratamento por tempo suficiente para que eles realmente aprendam habilidades valiosas.	2,97

Nota. A pontuação de cada item varia entre 0 e 4 (com 0 indicando que a frase não exerce nenhuma influência na prática do profissional e 4 indicando muita influência).

Considerando a diferença de aplicação da capacitação para participantes que realizaram na modalidade presencial (vs. online), optamos por comparar os resultados de ambos os grupos. Dessa forma, os escores no pré e pós-teste nos instrumentos específicos sobre MC dos participantes que concluíram a capacitação (n = 18), nas modalidades online (n = 13) e presencial (n = 5), são apresentados na Tabela 5. Por conta da diferença no número de participantes em cada modalidade, realizamos apenas análises estatísticas descritivas. Dos 92 profissionais que participaram na modalidade online, 13 finalizaram a capacitação (14,1%), enquanto que dos cinco que participaram na modalidade presencial, todos (100%) a finalizaram. Em ambos os grupos, houve aumento no conhecimento e nas atitudes pró-MC, e diminuição na percepção de barreiras gerais e específicas. No entanto, o aumento no conhecimento e nas atitudes positivas sobre MC foram consideravelmente maiores para os profissionais que participaram na modalidade presencial. Além disso, outra diferença importante foi no relato de preparação para implementar o MC, em que os profissionais que participaram na modalidade presencial relataram estarem muito mais preparados para implementar após terem participado da capacitação, comparado com os que participaram na

modalidade online. Dadas essas diferenças importantes, optamos por retirar os dados dos participantes da modalidade presencial das análises subsequentes.

Tabela 4

Escores no Pré e Pós-Teste dos Profissionais Que Concluíram a Capacitação

Variáveis	Online (n = 13)	Presencial (n = 5)	Total (n = 18)
Conhecimento sobre MC (Pré), <i>M (DP)</i>	11,23 (2,35)	9 (5,3)	10,6 (4,4)
Conhecimento sobre MC (Pós), <i>M (DP)</i>	12,7 (2,8)	13,8 (4,09)	13,1 (3,1)
Percepção de Barreiras Gerais (QCMC) (Pré), <i>M (DP)</i>	1,67 (0,64)	1,02 (0,42)	1,49 (0,6)
Percepção de Barreiras Gerais (QCMC) (Pós), <i>M (DP)</i>	1,42 (0,26)	0,99 (0,45)	1,30 (0,4)
Percepção de Barreiras de Treino (QCMC) (Pré), <i>M (DP)</i>	2,83 (0,66)	2,3 (0,6)	2,67 (0,7)
Percepção de Barreiras de Treino (QCMC) (Pós), <i>M (DP)</i>	2,52 (0,49)	1,9 (0,3)	2,35 (0,5)
Atitudes Pró-MC (QCMC) (Pré), <i>M (DP)</i>	3,01 (0,57)	2,33 (0,7)	2,82 (0,7)
Atitudes Pró-MC (QCMC) (Pós), <i>M (DP)</i>	3,2 (0,65)	2,76 (0,63)	3,08 (0,7)
Nível de Satisfação, <i>M (DP)</i>	6,54 (0,8)	6 (0,7)	6,39 (0,8)
Inclinação para Recomendar a Capacitação, <i>M (DP)</i>	6,85 (0,5)	6,4 (0,5)	6,72 (0,6)
Percepção sobre Implementação sem Treino <i>M (DP)</i>	4,1 (2,1)	3,2 (2,5)	3,89 (2,2)
Preparação para Implementar, <i>M (DP)</i>	3,8 (1,5)	5,6 (0,8)	4,33 (1,6)

Nota. MC = Manejo de Contingências. QCMC = Questionário de Crenças no MC.

Preditores de Conclusão da Capacitação

Dos 92 participantes que realizaram a pesquisa de maneira online, 13 concluíram a capacitação e responderam os instrumentos finais. A Tabela 4 compara os escores no teste de conhecimento, na EAPBE, no QCMC e no questionário demográfico e sobre formação clínica, no pré-teste, para os profissionais que finalizaram e que não finalizaram a capacitação. O teste *t* para medidas independentes indicou que os participantes que concluíram a capacitação apresentaram uma média significativamente maior no teste de conhecimentos em relação ao outro grupo ($t(90) = 2,40$; $p = 0,01$); além disso, mostrou que não houve diferenças significativas nos escores para as barreiras gerais ($t(90) = 0,15$; $p = 0,88$) e para a EAPBE ($t(90) = 1,06$; $p = 0,29$). Ademais, o teste de *Mann-Whitney* mostrou que não houve diferenças significativas entre os grupos para a percepção de barreiras de treino ($W = 616$; $p = 0,27$) e atitudes pró-MC ($W = 640,5$; $p = 0,15$).

O teste de qui-quadrado, aplicado dentre os participantes que não finalizaram a capacitação, mostrou haver diferenças significativas no questionário demográfico e sobre formação clínica para a resposta de não trabalhar com as abordagens psicodinâmicas ($\chi^2(1) = 32,92, p = 0,000$), não trabalhar com a abordagem de doze passos ($\chi^2(1) = 17,33, p = 0,000$) e de não ter experiência com reforçadores ($\chi^2(1) = 21,27, p = 0,000$). Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas para as respostas de trabalhar com a abordagem de redução de danos ($\chi^2(1) = 1,53, p = 0,216$), de prevenção de recaídas ($\chi^2(1) = 0,01, p = 0,910$), de TCCs ($\chi^2(1) = 0,11, p = 0,736$) e de ter experiência com MC ($\chi^2(1) = 0,62, p = 0,431$).

Tabela 5

Comparação de Escores no Pré-Teste dos Profissionais Que Finalizaram a Capacitação (vs. Que Não Finalizaram)

Variáveis	Não Finalizaram (n = 79)	Finalizaram (n = 13)
Conhecimento sobre MC		
Média	9,14	11,23*
Mediana	9	11
Desvio padrão	2,99	2,35
Mínimo	3	8
Máximo	16	17
Percepção de Barreiras Gerais (QCMC)		
Média	1,64	1,67
Mediana	1,82	1,71
Desvio padrão	0,64	0,64
Mínimo	0	0,47
Máximo	3,18	2,53
Percepção de Barreiras de Treino (QCMC)		
Média	2,49	2,83
Mediana	2,5	2,75
Desvio padrão	0,9	0,66
Mínimo	0	2
Máximo	4	4
Atitudes Pró-MC (QCMC)		
Média	2,75	3,01
Mediana	2,82	3,18

Desvio padrão	0,66	0,57
Mínimo	0	2
Máximo	3,91	3,73
Escala de Atitudes sobre Prática Baseada em Evidências (EAPBE)		
Média	2,81	2,96
Mediana	2,87	3,13
Desvio padrão	0,46	0,49
Mínimo	1,33	1,93
Máximo	4	3,53
Titulação		
Ensino médio	4 (5%)	2 (15%)
Curso técnico	3 (4%)	1 (8%)
Graduação	26 (33%)	2 (15%)
Especialização/residência	35 (44%)	5 (39%)
Mestrado	11 (14%)	3 (23%)
Graduação		
Enfermagem	4 (5%)	1 (8%)
Medicina	2 (2%)	1 (8%)
Psicologia	51 (65%)	6 (46%)
Serviço Social	8 (10%)	1 (8%)
Outros	11 (14%)	2 (15%)
Não se aplica	3 (4%)	2 (15%)
Abordagem Adotada		
Redução de Danos	45 (57%)	8 (62%)
Prevenção de Recaída	39 (49%)	6 (46%)
Terapias Cognitivas-Comportamentais	41 (52%)	7 (54%)
Psicodinâmicas	14 (18%)*	2 (15%)
Doze Passos	21 (27%)*	5 (39%)
Experiência com Reforçadores	19 (24%)*	7 (54%)
Ouviu falar do MC	36 (46%)	9 (70%)

Nota. MC = Manejo de Contingências. QCMC = Questionário de Crenças no MC.

* $p < 0,05$.

Impacto da Capacitação

De acordo com a Tabela 6, para os profissionais que concluíram a capacitação, houve aumento significativo no escore médio do teste de conhecimento (pré-teste: $M = 11,23$, $DP = 2,35$; pós-teste: $M = 12,77$, $DP = 2,83$; $t = -2,68$; $p = 0,01$); no entanto, o aumento das atitudes pró MC após a capacitação (pré-teste: $M = 3,01$, $DP = 0,57$; pós-teste: $M = 3,20$, $DP = 0,65$; $t = -1,50$, $p = 0,15$) não foi significativa. No que diz respeito à redução observada nos

escores médios do subfator de barreiras gerais do QCMC (pré-teste: $M = 1,67$, $DP = 0,64$; pós-teste: $M = 1,42$, $DP = 0,26$; $t = 1,22$, $p = 0,24$) e das barreiras de treino (pré-teste: $M = 2,83$, $DP = 0,66$; pós-teste: $M = 2,52$, $DP = 0,49$; $t = 1,76$, $p = 0,10$), as diferenças também não foram significativas. O tamanho de efeito para o teste de conhecimento foi marginalmente grande. Já para as barreiras de treino e atitudes pró-MC foi marginalmente médio. Por fim, para barreiras gerais foi pequeno.

Tabela 6

Escores no Pré e Pós-Teste dos Profissionais que Finalizaram a Capacitação (n = 13)

	Escore Máx.	Pré-teste		Pós-teste		Teste de Comparação ^a	Tamanho do Efeito ^b
		M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn		
Conhecimento sobre MC	20	11,23 (2,35)	11	12,77 (2,83)	12	-2,68** (12)	-0,74
Subescalas QCMC							
Barreiras Gerais	4	1,67 (0,64)	1,71	1,42 (0,26)	1,35	1,22 (12)	0,34
Barreiras relacionadas ao treino	4	2,83 (0,66)	2,75	2,52 (0,49)	2,5	1,76 (12)	0,49
Pró-MC	4	3,01 (0,57)	3,18	3,20 (0,65)	3,36	-1,50 (12)	-0,42

Nota. MC = Manejo de Contingências. QCMC = Questionário de Crenças sobre MC. Convenção para d de Cohen: pequeno = 0,20, médio = 0,50, grande = 0,80.

^a Foram utilizados testes t pareados para todas as comparações.

^b O tamanho de efeito utilizado para todas as comparações foi o d de Cohen.

** $p < 0,01$

A Tabela 7 apresenta a comparação nos três tempos (pré-teste, pós-teste e seguimento) dos escores dos 9 profissionais que realizaram o seguimento de modo online. Os resultados mostraram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos para o teste de conhecimento ($\chi^2(2) = 1,75$; $p = 0,41$), as barreiras gerais ($F(2, 16) = 1,07$; $p = 0,36$), as barreiras de treino ($\chi^2(2) = 4,32$; $p = 0,11$) e as atitudes pró-MC ($F(2, 16) = 2,3$; $p = 0,13$).

Tabela 7

Escores dos Profissionais que Realizaram o Seguimento (n = 9)

	Score Máx.	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Seguimento	
		M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn
Conhecimento sobre MC	20	11,56 (2,3)	11	12,89 (2,62)	12	10,56 (3,71)	10
Subescalas QCMC							
Barreiras Gerais	4	1,71 (0,61)	1,59	1,42 (0,27)	1,35	1,44 (0,44)	1,53
Barreiras relacionadas ao treino	4	2,97 (0,67)	3	2,67 (0,52)	2,75	2,44 (0,58)	2,25
Pró-MC	4	3,16 (0,54)	3,36	3,32 (0,49)	3,36	2,98 (0,71)	2,91

Nota. M = Média. DP = Desvio-padrão. Mdn = Mediana.

Discussão

Nosso trabalho teve como objetivo principal desenvolver a primeira capacitação genérica sobre MC no país. Para isso, criamos uma cartilha digital adaptada ao contexto brasileiro, com conteúdo teórico e exercícios práticos, além da gravação de videoaulas sobre cada tópico apresentado na cartilha. Além disso, visamos avaliar a eficácia inicial da capacitação na promoção de conhecimentos sobre os princípios comportamentais envolvidos no MC e de atitudes positivas em relação à sua implementação, em profissionais brasileiros com diferentes formações que atuam com a demanda de uso de substâncias. Para os 13 participantes que realizaram o pós-teste, houve aumento do conhecimento sobre MC com grande tamanho de efeito, diminuição das atitudes de barreiras de treino com tamanho de efeito médio e aumento das atitudes pró-MC, com tamanho de efeito pequeno. Além disso, os profissionais que concluíram a capacitação apresentaram altos níveis de satisfação e de inclinação para recomendá-la a outros profissionais. Apesar disso, a grande maioria dos participantes que responderam os testes iniciais não concluiu a capacitação e, dentre os participantes que a finalizaram, os ganhos obtidos no pré-teste não foram mantidos na avaliação de seguimento de um mês.

A nossa amostra contou com 97 profissionais brasileiros que atuam com a demanda de uso de substâncias. Em sua maioria, a amostra tinha formação em Psicologia, proximidade com a área de Terapias Cognitivas e/ou Comportamentais e apresentavam atitudes

moderadamente favoráveis à adoção do modelo de PBE. A despeito disso, apenas 18,6% (n = 18) finalizaram a capacitação. Diferente dos resultados de Rash et al. (2013), a nossa amostra (n = 97) foi composta por uma maioria de profissionais sem experiência prévia com reforçadores e com menor titulação profissional. Além disso, apresentava uma pontuação menor para o teste de conhecimento, assim como para todos os subfatores do QCMC. Isso pode ter contribuído para o baixo número de participantes que finalizaram a capacitação. Um dado que fortalece essa hipótese é que a porcentagem de participantes sem experiência prévia com reforçadores foi significativamente maior comparada com os que tinham essa experiência, dentre os participantes que não finalizaram a capacitação.

Os participantes que concluíram a sua participação apresentaram, já nos instrumentos iniciais, um escore maior no teste de conhecimento, quando comparado com os participantes que não finalizaram. Essa diferença sugere que a capacitação proposta neste estudo exigia algum conhecimento prévio dos participantes sobre a temática, dificultando a participação daqueles com repertório menos desenvolvido. Ou, em vez disso, que, para os participantes sem conhecimento prévio sobre MC, o conteúdo apresentado na nossa capacitação não foi interessante o suficiente para motivá-los a concluir a sua participação. Uma limitação do nosso estudo que pode ter contribuído para a desmotivação foi a falta de validação da EAPBE e do QCMC. Apesar do cuidado em sua tradução, isso pode ter permitido compreensões inadequadas ou ambíguas dos participantes sobre o que era pedido nos instrumentos e ter, inclusive, influenciado na motivação de alguns deles para continuar a participação no estudo. Sugere-se que pesquisas futuras validem o QCMC e a EAPBE.

Os resultados dos 13 participantes que finalizaram a capacitação são semelhantes aos de Rash et al. (2013), demonstrando que a capacitação desenvolvida no presente estudo foi também uma forma eficaz de aumentar o conhecimento e as atitudes positivas sobre MC dos profissionais brasileiros que atuam com a demanda de uso de substâncias. Como um avanço

do estudo de Rash et al. (2013), realizamos a avaliação de seguimento de um mês após a capacitação. No entanto, quando realizada as análises de comparação nos três tempos (pré-teste, pós-teste e seguimento), os dados demonstraram que a capacitação não produziu mudanças duradouras nos conhecimentos e nas atitudes deles sobre MC. Isso sugere serem necessárias outras atividades para permitir a manutenção dos ganhos da capacitação. Uma alternativa importante seria a execução do MC na atuação profissional dos participantes, colocando em prática aquilo que foi ensinado durante a capacitação e favorecendo o contato direto com as melhorias dos clientes derivadas dessa intervenção. No estudo de Miguel et al. (2021), por exemplo, os profissionais aplicavam a intervenção imediatamente após a capacitação e sob supervisão direta dos pesquisadores. Em Rash et al. (2013), embora a capacitação tenha focado na exposição oral dos pesquisadores, os profissionais também tiveram a oportunidade de colocar o MC em prática e receber feedbacks sobre sua aplicação. Uma aplicação mais completa de uma capacitação como a nossa poderia fornecer, além dos exercícios práticos, supervisão com feedback da aplicação pelos profissionais com seus usuários em cenário real.

Assim como em Rash et al. (2013), após a capacitação os participantes relataram confiança moderada na implantação do MC por profissionais sem treino. Isso sugere uma cautela deles para utilizar intervenções novas sobre as quais não chegaram a receber uma formação com mais componentes práticos para sua aplicação. Dadas as correlações positivas entre a competência do profissional que aplica o MC e os resultados do cliente (Petry et al., 2010, 2012b), essa cautela é justificada e reforça a necessidade da oferta de capacitações para a efetiva disseminação do MC.

A decisão por executar a capacitação de forma remota foi tomada após o início do período de isolamento social no país devido à pandemia de COVID-19. Esse período foi marcado por várias mudanças na rotina dos profissionais, além de preocupações pessoais com

saúde e renda, as quais podem ter sido priorizadas pelos participantes, comparado com participar de formações. Ter optado pela modalidade online, por um lado, facilitou a participação de profissionais de diferentes localidades, mas, por outro, pode ter contribuído para o alto número de desistências e/ou baixa motivação no engajamento dos materiais de estudo da capacitação.

Uma limitação importante do presente estudo foi a falta de condições de comparação da modalidade da capacitação (e.g., presencial). Embora uma parte da amostra tenha recebido a capacitação de forma presencial, a discrepância entre o número de participantes que participaram de forma presencial e remoto impossibilitou comparações entre esses grupos. As análises descritivas, no entanto, sugerem um maior engajamento dos profissionais na modalidade presencial. Assim, os participantes que realizaram a capacitação no formato presencial (vs. remoto) apresentaram melhoras mais expressivas no conhecimento e atitudes sobre MC, além de mais relatos de preparação para implementar, sugerindo maior eficácia desta modalidade no engajamento e no aprendizado na nossa amostra. É possível que o menor engajamento na modalidade online tenha se dado por fatores como: (a) pouca interação com os pesquisadores e/ou outros participantes, e (b) uso de uma plataforma que dava aos participantes acesso a todo o conteúdo da capacitação logo de início, em vez de ir apresentando demandas pequenas de forma gradual. Embora o participante fosse instruído a realizar uma atividade de cada vez, é possível que o acesso ao conteúdo completo tenha sinalizado um alto custo de resposta.

Em uma revisão sistemática avaliando o impacto da avaliação na modalidade remota no ensino superior durante a pandemia por COVID-19, os resultados agrupados de 13 estudos primários demonstraram uma preferência dos alunos pela avaliação presencial (vs. remota) (Montenegro-Rueda et al., 2021). Na literatura específica de ensino do MC, no entanto, há uma escassez de estudos de comparação entre essas duas modalidades, o que limita as nossas

conclusões sobre qual a melhor opção. Dos 24 estudos incluídos na revisão de Oluwoye et al. (2020), por exemplo, apenas um realizou a capacitação na modalidade remota e, ainda assim, de forma conjunta com momentos de treino presencial. Considerando essa escassez e a importância da modalidade remota para a disseminação do MC, destaca-se a necessidade de mais estudos que avaliem a sua eficácia, além de avaliações de efetividade e custo-benefício.

Os resultados deste estudo indicam que a capacitação em MC aumenta o conhecimento necessário para implementar essa intervenção, bem como muda atitudes sobre ela. O baixo conhecimento e a presença de atitudes mais negativas antes da capacitação, mesmo em profissionais que escolheram participar da pesquisa (e por isso provavelmente já simpatizavam com o MC), sugerem a importância da disseminação e oferecimento de capacitações sobre essa prática para profissionais que atuam com a demanda de uso de substâncias. Materiais de disseminação, como os desenvolvidos na presente pesquisa, podem aumentar a aceitação de intervenções empiricamente sustentadas dentro da prática clínica de profissionais brasileiros melhorando, assim, os resultados clínicos de seus usuários. Como forma de aperfeiçoar o nosso material, sugerimos que, em capacitações futuras, sejam realizados os seguintes ajustes: (1) exigir que uma unidade de ensino seja finalizada antes de permitir o acesso à próxima; (2) realização de monitoramento do progresso de cada participante pelos pesquisadores; (3) estabelecimento de prazos para o cumprimento de etapas específicas da capacitação; (4) redução da carga horária total da capacitação, com foco na diminuição de tempo do conteúdo teórico e manutenção do conteúdo prático; e (5) acréscimo de ferramentas que permitam interação direta dos participantes entre si e com os pesquisadores, como fóruns de discussão.

O presente estudo desenvolveu a primeira capacitação genérica em MC do país, e em um formato online e assíncrono, facilitando a sua ampla disseminação. Embora essa intervenção seja padrão ouro para o tratamento de TUS (e.g., Davis et al., 2016; De

Crescenzo et al., 2018; Getty et al., 2019; Pfund et al., 2021), ainda é pouco conhecida por profissionais brasileiros, o que justifica a importância do presente estudo e a necessidade de estudos futuros que deem continuidade a esse trabalho de disseminação do MC.

Conclusões

A realização de capacitações sobre intervenções com suporte empírico é uma das principais formas de disseminação dessas práticas e, por sua vez, da ampliação de adoção do modelo de PBE. Este estudo contribui com a disseminação do MC, sendo a primeira iniciativa científica de avaliação de eficácia de uma capacitação realizada no país sobre essa intervenção. Os resultados fornecem evidência de sua eficácia no aumento de conhecimento e atitudes positivas dos profissionais sobre o MC. Sugere-se a ampla divulgação da nossa capacitação, além da realização de novos estudos que aprimorem o nosso material, e realizem comparações entre as modalidades remota e presencial.

Referências

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61-74. <http://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>
- Abdalla, R. R., Massaro, L., Miguel, A. D. Q. C., Laranjeira, R., Caetano, R., & Madruga, C. S. (2018). Association between drug use and urban violence: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addictive Behaviors Reports*, 7, 8-13. <http://doi.org/doi:10.1016/j.abrep.2017.11.003>
- Andreuccetti, G., de Carvalho, H. B., de Carvalho Ponce, J., de Carvalho, D. G., Kahn, T., Muñoz, D. R. et al. (2009). Alcohol consumption in homicide victims in the city of São Paulo. *Addiction*, 104(12), 1998-2006. <http://doi.org/doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02716.x>
- Andreuccetti, G., Cherpitel, C. J., Carvalho, H. B., Leyton, V., Miziara, I. D., Munoz, D. R. et al. (2018). Alcohol in combination with illicit drugs among fatal injuries in Sao Paulo, Brazil: an epidemiological study on the association between acute substance use and injury. *Injury*, 49(12), 2186-2192. <http://doi.org/doi:10.1016/j.injury.2018.09.035>
- Andreuccetti, G., Leyton, V., Lemos, N. P., Miziara, I. D., Ye, Y., Takitane, J. et al. (2017). Alcohol use among fatally injured victims in São Paulo, Brazil: bridging the gap between research and health services in developing countries. *Addiction*, 112(4), 596-603. <http://doi:10.1111/add.13688>
- Benishek, L. A., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., & Padovano, A. (2010). Beliefs about the empirical support of drug abuse treatment interventions: A survey of outpatient treatment providers. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.10.013>
- Cozby, P. C. (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. Atlas.

- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J., & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine*, 92, 36–46.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.008>
- De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alo, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C. et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: a systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(12). e1002715.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715>
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A. et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (Orgs.) (2019). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (2a ed.). Artmed.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- Emmelkamp, P. M. G. & Vedel, E. (2006). *evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: a practitioner's guide to theory, methods, and practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.

- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of experimental psychology: General*, *141*(1), 2-18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Galloni, L., de Freitas, L. R., & Gonzaga, R. V. (2021). Consumo de psicoativos lícitos durante a pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira De Ciências Biomédicas*, *2*(1), e0442021-1. <https://doi.org/10.46675/rbcm.v2i1.44>
- Getty, C. A., Morande, A., Lynskey, M., Weaver, T., & Metrebian, N. (2019). Mobile telephone-delivered contingency management interventions promoting behaviour change in individuals with substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, *114*(11), 1915-1925. <https://doi.org/10.1111/add.14725>
- Higgins, S. T., Heil, S. H. & Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, *55*, 431-61. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142033>
- Ledgerwood, D. M., Alessi, S. M., Hanson, T., Godley, M. D., & Petry, N. M. (2008). Contingency management for attendance to group substance abuse treatment administered by clinicians in community clinics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *41*, 517-526. <https://doi.org/10.1901/jaba.2008.41-517>
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *35*(4), 1139-1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, *33*(7), 883-900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>

- Madruga, C. S., De Saibro, P., Ferri, C. P., Caetano, R., Laranjeira, R., & Pinsky, I. (2015). Correlated factors and prevalence of alcohol treatment in Brazil: a national survey. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *14*(1), 40-46. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000043>
- Massaro, L. T. D. S., Adesse, L., Laranjeira, R., Caetano, R., & Madruga, C. S. (2019). Rape in Brazil and relationships with alcohol consumption: estimates based on confidential self-reports. *Cadernos de Saúde Pública*, *35*, e00022118. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022118>
- Miguel, A. Q., Kiluk, B. D., Babuscio, T. A., Nich, C., Mari, J. J., & Carroll, K. M. (2019). Short and long-term improvements in psychiatric symptomatology to validate clinically meaningful treatment outcomes for cocaine use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *198*, 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.046>
- Miguel, A. Q., Madruga, C. S., Cogo-Moreira, H., Yamauchi, R., Simões, V., da Silva, C. J. et al. (2016). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users in Brazil: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*(5), 536-543. <https://doi.org/10.1037/adb0000192>
- Miguel, A. Q., Madruga, C. S., Cogo-Moreira, H., Yamauchi, R., Simões, V., Ribeiro, A. et al. (2017). Contingency management targeting abstinence is effective in reducing depressive and anxiety symptoms among crack cocaine-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *25*(6), 466-472. <https://doi.org/10.1037/pha0000147>
- Miguel, A. Q., Madruga, C. S., Simões, V., Yamauchi, R., da Silva, C. J., Abdalla, R. R. et al. (2018). Crack cocaine users views regarding treatment with contingency management in Brazil. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *13*(1):7. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0144-7>

- Miguel, A. Q., McPherson, S. M., Simões, V., Yamauchi, R., Madruga, C. S., Smith, C. L. et al. (2022). Effectiveness of incorporating contingency management into a public treatment program for people who use crack cocaine in Brazil. *A single-blind randomized controlled trial. International Journal of Drug Policy*, 99, 103464. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103464>
- Miguel, A. Q., Simões, V., Yamauchi, R., Madruga, C. S., da Silva, C. J., Laranjeira, R. R. et al. (2021). Acceptability and feasibility of incorporating contingency management into a public treatment program for homeless crack cocaine users in Brazil: A pilot study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1037/pha0000467>
- Mizael, T. M., dos Santos, S. L., & de Rose, J. C. C. (2016). Contribuições do paradigma de equivalência de estímulos para o estudo das atitudes. *Interação em Psicologia*, 20(2): 124-134. <https://doi.org/10.5380/psi.v20i2.46278>
- Montenegro-Rueda, M., Luque-de la Rosa, A., Sarasola Sánchez-Serrano, J. L., & Fernández-Cerero, J. (2021). Assessment in higher education during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Sustainability*, 13(19), 10509. <https://doi.org/10.3390/su131910509>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating cocaine addiction*. (Therapy Manuals for Drug Addiction.) Rockyville, ML: NIDA.
- Oluwoye, O., Kriegel, L., Alcover, K. C., McPherson, S., McDonell, M. G., & Roll, J. M. (2020). The dissemination and implementation of contingency management for substance use disorders: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(1), 99-110. <https://doi.org/10.1037/adb0000487>
- Petry, N. M. (2010). Contingency management treatments: Controversies and challenges. *Addiction*, 105, 1507–1509. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02879.x>

- Petry, N. M. (2011). *Contingency Management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidenced-based practice*. New York: Routledge.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., & Ledgerwood, D. M. (2012a). A randomized trial of contingency management delivered by community therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 286-298. <https://doi.org/10.1037/a0026826>
- Petry, N. M., Alessi, S. M., & Ledgerwood, D. M. (2012b). Contingency management delivered by community therapists in outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence, 122*(1-2), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.015>
- Petry, N. M., & Stitzer, M. L. (2002). *Contingency management: Using motivational incentives to improve drug abuse treatment*. West Haven, CT: Yale University Psychotherapy Development Center.
- Pfund, R. A., Ginley, M. K., Boness, C. L., Zajac, K., Rash, C., & Witkiewitz, K. (2021). Evaluation of Contingency Management (CM) for Substance Use Disorder (SUD). <https://doi.org/10.31219/osf.io/zme9n>
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 952-962. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
- Pilling, S., Strang, J., & Gerada, C. (2007). Psychosocial interventions and opioid detoxification for drug misuse: summary of NICE guidance. *BMJ, 335*(7612), 203-205. <https://doi.org/10.1136/bmj.39265.639641.AD>
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction, 101*(11), 1546-1560. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x>

Rash, C. J., Alessi, S. M., & Zajac, K. (2020). Examining implementation of contingency management in real-world settings. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(1), 89-98.

<https://doi.org/10.1037/adb0000496>

Rash, C. J., Petry, N. M., Kirby, K. C., Martino, S., Roll, J., & Stitzer, M. L. (2012). Identifying provider beliefs related to contingency management adoption using the contingency management beliefs questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence, 121*(3), 205-212.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.08.027>

Rash, C. J., DePhilippis, D., McKay, J. R., Drapkin, M., & Petry, N. M. (2013). Training workshops positively impact beliefs about contingency management in a nationwide dissemination effort. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(3), 306-312.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.03.003>

Rosen, M. I., Dieckhaus, K., McMahon, T. J., Valdes, B., Petry, N. M., Cramer, J. et al. (2007). Improved adherence with contingency management. *AIDS patient care and STDs, 21*(1), 30-40.

<https://doi.org/10.1089/apc.2006.0028>

Stitzer, M. L., & Kellogg, S. (2008). Large-scale dissemination efforts in drug abuse treatment clinics. In S. T. Higgins, K. Silverman, & S. H. Heil (Eds.), *Contingency management in substance abuse treatment* (pp. 241-260). New York: The Guilford Press.

Taylor, S., Paluszek, M. M., Rachor, G. S., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2021).

Substance use and abuse, COVID-19-related distress, and disregard for social distancing: A network analysis. *Addictive Behaviors, 114*, 106754.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106754>

ANEXO A

Conhecimento de Princípios Básicos do Manejo de Contingências

[As alternativas corretas estão destacadas em negrito]

Marque a resposta **mais adequada** para cada questão.

1. Uma recompensa ou reforçador positivo apresentado imediatamente após a ocorrência de um comportamento:

- a) **Aumentaria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente.**
- b) Diminuiria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente.
- c) Não alteraria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente.
- d) Aumentaria ou diminuiria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente, a depender do comportamento ser positivo ou negativo.

2. Um punidor apresentado imediatamente após a ocorrência de um comportamento:

- a) Geralmente não afetaria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente.
- b) Aumentaria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente.
- c) **Diminuiria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente.**
- d) Aumentaria ou diminuiria a probabilidade do comportamento ocorrer novamente, a depender do comportamento ser positivo ou negativo.

3. Qual das seguintes afirmações é verdadeira?

- a) **Tanto recompensas quanto punidores podem ser usados para modificar comportamentos.**
- b) Na maioria dos casos, apenas recompensas podem modificar comportamentos.
- c) Na maioria dos casos, apenas punidores podem modificar comportamentos.
- d) Na maioria dos casos, nem recompensas nem punidores podem modificar comportamentos efetivamente.

4. Qual das seguintes alternativas NÃO deve ser considerada uma recompensa para aumentar a adesão ao tratamento e/ou a abstinência de drogas?

- a) Oferecer comida e café gratuitos quando as pessoas vão às reuniões do AA.
- b) **Aumentar a frequência dos testes de urina quando houver suspeita de uso de drogas.**
- c) Fornecer um certificado de conclusão aos pacientes que concluem um programa.
- d) Permitir que pacientes que alcançaram 3 meses de abstinência de opioides levem doses de metadona para casa.

5. Qual das seguintes alternativas NÃO é um princípio básico do manejo de contingências?

- a) Definir um comportamento alvo que possa ser objetivamente verificado.

- b) Monitorar frequentemente o comportamento alvo.
- c) Recompensar frequentemente a pessoa sempre que o comportamento alvo ocorrer.
- d) Punir a pessoa sempre que o comportamento alvo ocorrer.**

6. Estudos de manejo de contingências têm mostrado que:

- a) Recompensar pacientes por fornecer amostras de urina positivas aumenta a adesão ao tratamento.
- b) Punir pacientes por fornecer amostras de urina positivas melhora os resultados.
- c) Punir pacientes por fornecer amostras de urina negativas aumenta a abstinência.
- d) Recompensar pacientes por fornecer amostras de urina negativas aumenta a abstinência.**

7. Estudos de manejo de contingências demonstram que:

- a) Essas técnicas funcionam melhor quando os pacientes precisam estar abstinentes de uma droga para ganhar recompensas.**
- b) Essas técnicas funcionam melhor para reduzir o uso de cocaína.
- c) Essas técnicas funcionam melhor na redução do uso de drogas quando os pacientes precisam estar abstinentes de todas as drogas de abuso para obter recompensas.
- d) Essas técnicas funcionam melhor na redução do uso de drogas em pacientes em manutenção com metadona.

8. Qual dos comportamentos abaixo NÃO seria possível alterar diretamente usando técnicas de manejo de contingências?

- a) Participação no tratamento.
- b) Falta de adesão aos planos de tratamento.
- c) Comportamentos ilegais.**
- d) Uso de droga.

9. Usando os princípios do manejo de contingências, qual é o melhor esquema de monitoramento se você está reforçando a abstinência de cocaína em um usuário crônico de cocaína?

- a) Monitoramento diário de amostras de urina.
- b) Monitoramento de amostras de urina em dias alternados.**
- c) Monitoramento de amostras de urina uma vez por semana.
- d) Monitoramento de amostras de urina duas vezes por mês.

10. Qual das seguintes opções você NÃO deve fazer para garantir a validade de uma amostra de urina?

- a) Solicitar uma amostra dois dias depois, se você suspeitar que a primeira não era válida.**
- b) Solicitar uma segunda amostra no mesmo dia, se você suspeitar que a primeira não era válida.
- c) Observar a submissão da amostra.
- d) Usar um teste de temperatura.

11. Por que os vales foram escolhidos como reforçadores em estudos de manejo de contingências?

- a) Porque muitos pacientes consideram vales mais valiosos que dinheiro.
- b) Porque os vales são menos valiosos para os pacientes do que dinheiro.
- c) Os vales foram usados para que o dinheiro não fosse dado diretamente aos pacientes, além do fato de os vales permitirem acesso a uma grande variedade de itens.**
- d) Os vales foram usados porque alguns consideravam antiético alterar as doses de metadona para pacientes em estudos de manejo de contingências.

12. Por que o sistema de prêmios está sendo usado ao invés de vales em alguns estudos de manejo de contingências?

- a) Porque o sistema de prêmios é melhor em reduzir o uso de drogas do que o sistema de vales.
- b) Porque a maioria dos pacientes prefere o sistema de prêmios.
- c) Porque o sistema de prêmios é mais barato.**
- d) Porque nem todos os pacientes melhoram quando o sistema de vales é usado.

13. Qual das seguintes alternativas tornaria um sistema de manejo de contingências menos efetivo?

- a) Monitorar amostras de urina com frequência.
- b) Permitir que os pacientes recebam a recompensa toda vez que apresentam uma amostra negativa.
- c) Oferecer recompensas maiores por período mais longos de abstinência.
- d) Oferecer recompensas apenas quando os pacientes estão abstinentes de todas as drogas de abuso.**

14. Para que os procedimentos de manejo de contingências funcionem melhor:

- a) A recompensa deve ser atrasada, para que os pacientes aprendam a atrasar a gratificação.
- b) A recompensa deve ser apresentada o mais rápido possível após a ocorrência do comportamento.**
- c) A magnitude da recompensa deve diminuir com o tempo, desde que o paciente permaneça abstinente.
- d) O tipo de recompensa fornecida deve ser mantido consistente ao longo do tempo.

15. Qual das seguintes alternativas é importante ao decidir quais recompensas usar?

- a) A magnitude da recompensa deve variar de acordo com o tempo que o paciente está abstinente.
- b) A magnitude da recompensa deve diminuir de acordo com o tempo que o paciente está abstinente.
- c) A magnitude da recompensa deve ser pelo menos igual ao valor da recompensa derivada do comportamento que está sendo alterado.**
- d) A magnitude da recompensa deve ter menos valor do que a recompensa derivada do comportamento que está sendo alterado.

16. Por que o número de sorteios aumenta quando os pacientes atingem períodos mais longos de abstinência?

- a) Porque quanto mais tempo os pacientes estão em tratamento, é mais provável que eles já tenham recebido todos os bons prêmios, de modo que aumentar o número de sorteios os mantém interessados.
- b) Porque os pacientes têm menos a perder se usarem a substância no início do tratamento.
- c) Porque o aumento no número de sorteios garante que os pacientes possam ganhar prêmios de forma consistente.
- d) Porque o aumento no número de sorteios resulta em períodos mais longos de abstinência continuada.**

17. Um paciente está em um programa no qual ganha prêmios por fornecer amostras negativas para cocaína e álcool. Ele alcançou mais de um mês de abstinência contínua de cocaína e agora está ganhando 10 sorteios por cada amostra negativa. Você percebe que, em seu exame toxicológico de urina mais recente – enviado para análise em um laboratório externo -, o resultado deu positivo para heroína. Em termos de manejo de contingências, como você deve lidar com esse resultado positivo?

- a) De maneira amistosa, discutir com o paciente o resultado positivo do teste e incentivá-lo a retornar à abstinência. Discutir também que ele não poderá participar de nenhum sorteio naquele dia, mas que poderá participar novamente, assim que estiver abstinente.
- b) De maneira amistosa, discutir com o paciente o resultado positivo do teste e incentivá-lo a retornar à abstinência. Informar também que ele poderá participar apenas de um sorteio naquele dia, porque era negativo em relação à cocaína, mas não à heroína.
- c) De maneira amistosa, discutir com o paciente o resultado positivo do teste e incentivá-lo a retornar à abstinência. Informar também que ele continuará participando dos 10 sorteios porque o sistema de teste local não detectou uso de heroína. Lembrar que futuramente ele pode vir a apresentar teste positivo no sistema e então perderá todos os seus sorteios.
- d) De maneira amistosa, discutir com o paciente o resultado positivo do teste e incentivá-lo a retornar à abstinência. Também informar que ele receberá seus 10 sorteios naquele dia. Lembrá-lo que, se ele continuar usando heroína, é provável que também use cocaína novamente, e seus sorteios serão redefinidos para 1 se ele submeter teste de urina positivo para cocaína, no sistema de teste local.**

Para as perguntas 18, 19 e 20, suponha que você tenha elaborado um esquema de reforço de manejo de contingências que ofereça um número de sorteios cada vez maior para cada amostra negativa para cocaína e álcool consecutiva.

18. Se uma paciente atingiu 5 sorteios e apresentou novamente teste negativo, em que circunstância você permitiria que o número de sorteios aumentasse?

- a) Se ela não tivesse fornecido uma amostra no dia de teste anterior.
- b) Se ela tivesse uma ausência justificada no dia de teste anterior.**
- c) Se ela apresentou teste positivo no dia de teste anterior.

d) Se ela corria o risco de desistir do tratamento e você queria mantê-la motivada a permanecer envolvida no tratamento.

19. Se um paciente apresenta teste negativo para cocaína, mas fornece uma amostra positiva de álcool no bafômetro, quantos sorteios ele faria naquele dia?

- a) O mesmo número que ele fez na última vez.
- b) Um a mais do que ele fez na última vez.
- c) Um a menos do que ele fez na última vez.
- d) Nenhum.**

20. Um paciente ganhou 8 sorteios por apresentar resultados negativos por 4 semanas consecutivas. Ele então tem uma ausência não justificada em um dia de teste agendado. Quando ele retorna hoje à clínica para um teste de urina agendado, o teste foi novamente negativo. Quantos sorteios ele recebe hoje?

- a) Nenhum.
- b) Um.**
- c) Oito.
- d) Nove.

ANEXO B

Escala de Atitude sobre Prática Baseada em Evidências

As questões a seguir se referem aos seus sentimentos sobre utilizar novos tipos de terapia, intervenções ou tratamento. A terapia manualizada se refere a qualquer intervenção que tenha diretrizes e/ou componentes específicos descritos em um manual e/ou que devem ser seguidos de maneira estruturada/pré-determinada.

Marque em que medida você concorda com cada item de acordo com a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Nem um pouco	Em baixa medida	Em alguma medida	Em alta medida	Em altíssima medida

	0	1	2	3	4
1. Eu gosto de usar novos tipos de terapia/intervenções para ajudar meus clientes.					
2. Estou disposto(a) a tentar novos tipos de terapia/intervenções mesmo se eu tiver que seguir um manual de tratamento.					
3. Eu sei como cuidar dos meus clientes melhor do que os pesquisadores acadêmicos.					
4. Eu estou disposto(a) a usar novos e diferentes tipos de terapia/intervenções desenvolvidos por pesquisadores.					
5. Intervenções/tratamentos baseados em pesquisa não são clinicamente úteis.					
6. A experiência clínica é mais importante do que o uso de terapia/tratamento manualizado.					
7. Eu não usaria intervenções/terapias manualizadas.					
8. Eu tentaria usar uma nova intervenção/terapia mesmo que ela fosse muito diferente do que o que costumo fazer.					
Para as questões 9-15: Se você recebesse treinamento em uma terapia ou intervenção que fosse nova para você, qual a probabilidade de você adotá-la se:					
9. ela fosse intuitivamente atraente?					
10. ela “fizesse sentido” para você?					
11. ela fosse exigida pelo(a) seu(ua) supervisor(a)?					
12. ela fosse exigida pela organização na qual trabalha?					

13. ela fosse exigida pelo governo do seu estado?					
14. ela estivesse sendo usada por colegas que estavam satisfeitos em usá-la?					
15. você sentisse que possui treinamento suficiente para usá-la corretamente?					

ANEXO C

Questionário de Crenças sobre o Manejo de Contingências

Instruções: Abaixo, você encontrará uma lista de afirmações sobre intervenções de Manejo de Contingências (MC). Embora você possa concordar ou discordar de afirmações individuais, nós estamos apenas interessados em como cada afirmação afeta seu interesse em adotar ou continuar usando intervenções de MC no tratamento de pessoas que abusam de substâncias. Usando a escala abaixo, por favor avalie cada afirmação em termos de COMO ELA INFLUENCIA no seu interesse (ou falta de interesse) em implementar intervenções de MC.

	Nenhuma influência	Pouquíssima influência	Alguma influência	Influência forte	Influência muito forte
1. A evidência de pesquisa sobre a efetividade do MC não se aplica às populações clínicas do dia a dia.					
2. Eu não posso arcar com o trabalho extra e o esforço envolvido no MC.					
3. Os clientes podem vender/trocar os prêmios recebidos na intervenção de MC por drogas.					
4. Muitos dos meus clientes já estão abstinentes quando chegam e, portanto, não precisam do MC.					
5. O MC é útil quando o objetivo é a abstinência.					
6. O MC é útil quando os objetivos do tratamento são outros, diferentes da abstinência (frequência ao serviço, realização de atividades).					
7. Eu acho o MC desagradável, porque é basicamente pagar alguém para fazer o que ela já deveria fazer.					
8. O MC é caro (por exemplo, custos dos prêmios ou vales).					
9. Eu não estou convencido pela pesquisa sobre a efetividade do MC com pessoas que abusam de substâncias.					
10. O MC é bom para a relação terapeuta-cliente.					
11. O MC é bom para os clientes porque eles ficam animados com seu tratamento e progresso.					
12. Fornecer prêmios/vales diminui a motivação interna dos clientes para permanecerem sóbrios.					
13. Eu não tenho tempo para administrar vales/prêmios em uma sessão de terapia.					
14. Minha experiência clínica com a recuperação de pessoas que abusam de substâncias é mais importante do que qualquer evidência de pesquisa.					

15. Os clientes verão o MC como assistencialista.					
16. Eu quero mais treinamento antes de implementar o MC.					
17. O MC motivará os clientes a virem para o tratamento.					
18. Qualquer fonte de motivação, incluindo motivação extrínseca, é boa se ajudar os clientes a se envolverem e responderem ao tratamento.					
19. Intervenções de MC geram trabalho extra para mim.					
20. Eu estou preocupado com o que acontece depois que as contingências são suspensas.					
21. O MC não é consistente com a abordagem predominante no meu local de trabalho.					
22. Não me sinto qualificado ou adequadamente treinado para administrar intervenções de MC.					
	Nenhuma influência	Pouquíssima influência	Alguma influência	Influência forte	Influência muito forte
23. O MC é difícil de implementar.					
24. O MC pode gerar desavenças entre os clientes (por exemplo, quando alguns recebem prêmios e outros não).					
25. Eu acredito que não é correto recompensar a abstinência se os clientes não estiverem alcançando outras metas de tratamento (por exemplo, participação em grupo).					
26. O MC não aborda a causa subjacente da dependência.					
27. Atualmente, ninguém no meu local de trabalho tem experiência para supervisionar o MC.					
28. A comunidade não entenderia (ou seja, o serviço será mal visto por recompensar pessoas que abusam de substâncias).					
29. Se o MC funcionar, ele valerá o tempo e o esforço.					
30. Eu sou a favor de incluir intervenções de MC nos nossos serviços de tratamento para pessoas que abusam de substâncias.					
31. Meu local de trabalho/supervisores/administradores não apoiam o MC (por exemplo, não fornecem treinamento, recursos).					
32. As regras do nosso local de trabalho impedem o teste de urina.					
33. O MC foca no que está certo no comportamento dos clientes, e não apenas no que deu errado.					
34. O MC ajuda os clientes a ficarem sóbrios para que possam se empenhar em outros aspectos do tratamento.					
35. O MC é útil porque ajuda a manter os clientes envolvidos no tratamento por tempo suficiente para que eles realmente aprendam habilidades valiosas.					

ANEXO D

Questionário Demográfico e sobre Formação Clínica

Localização (cidade e estado) em que atua:

Atualmente, em que serviço você atua com a demanda de uso de substâncias (marque apenas as opções em que você atua diretamente com essa demanda):

- CAPS AD
- CAPS Saúde Mental
- CAPS i
- Clínica
- Outro: _____

Qual seu nível atual de satisfação com o trabalho?

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Sexo: Masculino Feminino Outro

Maior titulação: Curso Técnico Graduação Especialização/Residência Mestrado
 Doutorado

Quando se formou (curso técnico/graduação)? _____/_____ (mês e ano)

Curso de Graduação: Enfermagem Farmácia Medicina Psicologia Serviço Social Outro: _____

Quando começou a trabalhar com tratamento para transtornos relacionados a substâncias: _____/_____ (mês e ano)

Qual(is) abordagem(ns) terapêutica(s) você utiliza no tratamento para transtornos relacionados a substâncias?

Redução de Danos

Prevenção de Recaída

Cognitiva, Cognitivo-Comportamental ou Comportamental

Psicanalítica, Fenomenológica ou Psicodinâmica

12 passos (tal como nos Alcoólicos Anônimos, por exemplo)

Outras: _____

Você faz tratamento pessoal para transtornos relacionados ao uso de substância?

Sim Não Prefiro não responder

Você tem alguma experiência usando reforçadores no tratamento com seus clientes?

Sim Não

Caso sim, descreva brevemente:

Antes de sua participação nessa pesquisa, você já tinha ouvido falar sobre Manejo de Contingências? Sim Não

Caso sim, descreva brevemente:

ANEXO E

Formulário de Avaliação da Capacitação

Considerando um contínuo de alternativas de 1 a 7, assinale uma alternativa para cada questão.

1. Qual seu nível de satisfação com a capacitação?

() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7
Muito Insatisfeito						Muito Satisfeito

2. Qual sua inclinação para recomendar a capacitação para outros profissionais?

() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7
Definitivamente e Não Recomendaria						Definitivamente e Recomendaria

3. Qual sua percepção sobre a proporção de terapeutas/profissionais que implementaria corretamente o MC sem treinamento/capacitação?

() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7
Nenhum						Todos

4. Quão preparado você se sente para implementar o MC?

() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7
Nada Preparado						Extremamente Bem Preparado

ANEXO F

Ver a Cartilha sobre MC adiante, após o Anexo G

ANEXO G

Módulo 1

1. Conceitos Básicos: <https://www.youtube.com/watch?v=y5bcA6k1890>
2. Fundamentos e Pesquisas: <https://www.youtube.com/watch?v=mpgqEqUINMA> e https://www.youtube.com/watch?v=Nuz_6ZVJ3xk

Módulo II

3. Princípios para Aplicação: https://www.youtube.com/watch?v=HlxIv_bHSoI
4. Custos: <https://www.youtube.com/watch?v=LxhmIpmXFTg>
5. Últimos Preparativos: <https://www.youtube.com/watch?v=xV8NTC2rUIY>

Módulo III

6. Recompensando a Abstinência com Prêmios:
https://www.youtube.com/watch?v=AR8t_ZTT8oQ e <https://www.youtube.com/watch?v=fA4lalT8KTE>
7. Recompensando a Participação em Grupos:
<https://www.youtube.com/watch?v=cTzuKN3s4qY>
8. Uso de Premiação: <https://www.youtube.com/watch?v=Zoqz2WEaF2A>
9. Competência do Profissional ao Aplicar o MC:
https://www.youtube.com/watch?v=r7_2ZUG8LCc
10. Seleção, Treino e Supervisão de Profissionais em MC:
<https://www.youtube.com/watch?v=NnujwQHRQnk>

MANEJO DE CONTINGÊNCIA

Usando incentivos motivacionais
para aprimorar intervenções para
uso de substâncias

Karina de S. Silva
Angelo A. S. Sampaio
Andressa V. Freire Silva
Mazda A. M. Torres
Nilo A. Teixeira Junior
Raquel R. S. Oliveira
André de Q. C. Miguel



Manejo de Contingência:

Usando incentivos motivacionais para aprimorar intervenções voltadas para o uso de substâncias

Autores:

Karina de S. Silva (Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Univasf, pós-graduanda em Análise Comportamental Clínica pelo IBAC e psicóloga pela Univasf).

Angelo A. S. Sampaio (Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Univasf. Doutor em Psicologia Experimental pela USP).

Andressa V. Freire Silva (Graduanda em Psicologia pela Univasf e bolsista de iniciação científica pela FACEPE).

Mazda A. M. Torres (Graduanda em Psicologia pela Univasf).

Nilo A. Teixeira Júnior (Graduando em Psicologia e bolsista de iniciação científica pelo CNPq).

Raquel R. S. Oliveira (Graduanda em Psicologia pela Univasf).

André de Q. C. Miguel (Pesquisador no Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Pós-Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade de Yale. Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp).

Colaboraram neste manual:

Capa: *Andressa Freire*

Preparação do conteúdo: *Karina Souza*

Revisão e orientação: *Angelo Sampaio e André Miguel*

Projeto gráfico e editoração eletrônica: *Andressa Freire*

Colaboradores: *Mazda Torres, Nilo Antunes e Raquel Oliveira*

Informações

Petrolina-PE

Email para contato (?)

Algum textinho relacionado a direitos autorais (?)

2021

dados da ficha catalográfica aqui

dados da ficha catalográfica aqui

dados da ficha catalográfica aqui

dados da ficha catalográfica aqui

dados da ficha catalográfica aqui

SUMÁRIO

Módulo I: Fundamentos Para a Compreensão

Capítulo 1: Conceitos Básicos p.x

Capítulo 2: Fundamentos e Pesquisas sobre Manejo de
Contingência p.x

Módulo II: Projetando Uma Intervenção de Manejo de Contingência

Capítulo 3: Princípios para Aplicação do Programa p.x

Capítulo 4: Calculando Custos p.x

Capítulo 5: Últimos Preparativosp.x

Módulo III: Implantação do Manejo de Contingência - Questões Práticas

Capítulo 6: Recompensando a Abstinência com Prêmios..... p.x

Capítulo 7: Recompensando a Participação em Grupos com
Prêmios..... p.x

Capítulo 8: Uso de Premiação: Algumas Questões Gerais.....
.....p.x

Capítulo 9: Competência do Profissional ao Aplicar o Manejo de
Contingênciap.x

Capítulo 10: Seleção, Treino e Supervisão de Profissionais em
Manejo de Contingência.....p.x

CONCEITOS BÁSICOS

capítulo

1

Imagino que você já tenha passado pela situação de receber no seu serviço, ou na sua clínica, usuários que fazem uso problemático¹ de substâncias e que chegam bastantes desmotivados para a intervenção, certo?

É comum, por exemplo, que eles cheguem ao serviço quando os prejuízos do uso estão tão graves que alguém externo (um familiar ou um agente judicial) os obrigou a buscar ajuda através de ameaças.

Alguns deles não reconhecem que fazem uso problemático de substância, enquanto outros dizem com muita confiança que vão superar esse problema. Mas sabemos que, para muitos, esse não será o caso. Sabemos que muitos nem aparecerão no serviço no dia seguinte.

Em alguma medida eles podem querer mudar, mas não sabem como e nem têm muitas expectativas de que isso seja possível. Esse conflito entre querer parar/diminuir o uso da substância e, ao mesmo tempo, querer sentir os efeitos positivos associados ao seu uso, cria uma ambivalência. Um grande desafio enfrentado pelos profissionais que trabalham com essa demanda é como ajudar os seus usuários a lidar com esse conflito, aumentando sua motivação para permanecer no serviço e permanecer comprometido com a diminuição/cessação do uso da substância.

A questão a ser respondida então é: **há algum tipo de intervenção que motive os usuários a permanecer no serviço e a começar a mudar seus comportamentos para alcançar um estilo de vida mais saudável?**



¹ Os termos “problemático” e “comportamentos-problema” serão usados neste Manual para se referir a comportamentos que levam a prejuízos sociais ou de saúde para o indivíduo que usa a substância e/ou pessoas próximas a ele.

A resposta é “sim!”. Este Manual irá te apresentar intervenções de Manejo de Contingência, também chamadas de Incentivos Motivacionais, que são uma forma eficaz de aumentar essa motivação e promover mudanças no comportamento que resultem em um estilo de vida mais saudável.

Antes de explicar sobre os procedimentos envolvidos nessa intervenção, no entanto, vamos apresentar primeiro alguns conceitos básicos que explicam como nosso comportamento funciona.

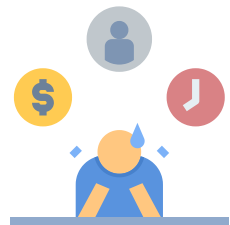
CONSEQUÊNCIAS

As consequências têm um impacto muito importante no comportamento das pessoas. Poderíamos dizer que as pessoas se comportam principalmente para:



Receber algo positivo, uma “recompensa” (recompensas financeiras, reconhecimento social, elogio, férias, paz etc.)

Evitar algo negativo, uma “punição” (multas, repreensões sociais, sanções, conflito interpessoal etc.).



RECOMPENSAS²

Recompensas são comuns no dia a dia. Várias coisas são usadas para recompensar um comportamento desejado. Algumas dessas coisas são puramente simbólicas (por exemplo, notas), outras envolvem dinheiro e algumas envolvem elogios. Geralmente, recompensas envolvem coisas que as pessoas gostam e desejam ter.

Por exemplo, o pagamento ou o reconhecimento por um trabalho bem feito são considerados como recompensas (pelo menos para a maioria das pessoas). **As recompensas que são dadas logo após a ocorrência de um comportamento aumentam a chance de que o comportamento ocorra novamente no futuro.**

² Para fins didáticos, o termo “recompensas” será usado aqui em vez de “reforçadores” – termo técnico desenvolvido por uma abordagem da Psicologia chamada de Análise do Comportamento. Embora eles estejam sendo tratados aqui como sinônimos, o termo “recompensas”, como usado no senso comum, não equivale exatamente ao termo técnico usado pela Análise do Comportamento.

PUNIÇÕES

As punições podem ser consideradas o contrário das recompensas. Ou seja: são consequências que geralmente as pessoas não gostam ou não querem que aconteçam com elas. **As punições que são entregues logo após a ocorrência de um comportamento diminuem a chance de que esse comportamento ocorra novamente.**



Por exemplo, receber uma multa por dirigir acima do limite de velocidade provavelmente funcionará como uma punição. Se você recebesse uma multa por excesso de velocidade toda vez que dirigisse acima do limite, provavelmente pararia de acelerar tanto, certo?

IMPORTÂNCIA DA CONTINGÊNCIA

Para que as recompensas ou as punições possam influenciar o comportamento, uma **relação do tipo "se... então"** deve existir entre o comportamento e essas consequências.

Por exemplo, os pais podem incentivar o filho a limpar o quarto dando-lhe uma mesada. Para que a mesada influencie o comportamento da criança de modo eficaz, ela teria que ser dada a ela **somente** depois que o comportamento desejado ocorresse e, de preferência, **imediatamente** após a sua ocorrência.

A relação específica entre um comportamento e sua consequência é chamada de contingência (ou relação de dependência, se preferir). **É a contingência entre o comportamento e a recompensa que muda o comportamento, e não apenas a entrega da recompensa.**

POR QUE É MELHOR USAR RECOMPENSAS E NÃO PUNIÇÕES?

ENSINAM NOVOS COMPORTAMENTOS

Diferente das punições, **as recompensas podem ser usadas para ensinar uma pessoa o que fazer e esses comportamentos podem ser ampliados para outras situações.**

Por exemplo, elogiar seu filho por ajudar o irmão em uma tarefa pode ensinar comportamentos cooperativos em outros ambientes e não apenas ao interagir com o irmão.

SÃO SUSTENTÁVEIS

O sucesso com uma recompensa pode ser transferido para novas recompensas e novos comportamentos. Mesmo que recompensas específicas (por exemplo, um sorvete) possam perder sua eficácia ao longo do tempo, um programa de recompensas pode ser eficaz a longo prazo para influenciar o comportamento se usar diferentes tipos de recompensas.



Depois que alguém, por exemplo, aprende que pode ganhar recompensas ao realizar certas ações, esse procedimento pode ser usado para mudar outros comportamentos. Desde que as recompensas escolhidas sejam consideradas valiosas pela pessoa que está tentando ganhá-las, elas podem ser eficazes para motivar a mudança de diferentes comportamentos.

FOCAM NAS REALIZAÇÕES

Se dadas de forma contingente e após a ocorrência do comportamento, tanto as recompensas quanto as punições podem ser igualmente eficazes na mudança de comportamento. No entanto, as punições envolvem um tom negativo, implicando em fracasso, e criam um sentimento de baixa autoestima. As recompensas, por sua vez, enfatizam as realizações.

Depois que você se acostumar a dar recompensas de forma consistente, tanto você quanto a pessoa que está recebendo as recompensas ficarão mais propensos a se sentirem bem com o que estão fazendo, por que estão fazendo e como estão fazendo.



MANEJO DE CONTINGÊNCIA - PRINCÍPIOS GERAIS

Os exemplos acima ilustram como as técnicas comportamentais são usadas no dia a dia para mudar comportamentos. Esses procedimentos, quando aplicados no contexto de intervenções para o uso de substâncias, são chamados de **Manejo de Contingência**. De modo geral, podemos dizer que essa intervenção envolve, basicamente, três princípios:

- 1 Monitorar** um comportamento-alvo que se esteja tentando mudar (por exemplo, o uso da substância). Esse monitoramento deve ser frequente como, por exemplo, a realização de testes de urina duas vezes por semana.
- 2 Dar recompensas** sempre que o comportamento-alvo ocorrer. Ou seja: dar ao usuário um vale ou a chance de participar de um sorteio para ganhar um prêmio sempre que ele apresentar o comportamento-alvo.
- 3 Reter** essas recompensas sempre que o comportamento-alvo não ocorrer.

A próxima seção apresenta os fundamentos dessa intervenção, bem como algumas das pesquisas que demonstram sua eficácia entre as populações de usuários de substâncias. O restante deste Manual aborda questões específicas no desenvolvimento e administração de programas de Manejo de Contingência para mudar comportamentos relacionados ao uso problemático de substâncias.

FUNDAMENTOS E PESQUISAS SOBRE MANEJO DE CONTINGÊNCIA

capítulo

2

Diferentes motivos podem levar alguém a usar substâncias. Alguém pode usar para fugir ou evitar situações dolorosas. Por exemplo: uma pessoa pode estar passando por um momento difícil e, para diminuir o sofrimento, consome a substância. Além disso, após um período intenso e contínuo de uso, a ausência da substância no organismo pode resultar em uma condição desagradável conhecida como abstinência.

Outro motivo é pertencimento a um grupo social. O gosto do álcool, por exemplo, é considerado ruim por várias pessoas que o experimentam e, apesar disso, é uma das substâncias mais consumidas. Por que isso acontece?



Uma das explicações é que, embora a bebida não seja tão agradável no início, ela costuma acompanhar interações sociais agradáveis, e após isso ocorrer algumas vezes, o seu uso por si mesmo se torna valorizado. Além disso, o próprio efeito fisiológico produzido pelo uso da substância torna o seu consumo agradável.

Assim, embora tais consequências variem muito a depender de cada caso, podendo ser mais intensas em pessoas com vulnerabilidades específicas (por exemplo, histórias familiares de uso de substâncias, presença de outro transtorno psiquiátrico), o fato é que **todo uso de substâncias é mantido por suas consequências.**

Nesse sentido, a premissa básica do Manejo de Contingência é recompensar comportamentos alternativos a esse uso, de forma que diminuir o uso ou não usar a substância se torne uma experiência mais positiva.

Como esse uso pode ser por si mesmo recompensador, os programas de Manejo de Contingência devem garantir que as recompensas dadas pela abstinência (ou outro comportamento alternativo) sejam bastante valorizadas pela pessoa para que ela comece a achar, por exemplo, que vale a pena se engajar nesse novo estilo de vida.



EFICÁCIA DO MANEJO DE CONTINGÊNCIA: ALGUMAS PESQUISAS

Os princípios usados na aplicação do Manejo de Contingência são bastante simples. Primeiro, um comportamento-alvo é identificado e monitorado; depois disso, uma recompensa é fornecida sempre que esse comportamento ocorra. Um princípio importante do programa é que quanto mais tempo os usuários permanecem emitindo o comportamento-alvo, mais recompensas eles ganham.

Este sistema de valor crescente de recompensas motiva os usuários a permanecerem apresentando o comportamento-alvo por longos períodos de tempo, e não apenas esporadicamente. Além disso, a recompensa reinicia para seu valor baixo inicial se os usuários deixarem de emitir o comportamento-alvo (por exemplo, não comparecerem a uma sessão de grupo terapêutico ou submeterem uma amostra de urina positiva).

LEMBRE-SE

Amostra **negativa** de urina: abstinência

Amostra **positiva** de urina: fez uso da substância



A seguir, vamos apresentar três estudos que usaram o Manejo de Contingência de diferentes formas e com diferentes objetivos. O primeiro foi realizado aqui no Brasil com foco na abstinência do uso de crack e usando o procedimento de vales; o segundo usou o procedimento de prêmios com foco na abstinência do uso de álcool; e o terceiro usou um procedimento chamado Nome-no-Chapéu com foco em aumentar a participação em grupos terapêuticos.

Exemplo de Estudo 1: Abstinência de Crack usando Vales

O único estudo até o momento usando Manejo de Contingência aqui no Brasil foi realizado em 2016 por André Miguel e colaboradores. A intervenção durou 12 semanas e foi realizada no Ambulatório Médico de Especialidades da Vila Maria (AME-Vila Maria) de São Paulo-SP, com 65 usuários de crack em situação de alta vulnerabilidade social – a maioria dos usuários estava desempregada (83,1%) e já havia apresentado comportamentos de risco devido ao crack como dormir na rua (64,6%) e frequentar a “Cracolândia” (89,2%). No total, 32 participantes participaram do grupo controle e 33 do grupo experimental.

Grupo Controle

TRATAMENTO PADRÃO
OFERECIDO NA AME-SP

Grupo Experimental

TRATAMENTO PADRÃO +
MANEJO DE CONTINGÊNCIA

Os participantes de ambos os grupos foram encorajados a deixar amostras de urina e bafômetro três vezes por semana (segunda, quarta e sexta-feira). No grupo experimental, quando o resultado de urina era negativo, o participante recebia vales que eram trocados por produtos disponíveis na comunidade em um raio de 1 km do serviço, com acompanhamento de um dos pesquisadores. Em caso de:

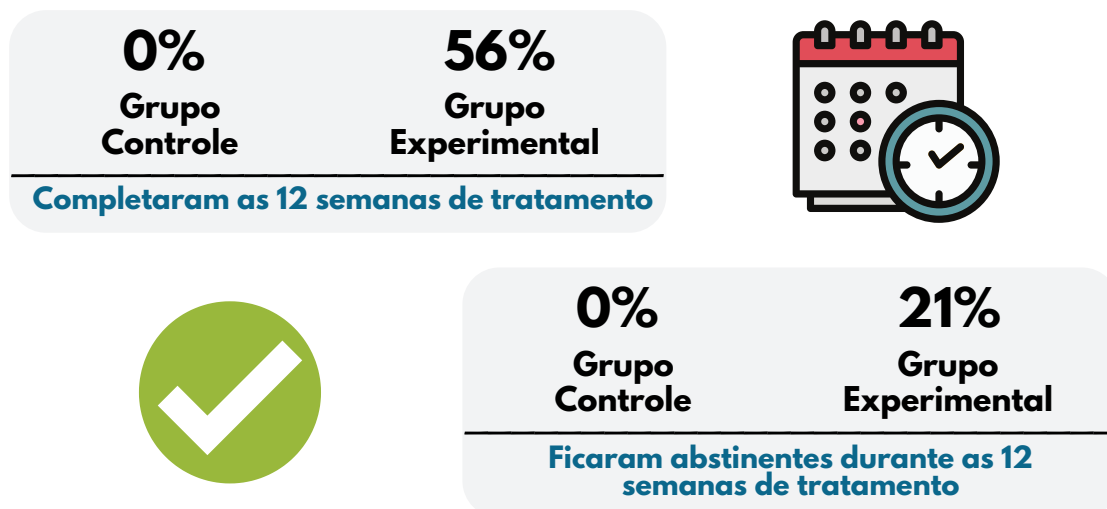
Abstinência do crack: os usuários ganhavam um vale de R\$ 5,00.

Novamente abstinência do crack: ganhavam um vale de R\$ 5,00 + bônus de R\$ 2,00. O vale servia para recompensar não apenas o comportamento de ficar abstinente, mas também a sua manutenção continuada.

Abstinência durante toda a semana: ganhavam um vale de R\$ 5,00 + bônus de R\$ 2,00 + R\$ 20,00. Como ficar abstinente durante toda a semana é uma meta ainda mais difícil de alcançar, um bônus de maior magnitude foi usado como forma de compensar o esforço do usuário

Uso do crack: R\$ 0,00 e retorno do valor do próximo vale para os R\$ 5,00 iniciais

Como resultados principais, houve aumento na adesão à intervenção e promoção da abstinência continuada do crack:



Também foram encontradas melhoras a favor do Manejo de Contingência na **redução do consumo de maconha e álcool**. Embora não tenham sido os alvos principais, a intervenção também **reduziu sintomas de depressão e ansiedade**. Além disso, mais de 90% dos participantes acharam o Manejo de Contingência de fácil compreensão, todos relataram gostar de sua experiência com o programa, mais de 80% disseram que essa intervenção os ajudou bastante, e mais de 90% disseram que ela poderia ajudar muito outras pessoas com dependência de crack.

Esse estudo é apenas um exemplo para ilustrar o uso do procedimento de vales, mas há várias pesquisas feitas em diferentes lugares do mundo mostrando a eficácia desse tipo de intervenção focando na diminuição do uso de diferentes substâncias e com diferentes públicos-alvo.

Em resumo, as pesquisas mostram que os programas de vales podem ser eficazes na redução do uso de substâncias. No entanto, eles apresentam alguns desafios práticos. **O custo é certamente uma das questões que precisam ser abordadas para tornar esses programas mais viáveis.**



Exemplo de Estudo 2: Abstinência do Álcool usando Prêmios

Para resolver a questão do custo, a psicóloga e pesquisadora Nancy Petry desenvolveu junto com alguns colaboradores um esquema de recompensas intermitentes (ou seja, as recompensas são dadas de forma descontinuada). No primeiro estudo usando esse esquema, feito em 2000, o Manejo de Contingência foi usado com alcoolistas que participavam de um serviço de intervenção na modalidade ambulatorial. A duração foi de oito semanas e os participantes participaram do grupo controle ou experimental.

Grupo Controle

TRATAMENTO PADRÃO
(grupo terapêutico e
testes no bafômetro)

Grupo Experimental

TRATAMENTO PADRÃO +
MANEJO DE CONTINGÊNCIA
DE PRÊMIOS

Os usuários que receberam o Manejo de Contingência podiam participar de um sorteio tirando um pedaço de papel de um aquário (confira a ilustração na imagem abaixo) cada vez que apresentassem uma amostra negativa para álcool, além de cinco sorteios de bônus após uma semana de testes negativos consecutivos. Os sorteios deram a eles a chance de ganhar prêmios como alimentos, produtos de higiene, ferramentas, equipamentos esportivos etc.

No entanto, apenas metade dos pedaços de papel resultava em algum prêmio, e apenas alguns dos sorteios resultaram nos prêmios mais valorizados por eles (geralmente mais caros)³. Em casos de:

Abstinência do álcool: os usuários tiravam um papel do aquário.

Abstinência consecutiva durante todos os dias da semana: tiravam um papel do aquário + bônus (cinco outros papeis)

Uso do álcool: não podiam sortear nesse dia e o número de sorteios reiniciava.

³ Veja mais sobre esse procedimento no Capítulo 6.



Foto de Nancy Petry sorteando um pedaço de papel em um aquário – como ilustração do procedimento baseado em prêmios.

Retirada de:
<https://today.uchc.edu/features/2009/aug09/weightloss.html>

Como resultados, **a permanência na intervenção foi muito melhor para os usuários que receberam o Manejo de Contingência** do que para os usuários que não receberam. Ao final das oito semanas, apenas cerca de 20% dos usuários do tratamento padrão permaneceram indo ao serviço – em contraste com 80% dos usuários do grupo de Manejo de Contingência. **O programa também melhorou os resultados do consumo de álcool:** apenas cerca de 40% dos usuários do tratamento padrão ainda estavam abstinentes ao final das oito semanas, em comparação com cerca de 70% dos usuários que receberam o Manejo de Contingência.

Exemplo de Estudo 3: Participação em Grupo Terapêutico usando o Nome-no-Chapéu

Um estudo de 2008 avaliou a eficácia da aplicação do Manejo de Contingência baseado em prêmios, só que agora com foco na participação dos usuários em grupos terapêuticos ofertados pelo serviço. Esse procedimento foi chamado de Nome-no-Chapéu pois os sorteios foram realizados com os nomes dos participantes colocados em um chapéu⁴. Nesse estudo, a intervenção teve duração de 16 semanas e foi realizada em quatro diferentes serviços. O estudo contou com três fases:

Observação dos grupos e convite aos usuários para participação no estudo (8 semanas)

Intervenção Padrão (16 semanas)

Intervenção Padrão + Manejo de Contingência (16 semanas)

⁴ Qualquer outro recipiente poderia ter sido usado no lugar do chapéu, mas provavelmente não chamaria tanta atenção.

A ordem de apresentação das duas últimas fases foi decidida de forma aleatória em cada um dos quatro serviços.

Quando os usuários receberam o Manejo de Contingência eles podiam ganhar prêmios por participarem das sessões em grupo. Caso comparecessem, seus nomes eram escritos em um papel e colocados em um chapéu durante a sessão semanal do grupo. O nome de cada participante era colocado lá uma vez, mais um número bônus de papéis que dependia de quantas semanas consecutivas eles compareceram.

O número de sorteios era sempre a metade do número de participantes presentes no grupo, ou seja, se 10 participantes viessem para a sessão, cinco nomes eram sorteados. Os usuários que tivessem seus nomes sorteados, ganhavam a chance de sortear no aquário de prêmios – que continha 100 pedaços de papel. Desses, 69 declararam “prêmio pequeno”, trinta declaravam “prêmio grande”, e um dizia “prêmio enorme”⁵.



Como resultados, **os usuários que estavam frequentando o serviço durante o período em que o programa estava sendo aplicado compareceram muito mais às sessões de grupo** se comparado com os usuários que frequentaram o serviço no período em que ele não estava sendo aplicado.

Este Capítulo apresentou três estudos como ilustração, mas há, na verdade, várias revisões da literatura demonstrando que os programas de Manejo de Contingência funcionam muito bem para melhorar os resultados da intervenção. Especificamente, **eles aumentam a permanência no serviço e diminuem o uso de substâncias – dois dos indicadores mais importantes em intervenções para o uso de substâncias.**

Os resultados têm sido tão satisfatórios que o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA), dos Estados Unidos, publicou um manual detalhando como incluir essa intervenção em serviços de tratamento aberto para cocaína.

⁵ Veja mais sobre esse procedimento no Capítulo 7.

Além disso, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) chegou a recomendar, em 2007, o Manejo de Contingência à Agência Nacional de Tratamento ao Abuso de Substâncias do Reino Unido.

IMPORTANTE

O Manejo de Contingência é totalmente compatível com a Política Brasileira de Redução de Danos. Sendo assim:

- A meta a ser alcançada usando intervenções de Manejo de Contingência pode envolver qualquer comportamento clinicamente relevante, e não necessariamente a abstinência.
- Mesmo em casos em que a abstinência é a meta, **não** é exigido que o usuário: (a) apresente abstinência inicial para participar da intervenção ou (b) apresente abstinência continuada para permanecer participando da intervenção.
- O Manejo de Contingência é sempre uma intervenção **complementar** a pelo menos outra intervenção psicossocial.



PARA SABER MAIS:

De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alo, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., . . . Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: a systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(12).

Getty, C. A., Morande, A., Lynskey, M., Weaver, T., & Metrebian, N. (2019). Mobile telephone-delivered contingency management interventions promoting behaviour change in individuals with substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 114(11), 1915-1925.

Ledgerwood et al. (2008). Contingency management for attendance to group substance abuse treatment administered by clinicians in community clinics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(4), 517-526.

Miguel et al. (2016). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users in Brazil: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(5), 536.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating cocaine addiction. (Therapy Manuals for Drug Addiction)*. Rockyville, ML: NIDA.

Petry et al. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 250-257.

Pilling, S., Strang, J., & Gerada, C. (2007). Psychosocial interventions and opioid detoxification for drug misuse: summary of NICE guidance. *BMJ*, 335(7612), 203-205.

PRINCÍPIOS PARA APLICAÇÃO DO PROGRAMA

COMPORTAMENTOS PARA MODIFICAR

O primeiro princípio a ser considerado em um programa de Manejo de Contingência é **decidir sobre o comportamento-alvo da intervenção**. Alguns **exemplos de metas relacionadas a comportamentos a serem alterados são:**

- Reduzir o uso de substâncias
- Ter mais usuários participando dos grupos terapêuticos
- Ter mais usuários residenciais fazendo tarefas no serviço
- Fazer João ser mais saudável
- Aumentar a adesão a medicamentos
- Ter mais usuários chegando na hora marcada para as sessões de grupo
- Ter mais usuários completando as atividades de prevenção de recaídas
- Ter mais usuários participando de forma ativa e colaborativa dos grupos



Com base nesses exemplos, escreva suas ideias iniciais de metas relacionadas a comportamentos dos seus usuários que você gostaria de alterar:



1. _____
2. _____
3. _____

No entanto, para que os comportamentos possam ser alterados usando o Manejo de Contingência, é importante que eles sejam definidos de forma específica. Ou seja: **apenas um comportamento deve ser escolhido de cada vez e ele deve ser descrito com detalhes suficientes para que seja possível visualizar a forma como ele será avaliado.**

Além disso, você deve escolher apenas comportamentos cuja frequência esteja distante do ideal no seu serviço (por exemplo, alto para o uso de substâncias e baixo para participação nos grupos terapêuticos), já

que não faria sentido aplicar o Manejo de Contingência para alterar um comportamento cuja frequência já é próxima do ideal.

Abaixo, seguem definições mais específicas de metas relacionadas a comportamentos a serem alterados.

Reduzir o uso de cocaína no subgrupo de usuários com dependência de cocaína

Aumentar a proporção de usuários que comparecem aos grupos terapêuticos ofertados na terça e na quinta-feira

Ter mais usuários residenciais concluindo as tarefas diárias (lavar a louça, limpeza) sem lembretes da equipe

Fazer João se exercitar três vezes por semana

Aumentar a adesão de Tomás aos medicamentos solicitando que ele registre seu consumo de medicamentos três vezes ao dia

Ter mais usuários chegando a tempo para os primeiros grupos da manhã: segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira, às 8 horas da manhã

Ter mais usuários do grupo de prevenção de recaídas (segundas-feiras às 15h) concluindo sua lição de casa todas as semanas antes de virem ao grupo

Ter mais usuários participando de forma ativa e colaborativa dos grupos semanais de assistência às quintas-feiras às 15h

Com base nesses exemplos, especifique mais claramente suas ideias iniciais de metas relacionadas a comportamentos dos seus usuários que você gostaria de alterar e cuja frequência esteja distante do ideal no seu serviço:



1. _____
2. _____
3. _____

Além de específico, **o comportamento deve ser passível de avaliação objetiva**, como por exemplo, de uma avaliação cujas respostas sejam “sim” ou “não”. Assim, para estimar o nível de objetividade da sua definição de comportamento/meta, você precisa especificar quais as formas de avaliação dele. Por exemplo:

Comportamento	Forma de avaliação	Objetividade (1-10)
Reduzir o uso de cocaína no subgrupo de usuários com dependência de cocaína	Teste de urina	10
Aumentar a proporção de usuários que comparecem aos grupos terapêuticos ofertados na terça e na quinta-feira	Lista de presença	10

Novamente, apresente suas ideias abaixo:



Comportamento	Forma de avaliação	Objetividade (1-10)

Por fim, você precisa também avaliar a praticidade do comportamento/meta, que se refere aos aspectos práticos do monitoramento de acordo com a sua rotina de trabalho (por exemplo, o tempo que você e a sua equipe irão gastar para fazer o monitoramento, gastos com o programa etc.).

Comportamento	Forma de avaliação	Frequência de monitoramento	Praticidade (1-10)
Reduzir o uso de cocaína no subgrupo de usuários com dependência de cocaína	Teste de urina	20x por semana (2x por semana para cada usuário X 10 usuários)	8 (caso o serviço já faça o teste); 6 (caso ainda não faça)
Aumentar a proporção de usuários que comparecem aos grupos terapêuticos ofertados na terça e na quinta-feira	Lista de presença	3x por semana	9/10

Agora é sua vez:



Comportamento	Forma de avaliação	Frequência de monitoramento	Praticidade (1-10)

Após considerar todos os aspectos acima, liste possíveis comportamentos/metapas para implantar o Manejo de Contingência:



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Este Manual focará no uso do Manejo de Contingência baseado em prêmios para modificar apenas dois tipos de comportamento:

O uso de substâncias
(abstinência)

e

Participação em grupos
terapêuticos

Caso o interesse seja em recompensar outro comportamento clinicamente desejável, você poderá adaptar o protocolo à sua preferência. Mas, lembre-se de que o **mais importante para garantir a eficácia do programa é que os princípios comportamentais sejam respeitados**. Assim, você poderá refazer os exercícios acima sempre que quiser para avaliar se o comportamento escolhido é ou não adequado para a intervenção de Manejo de Contingência.

ESQUEMAS DE MONITORAMENTO

Uma vez que o comportamento a ser alterado foi identificado, princípios comportamentais devem ser considerados na aplicação da intervenção. Abaixo, seguem alguns pontos fundamentais sobre esquemas de monitoramento que devem ser levados em consideração no desenvolvimento do seu programa de Manejo de Contingência.

Frequência do comportamento

Você deve verificar a frequência prévia do comportamento-alvo para que possa compará-la com a nova frequência após a intervenção. Isso te ajudará a verificar se o programa foi ou não eficaz. Para fazer essa verificação, é necessário que você use medidas objetivas.

Por exemplo, caso o seu objetivo seja implantar o programa para alterar o comportamento de participação em grupos terapêuticos, você deve utilizar os registros de presença nesse grupo no ano anterior como medida de verificação.



Métodos para Verificação Objetiva do Comportamento

Após ter verificado a ocorrência prévia do comportamento-alvo, você já deve ter uma noção do tipo de método que usará para verificar de forma objetiva a emissão desse comportamento (por exemplo, se você usou registros de presença para verificar a participação em grupos, poderá usar esse mesmo recurso durante a aplicação da intervenção). Uma regra geral é que **os procedimentos de Manejo de Contingência só podem ser aplicados em comportamentos que possam ser monitorados de forma objetiva.**

Imediaticidade

Após verificar a ocorrência prévia do comportamento e escolher um método objetivo para monitorá-lo, você deve considerar a frequência com que fará o monitoramento. Idealmente, você deve monitorar um comportamento o mais próximo possível de quando ele ocorre.



Frequência do Monitoramento

Uma regra geral é que um comportamento que não pode ser monitorado pelo menos uma vez por semana provavelmente não é apropriado para o programa. **Os procedimentos de Manejo de Contingência funcionam melhor para alterar comportamentos que ocorrem regularmente e que podem ser monitorados (e, portanto, recompensados) com frequência.**

ESQUEMAS DE RECOMPENSAS

Agora que você já projetou um esquema de monitoramento para alterar o comportamento-alvo, a próxima etapa é determinar um esquema de recompensas. **No geral, ele deve ser consistente com o esquema de monitoramento, de modo que cada emissão verificada do comportamento seja recompensada.** Além disso, você deve novamente considerar princípios comportamentais específicos para garantir que as recompensas sejam dadas de forma frequente, imediata e com uma magnitude adequada e crescente.

Priming (preparação)

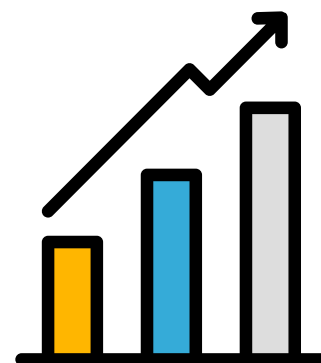
Um método importante relativo ao esquema de recompensas é fornecer acesso precoce a elas, “preparando” (priming é o termo usado em inglês) os usuários para recebê-las. Por exemplo, ao usar um procedimento de prêmios, todos os usuários podem sacar um prêmio no primeiro dia de tratamento independentemente de terem ou não emitido o comportamento-alvo

Imediaticidade

Outro fator importante a considerar é a imediaticidade da recompensa. **O aprendizado ocorre melhor quando o comportamento é seguido por recompensas sem demora.** Se a recompensa for apresentada muito tempo depois de o comportamento ocorrer, ela terá menos chance de alterar o comportamento.

Magnitude

As recompensas de maior magnitude (por exemplo, mais importantes, maiores) são mais propensas a mudar comportamentos e melhorar os resultados do que as de menor magnitude. No entanto, quando comportamentos mais fáceis de mudar são o foco da intervenção (por exemplo, participação em grupos terapêuticos), as recompensas com magnitude mais baixa podem também apresentar efeitos positivos



Uma regra geral é escolher uma recompensa que pode competir com a recompensa natural do comportamento que você está tentando mudar. Ou seja: você pode oferecer doces como recompensa para os usuários que participam de grupos terapêuticos, mas é improvável que isso funcione para mudar o uso de substâncias.

A magnitude das recompensas pode ser reduzida uma vez que um novo padrão de comportamento tenha sido estabelecido. Por exemplo, depois que um usuário atingir 2-3 meses de abstinência contínua ou aumentar a frequência no serviço, você poderá reduzir a frequência ou a magnitude da recompensa.

Nesses casos, o comportamento-alvo pode persistir porque ele se tornou por si mesmo recompensador ou por ter permitido que o usuário começasse a fazer outras coisas recompensadoras nesse meio tempo.

Aproximações Sucessivas

Um princípio central para estabelecer novos padrões de comportamento é recompensar aproximações sucessivas. Ou seja, **cada pequeno passo ao longo do caminho deve ser recompensado**. Por exemplo, em vez de exigir a abstinência de todas as substâncias, comece com uma substância de cada vez.



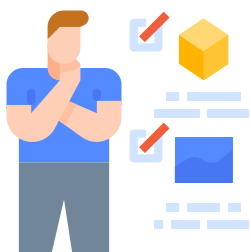
Consistência

Implantar programas de Manejo de Contingência pode não ser efetivo se os profissionais diminuïrem a frequênciam com que aplicam as contingências ao longo do tempo. Para lidar com esse possível problema, **a equipe pode ser recompensada por uma implantação apropriada**.

Relatários semanais de progresso que descrevem o monitoramento e a recompensa da equipe podem ser incorporados às reuniões do serviço. Listas de verificação podem ser feitas para lembrar aos profissionais quais usuários devem ser monitorados e recompensados a cada dia. Alguns modelos de listas de verificação são apresentados nos Anexos I, II e III, nas últimas páginas deste Manual.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE OS ESQUEMAS DE RECOMPENSAS

Seleção de Prêmios



Uma questão fundamental ainda em relação às recompensas é que você precisa ajustar preferências individuais com as recompensas fornecidas. Ter várias opções de prêmios disponíveis aumentará as chances de que as recompensas sejam desejadas e, portanto, que influenciará o comportamento dos usuários.

Recompensas com Valores Crescentes e Bônus

Na maioria dos programas de Manejo de Contingência, **o número de sorteios aumenta à medida que os usuários alcançam períodos mais longos emitindo o comportamento-alvo – podendo chegar até 5-10 por sessão**. Tirar esse aumento e os bônus e fornecer uma taxa constante de recompensa pode tornar os programas menos caros, mas não garantirá a emissão contínua do comportamento-alvo.

Esquemas Intermitentes de Recompensa

Na abordagem de prêmios, em vez de os usuários ganharem a recompensa a cada emissão do comportamento-alvo, eles ganham a chance de sortear um papel de um aquário e ganhar prêmios de diferentes magnitudes. **Este sistema permite que recompensas de alta magnitude sejam incluídas sem aumentar demais o custo do programa.**

Neste Capítulo, descrevemos comportamentos que podem ser modificados, os tipos de recompensas que podem ser usadas e alguns princípios comportamentais que devem ser considerados em intervenções de Manejo de Contingência.

Antes de passar para o próximo Capítulo, veja abaixo **exemplos⁶ de aplicações do Manejo de Contingência que desconsideraram alguns princípios comportamentais** apresentados neste Manual e que, por isso, falharam em obter os resultados esperados.



É importante que você leia cada caso com cuidado, faça anotações e avalie pontos positivos e negativos de cada aplicação, além de apresentar sugestões de mudança para melhorar os resultados da intervenção.

⁶ Traduzidos e adaptados do livro Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice, de Petry (2011).

Caso 1: Monitorando a Participação em Grupos Terapêuticos

Beatriz é psicóloga de um CAPS AD e decidiu que quer recompensar os usuários por participarem de um programa de recuperação. Os grupos acontecem duas vezes por semana, durante 12 semanas. Nesses grupos, os usuários têm a chance de ganhar um certificado de conclusão de curso, mas apenas se comparecerem a pelo menos 20 das 24 sessões. Em média, cerca de cinco dos 10-12 usuários participam de cada grupo, e a taxa de conclusão bem-sucedida é de apenas 20%. Duas psicólogas diferentes lideram os grupos: Beatriz lidera os grupos da segunda-feira e Amanda lidera os grupos da quinta-feira. Embora Beatriz ache que o Manejo de Contingência pode ser a abordagem ideal para melhorar a participação no grupo, Amanda é cética e não deseja dedicar tempo à aprendizagem e implantação dessa nova intervenção. Beatriz, então, decide implantar o programa apenas em seus grupos da segunda-feira.

Nos grupos de segunda-feira, os usuários ganham recompensas por participarem do grupo e essas recompensas aumentam gradualmente em magnitude à cada participação sucessiva. Beatriz também inclui um bônus para os usuários que concluíram o programa inteiro com sucesso. Os usuários amam o Manejo de Contingência e a participação nos grupos de Beatriz aumenta para em média oito ou nove usuários por semana. No entanto, as taxas de participação no programa completo ainda permaneceram abaixo de 35%. E com isso, Amanda e o diretor da instituição consideraram que a nova intervenção não foi realmente útil.

Quais as características positivas desse protocolo?





Quais as características negativas desse protocolo? O que Beatriz poderia ter feito para garantir uma aplicação mais adequada da nova intervenção?

RESPOSTAS:

Características positivas: (1) o comportamento era objetivamente verificável (adesão); (2) o esquema de monitoramento era frequente (semanalmente); (3) a recompensa tinha uma magnitude crescente; e (4) Beatriz verificou as taxas do comportamento-alvo antes de implantar o Manejo de Contingência e percebeu que eram baixas e que, portanto, poderiam ser melhoradas com a intervenção

Características negativas: Beatriz não monitorou e nem recompensou a presença no outro grupo que era necessária para a conclusão de participação (e para ganhar o certificado); além disso, o bônus estava atrasado e por isso, não controlou o comportamento.

O que ela poderia ter feito? Beatriz poderia ter fornecido alguma recompensa para participação no grupo da segunda-feira, com uma recompensa crescente para participação sucessiva nos grupos da segunda e quinta-feira. Dessa maneira, a recompensa crescente dependeria do comportamento final desejado. Ainda não seria tão adequado quanto recompensar duas vezes, mas já seria melhor. Amanda não precisaria fornecer nenhuma recompensa e Beatriz poderia revisar os registros de presença de Amanda e vincular diretamente a recompensa crescente de cada usuário à adesão na quinta-feira anterior e toda segunda-feira.

Caso 2: Monitorando a Procura de Emprego em uma População de Justiça Criminal

Daniel é um oficial de justiça. Ele tem cerca de 15 usuários desempregados que, para manter a liberdade condicional, precisam arrumar um emprego. Espera-se que eles participem de um grupo semanal focado em habilidades profissionais e em sessões individuais semanais com ele. A participação em ambos os tipos de sessões é muito boa porque os usuários voltam para a prisão se não comparecerem. No entanto, Daniel nota que a maioria dos usuários falha em colocar em prática as recomendações dadas nas sessões. Ele decide então implantar um protocolo de Manejo de Contingência para melhorar essa situação.

Daniel quer implantar a nova intervenção em seus grupos semanais. No final de cada uma das sessões, Daniel atribui um dever de casa relacionado à procura de emprego. Esses deveres incluem a conclusão de uma atividade sobre interesse empregatício, a realização de um teste de habilidades, a redação de um currículo e a inscrição para uma vaga de emprego. O comportamento-alvo selecionado por Daniel é a adesão a esses exercícios vocacionais.

Daniel começa a monitorar a conclusão desses exercícios antes de implantar o programa. Normalmente, apenas dois ou três membros do grupo chegam a concluí-los. Dessa forma, Daniel acha que o Manejo de Contingência pode aumentar a proporção de usuários que completam esses exercícios, o que, por sua vez, pode levar a uma maior taxa de aquisição de emprego.

Em termos do esquema de monitoramento, Daniel decide avaliar a conclusão dos exercícios semanalmente. No início do grupo, os usuários mostram o exercício para ele e para o grupo. Se concluídos, eles recebem recompensa e os valores aumentam com semanas sucessivas de conclusão. O número de usuários que trazem o exercício feito aumenta acentuadamente quando a nova intervenção é introduzida. Cerca de 10-12 dos 15 usuários o trazem a cada semana. No entanto, Daniel logo percebe que a qualidade da conclusão do exercício é baixa e alguns usuários estão preenchendo os formulários na sala de espera, logo antes do grupo ocorrer. Nenhum dos usuários está participando de entrevistas e nenhum consegue um emprego após 10 semanas de Manejo de Contingência.

Quais as características positivas desse protocolo?



Quais as características negativas desse protocolo? O que Daniel poderia fazer para garantir que os usuários não apenas concluam o exercício com cuidado, como também consigam participar de entrevistas e, possivelmente, conseguir empregos reais?

RESPOSTAS:

Características positivas: (a) o programa foi projetado em torno de um comportamento objetivamente verificável (conclusão de exercícios), (b) o esquema de monitoramento era bastante frequente (semanalmente) e (c) houve aumento gradual da recompensa para a conclusão sucessiva dos exercícios. Além disso, Daniel reuniu dados sobre as taxas de conclusão dos exercícios antes da intervenção e viu que eram baixas, ou seja, viu que valia a pena implantar o programa para aumentá-las.

Características negativas: Daniel estava monitorando a conclusão de exercícios uma vez por semana e não especificou o período durante o qual ela deveria ser concluída. Ao permitir que os usuários tivessem uma semana inteira para concluir a tarefa e não avaliar a conclusão ao longo da semana, os usuários podiam deixar para fazer imediatamente antes da sessão. **O que ele poderia fazer:** Daniel poderia estabelecer que os usuários concluíssem o dever de casa no início da semana e enviassem antes da sessão (se possível). O monitoramento poderia ser feito nas sessões individuais e grupais, aumentando para duas vezes por semana. Nesse cenário, o monitoramento duas vezes por semana poderia aumentar a chance de que pelo menos algum esforço fosse colocado no exercício durante a semana, em vez de esperar até o final da semana.

A segunda questão é que a qualidade do trabalho não foi especificada em relação ao monitoramento. É muito mais difícil monitorar objetivamente a qualidade do trabalho do que se a tarefa foi ou não realizada. **O que ele poderia fazer:** Daniel poderia especificar o número exato de palavras que deveriam ser escritas em um exercício, e isso poderia variar de exercício para exercício. Ele também precisaria reconsiderar a adequação de alguns exercícios para garantir que um indicador de qualidade pudesse ser determinado de maneira fácil e objetiva. Depois que o exercício fosse planejado, Daniel poderia decidir considerar apenas a conclusão de exercícios que atendam aos padrões para se qualificar para recompensa.

Finalmente, Daniel desejava aumentar não apenas os exercícios semanais, mas também a obtenção de emprego. Todo o monitoramento e recompensa foram fornecidos em torno das tarefas semanais, que não levaram naturalmente, ou com uma alta correlação, à obtenção de emprego.

O que ele poderia fazer: Daniel poderia introduzir algumas recompensas adicionais para a conclusão de atividades que estivessem mais diretamente ligadas à aquisição de empregos. Por exemplo, além da recompensa obtida por concluir os exercícios de caneta e papel, os usuários poderiam ganhar bônus crescentes para cada entrevista de emprego a que comparecerem. Dessa maneira, seria mais provável que eles buscassem entrevistas, já que a única maneira de conseguirem ser contratados é participando delas. Esse protocolo é um exemplo no qual o monitoramento e a recompensa de dois comportamentos independentes, ainda que relacionados, pode ser uma boa alternativa.

No Capítulo anterior, discutimos sobre os princípios gerais relacionados à aplicação do programa. Neste Capítulo, vamos estimar os custos do uso da abordagem de prêmios na modalidade individual e de grupo, respectivamente.

ABORDAGEM DE PRÊMIOS PARA RECOMPENSAR A ABSTINÊNCIA

O aquário utilizado na abordagem de prêmios geralmente contém 500 pedaços de papel, sendo que metade não está associado a prêmios. Cerca de 42% (209) são prêmios pequenos que custam em média R\$ 2,00 (máximo R\$ 3,00) e que podem, alguns ao menos, ser comprados em atacado.



Os prêmios grandes devem custar uma média de R\$ 25,00 (máximo R\$ 30,00). Já o prêmio enorme geralmente pode ser comprado por menos do valor médio estipulado de R\$ 100,00 (máximo R\$ 150,00)

O prêmio enorme é muito importante para a eficácia do programa. Ele não custa tanto quanto parece (já que a chance de ganhá-lo é mínima) e, além disso, costuma deixar os usuários empolgados com a possibilidade de ganhá-lo. Portanto, é altamente recomendável que você o mantenha.

Se você pegar a chance de ganhar um sorteio (_____) e multiplicar esse número pelo valor médio do prêmio (_____), você obterá o custo médio por sorteio: _____.

Categoria indicada	Nº de papeis	Chance de ganhar	Valor médio do prêmio	Custo por sorteio
"Bom trabalho"	250	0.5	0	R\$0.00
Pequenos	209	0.418	R\$2.00	R\$0.84
Grandes	40	0.08	R\$25.00	R\$2.00
Enormes	1	0.002	R\$100.00	R\$0.20
	Total 500			Soma = Custo Médio = R\$3.04

Para **calcular uma estimativa do custo médio gasto com os sorteios** no geral, você deve primeiro multiplicar a soma obtida de custos por sorteio (ou seja, 3.04) pelo número máximo possível de sorteios por usuário. Após isso, você deve multiplicar esse valor pelo número total de usuários incluídos no programa. E, por fim, como nem todos os usuários alcançarão um desempenho perfeito, uma estimativa segura é dividir esse número por 2.

Uma dica para reduzir os custos é limitar o número máximo de sorteios (por exemplo, parar de aumentar quando o usuário alcançar oito sorteios). Reduzir a duração da intervenção ou a frequência da recompensa também diminuirão o número de sorteios possível.

Também é possível manter o número máximo de sorteios, mas diminuindo os custos por sorteios, alterando (a) o número de papéis no aquário; (b) as categorias de prêmios disponíveis; (c) a proporção de papéis representando cada categoria de prêmio e/ou (d) os custos dos prêmios em cada categoria.

Custos Adicionais

Além de considerar os custos com os prêmios, você deve também calcular os custos dos testes de urina que serão utilizados durante o programa, além de custos com luvas, copos de coleta e faixas de temperatura.



Tempo Gasto da Equipe com a Aplicação do Programa

O tempo gasto com a abordagem de prêmios individualizada é maior do que com a abordagem em grupos. Se o programa for integrado às sessões que já ocorrem, não haverá tempo gasto adicional nem para você e nem para o usuário. Mas nem sempre isso é possível, já que, por exemplo, as sessões de Manejo de Contingência devem ocorrer pelo menos duas vezes por semana, enquanto que as sessões terapêuticas costumam ocorrer apenas uma vez por semana

A estimativa é que você irá gastar por semana:

- 30-40 min para revisão do Capítulo 6
- 10 min por sessão para cada usuário (se você fizer duas sessões semanais com 5 usuários, gastará cerca de 1 h e 40 min)

- 30 min – 1 h e 30 min para revisão dos formulários + supervisão
- 1 h para compras

Essa é a estimativa de tempo gasto no início. Conforme você for ganhando familiaridade com o programa, ela irá diminuir. Se a quantidade de tempo estimada parecer alta, dadas suas outras responsabilidades, você pode reconsiderar o número de usuários com os quais você decidiu aplicar o Manejo de Contingência. **A melhor chance de sucesso é sempre priorizar a aplicação adequada do programa, mesmo que com menos usuários.**

ABORDAGEM DE PRÊMIOS PARA RECOMPENSAR A PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS (NOME-NO-CHAPÉU)

Para essa abordagem, **os custos são estimados por grupo e não por indivíduos.** Esses custos dependerão de vários aspectos do seu protocolo: (1) número de sessões em que os sorteios ocorrem, (2) número de sorteios concedidos por sessão e (3) custo por sorteio.

1. O mais fácil de determinar é o número de sessões em que os prêmios serão concedidos. Indique o número de sessões de grupo: _____.
2. Se você estiver usando o procedimento padrão, o número de sorteios será metade do número de participantes.

Após isso, você precisa determinar o custo médio para cada sorteio. Considerando que você use o protocolo padrão de 100 prêmios no aquário, a repartição será a seguinte: 69 prêmios pequenos, 30 grandes e um enorme. O custo médio para cada prêmio deve ser de R\$ 2,00, R\$ 25,00 e R\$ 100,00.

Se o valor total parecer muito alto, você pode ajustar o custo de cada sorteio alterando o número total de papéis e/ou as chances e os custos médios de cada categoria de prêmio. Depois de determinar o custo por sorteio e multiplicá-lo pelo número total, você tem uma estimativa muito boa (e provavelmente uma estimativa mais alta do que a realidade) dos custos gerais necessários.

Tempo Gasto da Equipe com a Aplicação do Programa

A estimativa é que você irá gastar por semana:

- 30-40 min para revisão do Capítulo 7
- 2 h organizando os formulários de acordo com a estrutura do grupo
- 1 h de supervisão
- 1 h para compras

Essa é a estimativa de tempo gasto no início. Conforme você for ganhando familiaridade com o programa, essa estimativa irá diminuir.

Dica para diminuir os custos:

Você pode captar recursos por meio de doações (por exemplo, de fornecedores locais, da própria comunidade etc.)

QUEM ADMINISTRARÁ A INTERVENÇÃO?

Agora que o programa foi projetado, é necessário decidir quem irá gerenciá-lo. Um único profissional pode ficar responsável pelo programa e administrá-lo para todos os usuários elegíveis no serviço ou, em vez disso, cada profissional pode administrar com os usuários com os quais trabalha.

Quando o profissional que administra o Manejo de Contingência não é o terapeuta principal que cuida daquele usuário específico, os limites entre as diferentes intervenções devem ser respeitados. Ou seja, **o profissional deve administrar apenas o Manejo de Contingência e não se envolver em outras interações terapêuticas.**

Caso surjam demandas clínicas durante o procedimento, o profissional deve entrar em contato com o terapeuta principal do usuário ou sugerir diretamente que ele trate desse assunto em sessões terapêuticas. Normalmente, é **recomendável que o protocolo de Manejo de Contingência seja conduzido nos cinco minutos iniciais da sessão e, uma vez que as recompensas sejam entregues (ou não), a terapia/grupo pode prosseguir.**

Depois de decidir quem administrará a nova intervenção, outros aspectos devem ser considerados antes de dar início ao programa, como: (1) identificar os usuários elegíveis e (2) comunicar aos usuários (elegíveis ou não), e à equipe, sobre como a intervenção será aplicada.

IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS PARA PARTICIPAR DO PROGRAMA

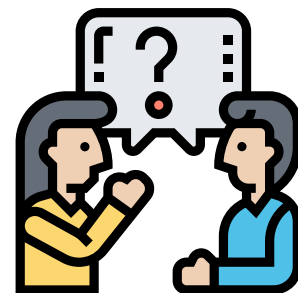
Na maioria dos serviços, nem todos os usuários serão elegíveis para participar do Manejo de Contingência. Portanto, um procedimento precisa ser feito para identificar os usuários elegíveis entre todos que iniciam o tratamento no serviço. Nesse caso, você e a sua equipe precisarão definir critérios para a seleção – e que possam ser confirmados de forma objetiva.



QUESTÕES DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

A triagem é feita para obter informações sobre os critérios de inclusão/exclusão específicos para o programa de Manejo de Contingência, sem revelar diretamente quais são esses critérios. Aqui estão alguns exemplos de perguntas de avaliação do uso de substâncias:

“Você já recebeu tratamento antes para uso de substâncias?” Se a resposta for sim..., “Você pode me dizer quando e onde você foi tratado? Que substância (s) você estava usando naquela época? Você estaria disposto a assinar um termo de acesso a informações para que possamos confirmar sua presença nesse serviço?”



“Fale-me um pouco sobre o seu uso de substâncias nas últimas duas semanas.” Se o uso da substância-alvo for mencionado, você pode perguntar: “Quantos dias nas últimas duas semanas você usou essa substância?”

A QUESTÃO DO JOGO PATOLÓGICO

Alguns pesquisadores e profissionais argumentam que a abordagem de prêmios é semelhante a um jogo, porque os usuários têm chances de ganhar prêmios em um sistema que se parece um pouco com uma loteria. Além disso, os problemas de jogo são prevalentes em usuários que fazem uso problemático de substâncias e, portanto, este sistema de recompensa pode não ser apropriado para essas pessoas.

Um argumento contra essa suposição é que os usuários não colocam nada de valor próprio para participar dos sorteios. Ou seja, os usuários não perdem nada e essa chance de perder é o que diferencia o sistema de prêmios da loteria. Apesar disso, essa preocupação foi levada em consideração e, portanto, **são excluídos da participação no programa os usuários que estiverem se recuperando de um problema com jogo.**

CONTANDO SOBRE O PROGRAMA PARA USUÁRIOS ELEGÍVEIS

Agora que você já identificou usuários elegíveis, você deve contar para eles sobre como o programa funciona. Comece dizendo que você irá

testar uma nova abordagem de cuidado focada em ajudar o usuário a _____ (se manter abstinente; participar dos grupos terapêuticos) e que está confiante de que irá funcionar. Fale sobre a recompensa que será dada contingente ao comportamento-alvo e sobre o esquema que será usado. Após ter explicado sobre o programa e tirado as eventuais dúvidas, pergunte ao usuário se ele tem interesse em participar.

Dois pontos importantes

- 1 Você só deve comunicar os usuários sobre o programa após ter certeza que irá implantá-lo e já estiver com quase tudo pronto. Isso é importante para garantir que o usuário não ficará desanimado com a espera.
- 2 Se mais de 10% dos usuários convidados se recusarem a participar, você deve repensar a forma como o está descrevendo para eles. O esperado é que a maior parte deles tenha interesse em participar – já que o foco da intervenção é que os usuários só tenham a ganhar com a sua implantação.

VAMOS TREINAR?

Para a seguinte situação, **interprete a cena** e peça para um colega assistir e avaliar sua atuação de acordo com as recomendações dadas neste tópico.

Maria é uma nova usuária no serviço e é elegível para participar do Manejo de Contingência baseado em prêmios para recompensar a abstinência de cocaína. **Explique sobre o programa e como será a participação dela.**

CONTANDO SOBRE O PROGRAMA PARA USUÁRIOS NÃO ELEGÍVEIS

A menos que o seu programa esteja sendo aplicado com todos os usuários do serviço, você deve estar preparado para conversar também com os que não irão participar dele. Nesses casos, você deve enfatizar que a implantação do Manejo de Contingência é um teste inicial e que, se der certo, seu objetivo é ampliar para outros usuários. Além disso, você deve deixar claro que os critérios foram pensados com base na especificidade do programa, e não com base em critérios pessoais.

Importante: Não indique por que o usuário não é elegível. Caso contrário, é possível que ele tente argumentar de forma a te convencer que ele cumpre os critérios – e isso pode gerar mais chateação.

CONTANDO SOBRE O PROGRAMA PARA A EQUIPE

Para os funcionários do serviço que não irão participar da aplicação do Manejo de Contingência, é importante que você o apresente em uma reunião de equipe algumas semanas antes da implantação. Nessa reunião, você deve descrever brevemente sobre ele (de forma similar à que foi apresentada aos usuários elegíveis) e tirar eventuais dúvidas. No final deste Manual (Anexo IV) há algumas dúvidas comuns que costumam aparecer sobre o programa e dicas de como responde-las.

VAMOS TREINAR?

Para a seguinte situação, **interprete a cena** e peça para um colega assistir e avaliar sua atuação de acordo com as recomendações dadas no Anexo IV.

Juliana é sua colega de serviço e disse que acha um absurdo, além de antiético, implantar uma intervenção que paga os usuários para fazer algo que eles deveriam fazer por vontade própria. **O que você diria para Juliana nessa situação?**

Agora que você já cuidou dos preparativos finais para implantar seu programa, o próximo passo é colocá-lo em prática. Os dois próximos Capítulos descrevem de forma mais específica o protocolo de implantação do programa para a modalidade individual e de grupo, respectivamente.

RECOMPENSANDO A ABSTINÊNCIA COM PRÊMIOS

capítulo

6

ASPECTOS GERAIS

Nesse procedimento de Manejo de Contingência, **os usuários ganham a oportunidade de sortear um pedaço de papel dentro de um aquário a cada vez que exibem o comportamento-alvo – sendo cada sorteio associado à chance de ganhar prêmios de diferentes magnitudes.** Normalmente, há um total de 500 pedaços de papel no aquário e metade deles está associado a um prêmio. A outra metade diz “bom trabalho!” e não resulta em prêmios.

Entre os papéis que resultam em prêmios, a maioria (cerca de 40%) declara “prêmio pequeno”, uma proporção menor indica “grande” e uma indica “enorme”. Cada vez que o usuário pega um papel que resulta em um prêmio, ele escolhe entre várias opções que estejam dentro da categoria selecionada (pequeno, grande ou enorme).

Conforme o usuário se mantém emitindo o comportamento-alvo, o número de sorteios aumenta gradualmente. O número máximo de sorteios é de oito, o que garante que o programa não ficará tão caro e, ainda assim, será suficiente para garantir a mudança sustentada de comportamento dos usuários. Caso o usuário não emita o comportamento-alvo em uma sessão, ele não recebe a chance de participar do sorteio nesse dia e o número de sorteios reinicia para um na próxima sessão.

MÉTODOS DE TESTE DE URINA QUE FORNECEM FEEDBACK IMEDIATO AOS USUÁRIOS

Ao usar testes de urina para monitorar o uso de substâncias, **a recompensa deve ser fornecida sem demora cada vez que o usuário apresentar uma amostra negativa.** Se o usuário tiver que esperar para receber o resultado do teste de urina antes de receber a recompensa, é possível que ele tenha uma recaída nesse tempo de espera. Nesse caso, você estaria fornecendo recompensas



a um usuário não abstinente, ou seja, estaria recompensando de forma inadequada o comportamento de usar a substância

QUESTÕES TÉCNICAS

Outros problemas com o exame de urina são de natureza técnica. Por exemplo, algumas substâncias, como benzodiazepínicos, são frequentemente prescritas e também usadas de forma ilícita, e é difícil diferenciar o uso lícito do ilícito. Outro problema é que a doença hepática pode resultar em um maior intervalo de tempo entre a abstinência e os testes negativos, e muitos usuários que usam de substâncias apresentam doenças hepáticas.



Outros problemas são relacionados ao tipo de substância. Para usuários com uso crônico de maconha, por exemplo, o teste de urina só começa a apresentar resultados negativos após o usuário atingir cerca de quatro semanas de abstinência. Já a detecção do uso de álcool e tabaco sofre do problema oposto. As leituras de álcool no bafômetro podem avaliar o uso de álcool apenas em intervalos curtos (por exemplo, 1–12 horas).

Portanto, as leituras do bafômetro devem ser feitas várias vezes ao dia para detectar qualquer uso de álcool, mas claramente tal cronograma de teste é impraticável em ambientes ambulatoriais. Uma tecnologia desenvolvida para lidar com esse problema foi o bafômetro com monitoramento à distância via celular e que tem sido usada em estudos mais recentes. Dessa forma, o usuário pode fazer o teste sem precisar ir até o serviço – o que aumenta a chance de que ele consiga realizar o teste na frequência adequada de três vezes ao dia.

SELEÇÃO DE UM CRONOGRAMA DE TESTE DE URINA

O cronograma de teste escolhido precisa ser coerente com a capacidade do teste de detectar o uso.

→ **Álcool e tabaco:** será necessário fazer o teste de 2-3 vezes por dia para mudar o comportamento de uso de substâncias

→ **Opioides, cocaína e outros estimulantes:** geralmente o teste de 2-3 vezes por semana é ideal porque esses testes podem detectar o uso em períodos de 48 a 72 horas.

→ **Maconha:** o teste 3 vezes por semana é recomendado, com a ressalva de que durante as primeiras 2-3 semanas os testes podem ser incapazes de detectar a abstinência. Para recompensar a abstinência inicial nessas situações, análises quantitativas de reduções nos metabólitos podem ser conduzidas. Além disso, o usuário pode ser recompensado por comparecimento durante as primeiras três semanas. Os resultados devem começar com leitura negativa dentro de 3-4 semanas e, nesse momento, a recompensa deve ser contingente à apresentação de testes negativos.

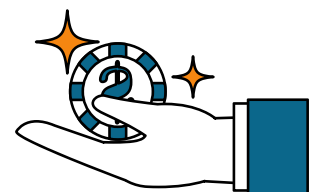
RECOMPENSAR A ABSTINÊNCIA DE UMA ÚNICA SUBSTÂNCIA OU DE MÚLTIPLAS SUBSTÂNCIAS?

Os efeitos benéficos do Manejo de Contingência são menos prováveis quando os usuários precisam parar de usar várias substâncias ao mesmo tempo para ganhar recompensas. Os usuários podem não estar motivados ou não conseguir atingir a abstinência completa no início da intervenção. Ter como alvo apenas uma única substância por vez é uma estratégia melhor porque os usuários podem obter sucesso inicial, o que, por sua vez, pode promover maior motivação para ficar abstinente tanto da substância alvo quanto de outras substâncias.

Essa lógica se refere ao princípio das aproximações sucessivas, visto no Capítulo 2. **A maioria dos estudos de Manejo de Contingência que focam na abstinência de apenas uma substância encontrou mudanças ou reduções no uso de outras substâncias também.** Depois que os usuários aprenderem a se abster de uma substância, eles podem se sentir mais preparados e capazes de se concentrar na redução do uso de outras.

PRIMEIRA SESSÃO

Fornecer uma recompensa na primeira sessão, independentemente do resultado do teste, irá possibilitar que o usuário entre em contato com a recompensa e se sinta mais motivado a participar do programa e a ficar abstinente para aumentar suas chances de ganhar prêmios. Para garantir que o usuário ganhará um prêmio nessa primeira sessão, caso ele retire um pedaço de papel escrito “bom trabalho!”, você dirá para ele fazer o sorteio novamente até conseguir a premiação. Após isso, o usuário fará o teste.



Caso seja negativo: você parabenizará o usuário por esse comportamento e explicará que agora ele vai pegar mais um pedaço de papel por conta do resultado do teste. Caso o usuário sorteie um papel escrito “bom trabalho!”, você irá explicar que nem sempre os sorteios resultam em prêmios, mas que conforme ele continuar abstinente, ele terá direito a mais chances de sortear, o que aumentará a chance de que ele ganhe prêmios. Caso ele ganhe um prêmio, você mostrará os prêmios disponíveis no armário relacionados à categoria indicada no papel. Após isso, você irá lembrá-lo sobre a data da próxima sessão e o número de sorteios possível caso ele permaneça abstinente. Você deve também lembrá-lo de que faltas não justificadas com antecedência não serão aceitas e, nesse caso, o número de sorteios reiniciará ao inicial.



Caso seja positivo: você irá mostrar o resultado do teste e dizer que não foi negativo e que por isso não haverá sorteios naquela sessão. Você deve parabenizá-lo por vir ao serviço e incentivá-lo a não usar a substância para ganhar a oportunidade de ganhar prêmios. Você deve também lembrar ao usuário sobre a data da próxima sessão e que se ele se mantiver abstinente nesse meio-tempo, ganhará um sorteio que pode resultar em prêmios. Além disso, você deve também perguntar sobre os prêmios que ele gostaria de ganhar.

SEGUNDA SESSÃO



Quando o usuário chegar à próxima sessão, você deve recebê-lo e perguntar brevemente sobre como ele está. Conversas informais no contexto de uma sessão de Manejo de Contingência são boas. Por outro lado, as sessões são feitas para serem curtas e, portanto, o seu conteúdo deve ser bem planejado. **Há oito ações que você deve executar em todas as sessões de Manejo de Contingência. São elas:**

- 1) Coletar a amostra.
- 2) Testar a amostra.
- 3) Mostrar ao usuário os resultados da amostra.
- 4) Indicar o número de sorteios ganhos na sessão.
- 5) Perguntar sobre os prêmios desejados.
- 6) Discutir sobre qualquer uso de substâncias ou vontade de usar.
- 7) Lembrar o usuário sobre a data e o horário da próxima sessão.
- 8) Indicar o número possível de sorteios para a próxima sessão para uma amostra negativa

Caso a amostra tenha sido negativa para a substância-alvo, você também deve pedir que o usuário sorteie e, caso ele ganhe um prêmio, pedir que ele selecione o prêmio da categoria indicada e assine o formulário de retirada de prêmio.

DICAS PARA LIDAR COM ALGUMAS SITUAÇÕES PREVISTAS

Amostras Negativas Consecutivas

À medida que os usuários permanecem fornecendo amostras negativas para a substância-alvo, as sessões prosseguem normalmente, com você executando as oito ações descritas anteriormente.

Uma Amostra Positiva

Quando os usuários apresentam amostras positivas para a substância alvo, você deve lidar com a situação de forma cuidadosa. Na maioria dos casos, o próprio usuário fala sobre o uso da substância antes de fazer o teste. No entanto, algumas vezes os usuários não falam nada, e alguns negam o uso após o resultado do teste. As formas de lidar com essas situações são descritas abaixo.

Quando o Usuário Relata o Uso

É comum que o usuário diga que não quer fazer o teste por saber que, como ele usou a substância, o teste dará positivo. Mesmo nesses casos, é importante que você incentive o usuário a fazer o teste. Além disso, você deve parabenizar o usuário pela apresentação de outros comportamentos desejáveis (ir ao serviço, ou qualquer outra coisa que ele tenha relatado).

Você também deve sugerir que ele converse sobre o uso da substância nas sessões de grupo ou individuais com o terapeuta primário.

Em raras ocasiões, um usuário admitirá o uso, mas ainda assim o teste pode dar negativo. Nesse caso, eles ainda podem participar de sorteios.

VAMOS TREINAR?

Para a seguinte situação, **interprete a cena** e peça para um colega assistir e avaliar sua atuação de acordo com o que foi discutido até aqui neste Capítulo.

Após três semanas de amostras negativas, João chega à consulta chateado e te conta que fez uso da substância na noite passada. Você o acolhe e insiste que ainda assim ele faça o teste, como programado. Após isso, você nota que o resultado do teste deu negativo. **O que você diria a ele nessa situação? Ele receberá algum sorteio?**

Quando o Usuário não Relata o Uso

Você nunca terá certeza sobre o resultado do teste até que ele seja feito. Portanto, mesmo que o usuário já tenha apresentando amostras negativas há várias sessões, é importante que você não antecipe falas de empolgação em relação ao resultado do teste até que ele seja feito. Após a confirmação de que o teste foi positivo, você deve incentivar que o usuário converse sobre isso em sessões de grupo. Além disso, você deve executar as outras ações programadas para a sessão.

Quando o Usuário Nega o Uso

Nessas situações, em vez de discutir com o usuário ou oferecer um novo teste, você deve lembrar o usuário sobre as regras do programa. Além disso, você deve focar nos possíveis sorteios futuros e não na perda momentânea ou na negação do uso. Ou seja: **deve sempre focar naquilo que é positivo, e não no que é negativo**. Uma coisa que geralmente funciona bem é nunca dizer que um teste é “positivo”. Quando um teste indica um uso que o usuário não admitiu, você pode dizer:

“Carlos, sua amostra não deu um resultado negativo para (substância) hoje. Talvez você possa discutir o que aconteceu em grupo. Você pode começar a sortear novamente na quinta-feira, se sua amostra for negativa.”

Observe que a frase **“sua amostra não deu um resultado negativo”** parece muito menos severa do que **“sua amostra deu um resultado positivo”**.

Quando o Usuário não quer Fazer o Teste

Você deve encorajar os usuários a fornecer uma amostra de urina em todos os dias de teste programados, mesmo se você souber que eles usaram a substância. No entanto, você deve também manter o máximo de flexibilidade possível para que os usuários não fiquem com raiva e abandonem o programa. Nos casos em que um usuário admite ter usado e não quer fornecer uma amostra, você pode incentivá-lo a fazê-lo, mas não force a barra. Lembre-o de que os sorteios terão que ser reiniciados e encoraje-o a voltar a ficar abstinente para que ele possa sortear novamente no próximo dia de teste agendado.

Outras vezes, os usuários não admitem o uso, mas afirmam que não podem, de forma alguma, deixar uma amostra naquele dia. Você pode dizer:

“Entendo. A regra do programa é que você deixe uma amostra sempre que estiver aqui em um dia programado. Mas, se você realmente não fizer isso hoje, o que posso fazer é marcar um teste adicional para você amanhã. Se você não tiver usado a substância quando vier para o grupo amanhã, contarei isso como a amostra de hoje e você não terá que reiniciar sua programação de sorteio. Você ainda terá que deixar uma amostra de urina na sexta-feira desta semana também. Parece justo?”

No dia seguinte, você pode dizer:

"Eu realmente abri uma exceção para você ontem. Mas, você sabe, eu realmente não posso fazer isso de novo. Daqui para frente, eu preciso que você deixe amostras nos dias programados para você continuar recebendo o número maior de sorteios, tudo bem?"

Quando o Usuário Falta sem Justificar

Caso você tenha enfatizado sobre as regras do programa em várias sessões, é provável que o usuário saiba sobre as consequências de ter faltado. No entanto, alguns usuários ainda podem ficar chateados após você informar que o número de sorteios será reiniciado. Nesses casos, você deve enfatizar que entende a chateação dele, mas que as regras são criadas por um motivo. Deve também enfatizar que acredita que o usuário conseguirá aumentar o número de sorteios novamente.

VAMOS TREINAR?

Para a seguinte situação, **interprete a cena** e peça para um colega assistir e avaliar sua atuação de acordo com o que foi discutido até aqui neste Capítulo.

Roberta está na 5ª semana do programa, mas faltou à consulta anterior de teste de urina sem ter apresentado uma justificativa com antecedência. O teste deu negativo, mas você diz para ela que o número de sorteios foi reiniciado por conta da falta não justificada. Ao ouvir isso, ela fica bastante chateado. **O que você falaria para Roberta nessa situação?**

Quando o Usuário Falta de Forma Justificada

Nesses casos, o número de sorteios não é reiniciado. Ou seja: se o usuário estava ganhando cinco sorteios antes de faltar, na próxima sessão, caso a amostra de urina seja novamente negativa, ele terá direito a seis sorteios.

QUESTÕES SOBRE O TESTE DE URINA

Agendamento do Teste de Urina

O cronograma de testes deve ser planejado de acordo com o cronograma do usuário no serviço. Ou seja, os testes devem ser feitos preferencialmente em dias em que o usuário já frequenta o serviço por outro motivo. Normalmente, não se deve esperar que os usuários venham ao serviço apenas para fazer um teste de urina. Os dias de coleta devem ser sempre separados por pelo menos um dia para se qualificar para sorteios.



Portanto, dependendo dos dias em que os usuários estão programados para vir ao serviço, eles devem ser colocados em um dos seguintes cronogramas de teste regulares:

Segunda e sexta

Segunda e quinta

Terça e sexta

Menos desejáveis, mas ainda aceitáveis:

Segunda e quarta

Quarta e sexta

Terça e quinta

Os usuários que faltarem no dia da coleta de urina agendada podem fazer o teste na próxima vez que vierem ao serviço. Eles também podem conseguir chegar ao serviço em um horário especial (por exemplo, muito cedo, no final do dia ou em um fim de semana), dependendo da disponibilidade da equipe.

Se houver dois profissionais envolvidos com o usuário (o profissional que aplica o Manejo de Contingência e o terapeuta primário), eles devem manter uma comunicação próxima para que o profissional que aplica o Manejo de Contingência seja informado de quaisquer mudanças no cronograma da terapia e para que os usuários sejam encaminhados tanto para um profissional quanto para outro, conforme necessário.

Coleta e Validação da Amostra

Todas as coletas devem ser observadas por um profissional do mesmo gênero que o usuário. Para amostras observadas, peça ao usuário para remover qualquer roupa externa volumosa para que a urina possa ser visualizada saindo do corpo. É possível que os usuários tentem deixar amostras falsas. Portanto, você deve tentar garantir uma coleta válida de amostras de urina. Se os usuários virem a equipe observando, será menos provável que eles tentem deixar amostras falsas.

Nem sempre um observador do mesmo gênero é possível. Assim, você pode incluir tiras de temperatura. Os participantes cuja amostra de urina não passar nas verificações de validade serão incentivados a beber um copo de água e esperar 15 minutos ou mais para realizar um segundo teste.

Testes de Urina Feitos fora do Serviço

Em alguns serviços, é comum que se faça procedimentos adicionais de teste de urina, nos quais as amostras são enviadas a um laboratório externo para teste. Como diferentes procedimentos de teste podem produzir resultados diferentes, é importante que o usuário e a equipe entendam que, para fins de Manejo de Contingência, apenas os resultados do teste feito no serviço serão usados.

VAMOS TREINAR?

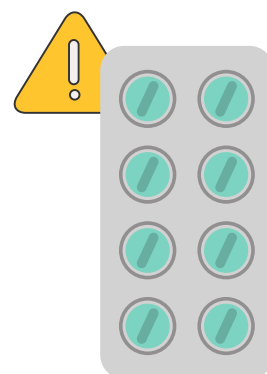
Para a seguinte situação, **interprete a cena** e peça para um colega assistir e avaliar sua atuação de acordo com o que foi discutido até aqui neste Capítulo.

Michele tem apresentado amostras de urina negativas há quatro semanas. No entanto, uma de suas amostras de urina da semana passada, que foi enviada para testes adicionais de confirmação em um laboratório externo, deu positivo para cocaína. Quando você a confronta sobre a amostra positiva, Michele fica muito zangada, negando que fez uso. Ela afirma que não está usando a substância desde que começou o tratamento, e isso é o que todos os seus testes feitos no serviço mostraram. **Como você responde a Michele e o que você faz a respeito do número de sorteios?**

Amostras Positivas devido ao Uso de Medicamentos Prescritos

Os usuários podem ter uma prescrição legítima e aprovada de opioides ou podem estar usando medicamentos de venda livre para resfriado e gripe que contêm estimulantes. Se o teste do usuário for positivo e ele negar veementemente o uso da substância, questione-o sobre quaisquer outras substâncias ou medicamentos que ele possa estar usando.

Frequentemente, os fabricantes do sistema de teste terão uma lista de medicamentos que podem apresentar resultados positivos. Os usuários do programa devem ser informados com antecedência de que não devem usar esses medicamentos e lembrados novamente nos casos em que o uso de outros medicamentos pode estar fazendo com que o teste de urina esteja dando positivo.



IMPORTANTE !

O teste de urina representa um dos aspectos mais sensíveis de interação entre profissionais e usuários. Independentemente do resultado, aproveite esse momento para apoiar e encorajar o usuário a permanecer se esforçando para alcançar/manter os resultados desejados. Dessa forma:

Ao lidar com resultados contestados: simpatize com o usuário e diga que ele realmente pode estar certo sobre não ter usado a substância, mas que, infelizmente, neste momento, você tem que seguir o que o teste diz, então o usuário não conseguirá sortear naquele dia.

Ao lidar com uma amostra positiva: lembre ao usuário de que qualquer sorteio é melhor do que nenhum sorteio e que ele pode voltar rapidamente a receber os prêmios (na próxima visita agendada) ao deixar uma amostra negativa. Você deve dizer que sabe que ele consegue fazer isso porque já mostrou antes que consegue ficar abstinente (se for o caso).

Preparando para o Encerramento do Programa

Você deve informar os usuários, uma ou duas semanas antes da última sessão, que o programa de Manejo de Contingência está perto de encerrar. Esse aviso prévio é importante porque dá aos usuários a oportunidade de refletir e expressar quaisquer sentimentos ou pensamentos sobre o término do programa e a transição.

ÚLTIMA SESSÃO

Nessa sessão, você deve recapitular as experiências do usuário com o programa, solicitar feedbacks, incentivá-lo a continuar com a intervenção que o serviço oferece, além de parabenizá-lo por todas as realizações. Ao final da sessão (após ter feito todos os procedimentos programados), vale a pena lembrar cada meta alcançada com o programa e estabelecer metas futuras com o usuário.

Algumas perguntas que podem ser feitas para incentivar o feedback:

“O que você achava desse programa antes de começar?” “E agora, você acha a mesma coisa ou mudou de opinião?” “O que você mais gostou no programa?” “O que você menos gostou?” “Você recomendaria esse programa para outras pessoas?” “O que você acha que te ajudou mais? Por quê?”

É possível que o usuário atribua suas realizações à sua ajuda. Nesses casos, você deve agradecer e enfatizar que cada realização se deu devido ao esforço do usuário e que ele foi o principal responsável por todas as metas alcançadas.



RECOMPENSANDO A PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS COM PRÊMIOS

capítulo

7

ASPECTOS GERAIS

Essa é uma abordagem específica para a modalidade de grupos. Embora seja parecida em vários aspectos com a abordagem anterior, aqui o **foco é a recompensa do comportamento de participar de grupos terapêuticos**. Esses grupos podem ser formados no início do programa ou você pode aplicar em grupos que já estão em andamento. Em ambos os casos, os usuários devem ser informados sobre o Manejo de Contingência antes de seu início. O ideal é que haja entre 8-25 membros no grupo e que a duração seja de 8-24 semanas.

Se você estiver utilizando um formato de grupo aberto (ou seja, novos usuários podem entrar no grupo a qualquer momento durante o programa), garanta que os novos membros entrarão quando ainda faltam pelo menos quatro semanas para a sua finalização. Participar do programa por um período menor que esse provavelmente não será eficaz.

AUMENTANDO O NÚMERO DE PAPÉIS COM O NOME DO USUÁRIO CONFORME ELE VEM AO GRUPO DE FORMA CONSECUTIVA

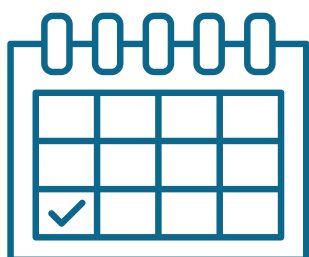
Os usuários que comparecerem ao grupo no horário combinado terão seus nomes escritos em pelo menos um pedaço de papel que será colocado no chapéu. **O número de vezes que o nome de cada usuário é colocado no chapéu aumenta em um por cada semana consecutiva em que o usuário frequenta o grupo**. Assim: o nome do usuário será colocado uma vez no chapéu quando ele vier ao grupo pela primeira vez, duas vezes quando ele vier pela segunda vez seguida, e assim por diante.



As situações que afetam o número de vezes que nome do usuário será colocado no chapéu incluem: (a) ausências justificadas e (b) ausências não justificadas.

Ausências Justificadas e Atrasos

As ausências justificadas não diminuem o número de vezes em que o nome de uma pessoa é colocado no chapéu na próxima sessão. Por exemplo: considere um usuário que veio ao grupo quatro semanas seguidas. Ele então faltou a uma sessão devido a uma consulta médica programada e aprovada previamente por você e não teve seu nome colocado no chapéu naquela semana. Caso ele compareça à próxima sessão programada, seu nome será colocado no chapéu cinco vezes e, portanto, ele não seria prejudicado pela ausência justificada.



Caso um usuário chegue atrasado ao grupo, o nome dele não será colocado no chapéu nesse dia. No entanto, o número de vezes que o nome dele é colocado no chapéu NÃO reiniciará na próxima sessão. Por exemplo: no caso de um usuário que participou do grupo cinco vezes seguidas e tinha seu nome colocado no chapéu cinco vezes, caso ele chegue atrasado na sexta sessão, mas compareça pontualmente à sétima, seu nome será colocado sete vezes no chapéu (embora ele não tenha colocado o seu nome na sexta sessão).

Ausência Não Justificada

Uma ausência não justificada fará com que o número de vezes em que o nome do usuário é colocado no chapéu retorne para um na próxima sessão.



Alternativa para Lidar com Faltas

Caso você não queira definir critérios para faltas justificadas, você pode optar por usar um esquema em que cada usuário tem direito a uma falta, da qual ele pode usar sem o número de sorteios reiniciado. Nesse caso, o usuário não precisa justificar essa falta, mas em contrapartida, nenhuma outra falta será aceita, independentemente do motivo.

COMO EU DEVO DISTRIBUIR OS NOMES QUE SERÃO COLOCADOS NO CHAPÉU?

Antes de os usuários chegarem à sessão, você deve preparar um envelope individual para cada usuário, contendo o número adequado de pedaços de papel com o nome dele. Assim, quando os usuários chegarem, você entregará o envelope de cada um e eles poderão colocar seus nomes dentro do chapéu.

É importante que você varie frequentemente as cores dos pedaços de papel e das canetas usadas no programa para garantir que os usuários não irão trapacear. A preparação dos envelopes não deve demorar mais de 20 minutos depois que você se familiarizar com os procedimentos. Uma dica é que, pelo menos no início, você fique responsável por preparar os envelopes e outro profissional por revisá-los (isso é importante para garantir que você está colocando o número correto de papéis no envelope).



Você mesmo ou os usuários podem retirar os nomes do chapéu no início de cada sessão do grupo. Cada usuário cujo nome é retirado do chapéu receberá um sorteio no aquário. Observe que um mesmo indivíduo pode ganhar mais de um sorteio caso o nome dele tenha sido colocado mais de uma vez. Ao final da sessão, você deve jogar o restante dos papéis fora para garantir que o chapéu estará vazio para a próxima sessão.

QUANTOS USUÁRIOS GANHARÃO O DIREITO DE SORTEAR PRÊMIOS?

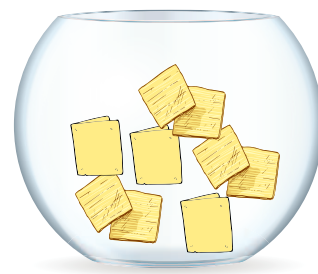
Essa decisão deve se basear em parte nos custos. Quanto mais nomes forem sorteados, maiores serão os custos do programa. A decisão também deve ser baseada em princípios comportamentais. Ou seja: deve ter um número mínimo de usuários que permita chances moderadas de ganhar prêmios de modo que o programa seja recompensador para os usuários. **Como regra geral, o número de nomes sorteados deve ser equivalente a pelo menos metade do número de participantes do grupo.** Por exemplo, se quatro usuários participarem do grupo, você deve sortear pelo menos dois papéis. Se um número ímpar de pessoas participar do grupo, você deve sortear um papel a mais (por exemplo, nove nomes se 17 pessoas comparecerem). Quanto mais pessoas participarem do grupo, mais usuários ganharão prêmios.

Em geral, os usuários não se importam de não ganhar toda semana, desde que saibam que têm uma chance de ganhar, e que essa chance aumenta com a participação contínua.

SORTEIO NO AQUÁRIO

Uma vez que os nomes são retirados do chapéu, os usuários cujos nomes foram sorteados podem pegar um papel em um aquário e cada um deles ganhará um prêmio. O aquário deverá ter cerca de 100 pedaços de papel. Sessenta e nove dos 100 papéis indicam "pequeno", 30 "grande" e um afirma "enorme". **Note que aqui todos os pedaços de papel resultam em prêmios, sem papéis com a frase “bom trabalho!”.** Isso é importante porque, diferente do programa de prêmios descrito antes, aqui o usuário já havia participado de um sorteio inicial (ter o seu nome sorteado do chapéu), então não seria justo que ele tivesse que participar de outro sorteio.

Os papéis devem ser devolvidos para o aquário após cada sorteio, para que as chances de ganhar prêmios permaneçam constantes. Assim, é possível que dois usuários possam ganhar um prêmio enorme na mesma sessão.



ENTREGA DOS PRÊMIOS

Você deve armazenar a maior parte dos prêmios em um armário em um local seguro. Se esse local não for a própria sala de grupo, não será possível levar todos os prêmios para lá. Nesse caso, você deve selecionar um pequeno subconjunto de prêmios para levar à sala de grupo para cada sessão de Manejo de Contingência. O ideal é que você leve cerca de $x + 2$ prêmios pequenos (com x sendo o número estimado de nomes que serão sorteados), dois prêmios grandes e um enorme para cada sessão. Trazer mais prêmios é melhor, mas é bom focar em um equilíbrio entre variedade e praticidade.



Depois que um usuário pega um pedaço de papel do aquário, ele imediatamente seleciona um dos prêmios que foi trazido para a sala naquele dia. A ordem de escolha dos prêmios segue a ordem dos sorteios. Você deve informar os usuários em todas as sessões que, caso eles não gostem do prêmio que receberam, poderão trocá-lo imediatamente após o grupo pelos prêmios disponíveis no armário dentro da categoria adequada. Lembre-se sempre de pedir sugestões de novos prêmios, mesmo para os usuários que não ganharam nada na sessão. Ao final, o usuário deve assinar o Formulário de Liberação de Prêmio (Anexo III).

RESTANTE DA SESSÃO DE GRUPO

Após a entrega de prêmios, a sessão de grupo deve prosseguir normalmente. Ao final, você deve avisar aos usuários que eles ganharão um pedaço de papel a mais com o nome deles caso venham ao grupo na próxima sessão – e que isso aumentará as chances deles de ganhar prêmios. Além disso, você deve também lembrá-los do oposto, ou seja: que caso não compareçam ao grupo, o número de papéis com o nome deles reiniciará.

Troca de prêmios

Caso o usuário queira trocar o prêmio recebido por outro no armário, isso deve ser feito após o grupo, no momento em que você for devolver ao armário os prêmios que sobraram. Duas dicas importantes:

- Você deve estipular um tempo limite para que o usuário não passe tanto tempo escolhendo o prêmio;
- A troca deve sempre ocorrer no mesmo dia do sorteio.

PONTOS IMPORTANTES:

→ Você deve aplicar o Manejo de Contingência no início do grupo e não no final. Isso irá garantir que os usuários chegarão a tempo. Além disso, quando o programa é aplicado no final do grupo, é comum os usuários ficarem ansiosos pela premiação.

→ Para garantir que os usuários permanecerão no grupo até o final da sessão, você deve estipular que o aumento de sorteios a cada sessão depende da participação durante toda a sessão de grupo.

→ Cerca de uma vez por mês, você deve conferir se o aquário contém os 100 pedaços de papel programados.

APRESENTAÇÃO INICIAL DO PROGRAMA PARA USUÁRIOS ELEGÍVEIS

Se o usuário demonstrar interesse em participar do Manejo de Contingência, você deve marcar uma sessão inicial individual (de preferência) para explicar sobre o programa, tirar quaisquer dúvidas e realizar um sorteio inicial.

VAMOS TREINAR?

Para a seguinte situação, [interprete a cena](#) e peça para um colega assistir e avaliar sua atuação de acordo com o que foi discutido até aqui neste Capítulo.

Susana é elegível para participar do seu programa de Manejo de Contingência para reforçar participação em grupos terapêuticos. **Explique sobre o programa e como será a participação dela.**

PRIMEIRA SESSÃO

Os usuários devem receber seus envelopes enquanto entram na sala de grupo. Quando der a hora do início do grupo e todos os usuários tiverem recebido seus envelopes, você deve explicar sobre como o programa irá funcionar. Você já havia feito isso antes na sessão individual com cada usuário, mas é importante que a explicação ocorra novamente. Após isso, os nomes são sorteados – e os usuários cujos nomes foram sorteados devem pegar o papel no aquário e dizer qual prêmio desejam ganhar. **A ordem do procedimento que deve ser feito nessa e em todas as outras sessões, é:**

- 1) Entregar os envelopes individuais.
- 2) Colocar os nomes no chapéu.
- 3) Sortear os nomes do chapéu.
- 4) Mostrar aos usuários os papéis sorteados.
- 5) Pedir para os usuários ganhadores sortearem os prêmios.
- 6) Lembrar os usuários sobre a próxima sessão; e
- 7) Lembrar o número possível de sorteios para a próxima sessão, caso eles voltem.

PRÓXIMAS SESSÕES

Da segunda sessão em diante, você não terá que explicar novamente sobre o programa. No entanto, caso novos usuários cheguem ou caso você perceba que os usuários estão com dificuldade para entender a lógica do programa, vale a pena retomar os pontos principais. Como em todas as sessões, você cumprimenta os usuários à medida que chegam e entrega a eles seus envelopes.

FINALIZAÇÃO DO PROGRAMA

Na penúltima semana do programa, você deve lembrar os usuários sobre o término e conversar sobre quais as metas futuras. Essa conversa pode acontecer no final do procedimento de premiação ou no final da sessão de grupo.

A ÚLTIMA SESSÃO

Se todos os usuários, ou apenas alguns, estão encerrando um grupo de Manejo de Contingência, é importante que haja uma fala de despedida e um reconhecimento dos esforços deles. Você pode também dar um certificado de conclusão no programa para os usuários.

Análise de Caso⁷

Maria trabalha em um serviço ambulatorial que oferece sessões de grupo terapêutico às segundas, quartas e sextas-feiras. Cerca de 20 usuários estão frequentando o serviço em um determinado momento, mas nem todos estão inscritos nas sessões de grupo. Alguns usuários comparecem a apenas uma ou duas sessões e outros comparecem às três. Maria quer implantar o Manejo de Contingência para aumentar o número de inscritos, mas não quer limitá-lo para a adesão a apenas uma das sessões, porque alguns usuários receberiam o Manejo de Contingência nessa sessão e não nas outras.

Maria então modifica a abordagem do Nome-no-Chapéu para que a cada dia de comparecimento a um dos grupos, o usuário consiga colocar seu nome no chapéu uma vez. No último grupo da semana, Maria coloca os nomes dos usuários no chapéu várias vezes. Os bônus começam em um e aumentam em um para cada semana consecutiva em que os usuários participaram de todas as sessões agendadas.

Em vez de sortear nomes em todas as sessões de grupo, Maria decide sortear todos os nomes durante o grupo de sexta-feira. Ou seja: toda sexta-feira, Maria irá sortear 10 nomes no chapéu. Os usuários que estiverem presentes nesse dia poderão então ter seu nome sorteado e ganhar prêmios. Os que não estiverem presentes nesse dia e mesmo assim tiverem o seu nome sorteado, ganharão prêmios na próxima sessão que vierem.

⁷Os três casos foram traduzidos e adaptados do livro *Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*, de Petry (2011).

RESPOSTAS:

Características positivas: (1) a apresentação do comportamento resulta na chance de ganhar prêmios; (2) o comportamento-alvo é objetivo e medido com frequência (entre 1-3 vezes por semana); (3) há uma recompensa crescente e com chances de ganhar bônus para apresentação consecutiva do comportamento-alvo.

Características negativas: A principal preocupação é que a recompensa é fornecida apenas uma vez por semana e, para alguns usuários, não é fornecida durante a sessão de grupo – o que significa que não é dada de forma imediata e contingente ao comportamento-alvo. Outro problema é que o número de chances de ganhar bônus é relativamente baixo para os usuários que comparecem às três sessões semanais do grupo. **O que ela poderia ter feito:** poderia ter arranjado uma recompensa em cada sessão de grupo (por exemplo, sortear nomes em todas as três sessões). Além disso, os usuários poderiam ganhar bônus crescentes com base no número de semanas seguidas em que participaram de todas as sessões agendadas (por exemplo, os bônus seriam dados às quartas-feiras para aqueles usuários que só completassem uma semana de comparecimento nesse dia, e assim por diante).

USO DE PREMIAÇÃO: ALGUMAS QUESTÕES GERAIS

capítulo

8

Tanto a modalidade individual para recompensar a abstinência quanto a modalidade de grupo para recompensar a adesão a grupos terapêuticos utilizam prêmios como recompensas. Por isso, este Capítulo descreve questões gerais relacionadas à premiação que devem ser consideradas em qualquer uma das modalidades que você estiver utilizando.

ARMÁRIO E ENTREGA DE PRÊMIOS

Entre os papéis que resultam em prêmios, a maioria (cerca de 40%) declara “prêmio pequeno”, uma proporção menor indica “grande” e uma indica “enorme”. Cada vez que o usuário pega um papel que resulta em um prêmio, ele escolhe entre várias opções que estejam dentro da categoria selecionada (pequeno, grande ou enorme).

As recompensas devem ser armazenadas em um armário com chave, que deve ser aberto quando os usuários estão presentes e fechado e trancado em todos os outros momentos. No caso da modalidade de grupo, os prêmios serão apresentados na própria sala em que a sessão é conduzida, mas como apenas uma parcela deles é levada para lá, os usuários dessa modalidade também terão bastante contato com o armário, e por isso a lógica aqui vale para os dois casos.

O armário de prêmios é uma parte muito importante da intervenção. Todos os usuários devem ver nele vários prêmios que desejam. Se não houver prêmios desejados no armário, ganhar prêmios não será recompensador para os usuários, e eles podem não querer continuar participando da intervenção. Portanto, **pergunte aos usuários a cada semana o que eles têm interesse em ganhar no armário.** Se eles disserem que não gostam de nenhum dos prêmios que você tem, pergunte sobre as preferências deles. Sempre que possível, consiga este item, mostre ao usuário, e incentive-o a agir de forma a ganhá-lo.

Reabasteça o armário pelo menos a cada duas semanas. Se outros serviços próximos também estão adotando o Manejo de Contingência, você pode trocar alguns itens com esses locais.

ITENS DE RECOMPENSA

A seguir, são fornecidas as diretrizes quanto ao conteúdo de cada categoria de recompensas. Cada uma deve ser armazenada em uma prateleira do armário, na medida do possível, ou pelo menos rotulada.

Prêmios Pequenos

(Valor Máximo de R\$ 3,00, Preço Médio de R\$ 2,00)

Os prêmios pequenos geralmente consistem em passagem de ônibus, itens alimentares (por exemplo, barra de chocolate, refrigerante), produtos de higiene pessoal (por exemplo, sabonete, pasta de dente), bijuterias etc. Frequentemente, você pode encontrar esses itens sendo vendidos em atacado por um preço menor, o que reduzirá ainda mais os custos do programa. No entanto, é importante que você primeiro descubra quais são os itens preferidos pelos usuários para comprar apenas esses em atacado e garantir que você não estará comprando prêmios que não serão valorizados por eles.



Prêmios Grandes

(Valor Máximo de R\$ 30,00, Preço Médio de R\$ 25,00)



Os prêmios grandes podem incluir roupas (por exemplo, camisetas), chinelos, acessórios (por exemplo, carteira, cinto, mochila), itens domésticos (por exemplo, pratos, talheres). Além disso, podem incluir vales-presente que possam ser trocados em lojas específicas.

Prêmios Enormes

(Valor Máximo de R\$ 150, Preço Médio de R\$ 100)

Os prêmios enormes podem incluir relógio, celular, aparelhos de som, e eletrodomésticos mais simples. Além disso, podem também incluir vales-presente que possam ser trocados em lojas específicas.



EXIBIÇÃO DE PRÊMIOS

Se nem todos os usuários do serviço estão participando do programa de Manejo de Contingência, **incentive os usuários que ganham recompensas maiores a pegar seus prêmios apenas ao final do dia para que outros usuários não fiquem chateados**. Depois que os usuários ganharem seu primeiro prêmio grande, você pode lembrá-los de que nem todos os usuários do serviço estão no programa. Normalmente, basta um simples lembrete para não exibir os prêmios para outros usuários.

RESERVA DE PRÊMIOS

Não recomendamos “reservar” prêmios para usuários, exceto em raras circunstâncias. Alguns usuários pedirão a você um item específico e pedirão que você guarde para eles até que consigam sortear um pedaço de papel com o prêmio na categoria desejada. Nestes casos, recomendamos que você compre o item solicitado, mas coloque-o no armário, para que outros usuários também tenham a oportunidade de ganhá-lo. O usuário que solicitou o item deve ser incentivado a continuar participando da intervenção e a apresentar o comportamento-alvo para que possa ganhá-lo (lembrando-o de que, caso outro usuário ganhe o item desejado primeiro, você comprará outro). Se esse usuário conseguir sortear um “prêmio enorme”, mas o item desejado foi levado por outra pessoa naquela mesma manhã, diga a ele que você vai comprar outro naquela tarde e irá entregá-lo na próxima sessão.

Você precisa manter algum nível de flexibilidade em termos de guardar itens, mas só faça isso em raras ocasiões. De qualquer forma, se o seu armário de prêmios estiver bem abastecido no início, você não irá encontrar muitas dificuldades para que os usuários possam escolher os itens desejados do estoque que já está disponível.

ACÚMULO DE SORTEIOS

Alguns usuários vão querer acumular as chances de sortear os papéis por uma semana e fazer tudo de uma vez, em vez de duas vezes por semana. Uma complicação disso é que te dará mais trabalho para organizar essas informações, mas demonstrar alguma flexibilidade pode ser positivo, desde que você se lembre de anotar todos esses detalhes. Geralmente, também permitimos que os usuários “negociem” os prêmios que ganharam. Por exemplo, se ganharem cinco prêmios de R\$ 3,00, eles podem trocá-los por um grande ou podem esperar até ganhar quatro grandes (ou dois grandes e dez pequenos) por um enorme. No entanto, você não deve permitir a negociação de prêmios já selecionados. A decisão de trocar deve ser feita antes de o usuário levar para casa qualquer um dos prêmios.

VALES-PRESENTE

Os vales-presente podem funcionar bem como recompensas. No entanto, não os compre em locais que vendem substâncias ou produtos relacionados. Você pode também acrescentar alguma declaração no vale-presente, como: “Não pode ser trocado por (substâncias e itens relacionados)”. Se você achar que os vales-presentes estão sendo usados de forma indevida, reconsidere a adoção desse tipo de recompensa.

ETIQUETAS DE PREÇO

Todas as etiquetas de preço devem ser retiradas dos produtos adquiridos após eles terem sido registrados em um inventário. Se você deixar as etiquetas de preços, os usuários podem selecionar apenas os itens mais caros e reclamar quando apenas os itens mais baratos estiverem disponíveis. Eles também podem devolver o item à loja e trocá-lo por itens proibidos, como cigarros. Para evitar esses problemas, é simplesmente mais fácil remover as etiquetas.

PREVENÇÃO DE TRAPAÇAS

Ocasionalmente, os usuários tentam burlar o procedimento de sorteio. Para prevenir as trapaças, você deve estar sempre vigilante ao realizar o procedimento. As seguintes diretrizes⁸ são sugeridas:

- 1) Permita apenas um usuário de cada vez na sala.**
- 2) Peça que o usuário remova roupas com mangas compridas e/ou enrole as mangas no braço que usará para sortear.**
- 3) Peça que o usuário vire as palmas das mãos em sua direção antes de sortear.**
- 4) Peça que o usuário coloque todos os pedaços de papel na mesa imediatamente após a retirada.**
- 5) Coloque os pedaços de papel selecionadas em uma caixa que você possa ver e controlar enquanto insere os resultados dos sorteios nos formulários de rastreamento.**
- 6) Devolva todos os papéis ao aquário depois que todos os procedimentos de rastreamento forem concluídos.**
- 7) Certifique-se de ter o número adequado de papéis.**

⁸ Traduzidas e adaptadas do Anexo 12.3 do livro Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice, de Petry (2011).

COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL AO APLICAR O MANEJO DE CONTINGÊNCIA

capítulo

9

Para garantir uma aplicação adequada da intervenção, você deve realizar: (1) todos os procedimentos programados para a sessão e (2) uma comunicação clara, empática e adequada aos objetivos do programa. Abaixo, **descrevemos todos os critérios a serem considerados ao avaliar a competência do profissional na aplicação do Manejo de Contingência.**

PARA RECOMPENSAR A ABSTINÊNCIA⁹

- Discutir os resultados do teste de urina
- Indicar o número de sorteios ganhos com a devida justificativa (por exemplo, “você vai sortear três vezes hoje porque apresentou uma amostra negativa para a cocaína pela terceira vez seguida”)
- Avisar sobre a data da próxima sessão e o número possível de sorteios
- Se informar sobre os prêmios desejados pelo usuário
- Expressar entusiasmo pela preferência do usuário por certos prêmios
- Discutir sobre o uso/desejo de usar substâncias (ou seja, avisar sobre os possíveis riscos envolvidos de voltar a usar a substância-alvo e incentivar que o usuário converse sobre esse assunto na sessão terapêutica)
- No caso de o usuário ter relatado o uso da substância, relacionar esse relato às consequências de amostras positivas
- Elogiar/incentivar os esforços do usuário relacionados à abstinência
- Comunicar confiança de que os esforços do usuário produzirão sucesso no futuro
- Demonstrar habilidades gerais (competência e comprometimento; intervenções feitas nos momentos apropriados)

⁹ Com base na Escala de Competência no Manejo de Contingência para Recompensar a Abstinência, desenvolvida por Ledgerwood e Petry (2010). Disponível em: https://health.uconn.edu/contingency-management/wp-content/uploads/sites/119/2017/04/CMCS_rating_manual_abstinence_2010_1.pdf

- Manter a estrutura da sessão (diretividade e duração apropriadas na sessão)
- Demonstrar empatia (sensibilidade, preocupação e uma postura sem julgamentos; validação dos sentimentos e preocupações dos usuários)

PARA RECOMPENSAR A ADESÃO A GRUPOS TERAPÊUTICOS:¹⁰

- Indicar o número de sorteios ganhos na sessão
- Avisar sobre a data da próxima sessão e o número possível de sorteios
- Se informar sobre os prêmios desejados pelo usuário
- Elogiar os esforços dos usuários para comparecer ao tratamento
- Vincular a participação no grupo aos sorteios ganhos
- Demonstrar habilidades gerais (competência e comprometimento; intervenções feitas nos momentos apropriados)
- Manter a estrutura da sessão (diretividade e duração apropriadas)
- Demonstrar empatia (sensibilidade, preocupação e uma postura sem julgamentos; validação dos sentimentos e preocupações dos usuários)

Agora que você está familiarizado com os critérios de avaliação de desempenho, é hora de treinar: **Avalie o desempenho do profissional ao aplicar o Manejo de Contingência para recompensar a abstinência em cada um dos três casos apresentados a seguir, além de comparar os casos entre si¹¹.**



Caso 1:

Terapeuta: Marcos, você está atrasado. Eu disse a você no começo que, se você não puder chegar aqui a tempo, precisa me ligar, caso contrário eu não vou lhe dar nenhum sorteio.

Marcos: Eu sei, mas tentei ao máximo chegar a tempo. Acabei de perder o ônibus de 12:15, então tive que pegar o próximo e meu celular descarregou. Eu não consegui te ligar.

¹⁰ Com base na Escala de Competência no Manejo de Contingência para Recompensar a Adesão a Grupos Terapêuticos, desenvolvida por Ledgerwood e Petry (2010). Disponível em: https://health.uconn.edu/contingency-management/wp-content/uploads/sites/119/2017/04/CMCS_rating_manual_for_attendance_2010_1.pdf

¹¹ Traduzidos e adaptados do livro Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice, de Petry (2011).

Marcos: Eu não uso há quase duas semanas! Faz muito tempo.

Terapeuta: Mas ainda não chegou onde deveria. Você ainda tem muito trabalho a fazer, como planejar melhor seus horários para não perder o ônibus.

Marcos: Quantos sorteios ganho a mais hoje?

Terapeuta: Já? Você passou alguns dias sem usar e acha que deveria ter mais sorteios? Você estava atrasado hoje, então o máximo que estou dando a você é um sorteio e, francamente, nem acho que você deva ganhar quando não puder chegar a tempo.

Marcos: Olha. Eu já expliquei isso. Você me disse no início deste programa que eu recebo sorteios desde que eu não tenha usado a droga.

Terapeuta: Não quero discutir com você. Vou deixar você sortear uma vez hoje. Aqui.

Marcos: “bom trabalho”. Poxa... eu nunca ganho nada.

Terapeuta: Talvez você deva gastar um pouco mais de tempo pensando no que é realmente importante, em vez de se concentrar nos sorteios. É melhor você ir para o grupo agora.

Caso 2:

Terapeuta: Oi, Maria. Como você está hoje?

Maria: Muito bem, eu acho.

Terapeuta: Ótimo. Seu teste deu novamente negativo hoje.

Maria: Sim. Eu não usei. Quantos sorteios eu recebo?

Terapeuta: Seis.

Maria: Seis? Ok, vamos lá. Consegui um pequeno, “bom trabalho”, “bom trabalho”, pequeno, pequeno e “bom trabalho”.

Terapeuta: O que você gostaria de ganhar hoje dentro da categoria de prêmios pequenos?

Maria: Acho que vou pegar mais cupons de lanche. Eu realmente não gosto de comer na rua, sabe. Mas tem uma lanchonete perto da minha casa, e eles começaram a vender saladas que não são ruins. É melhor que cozinhar. No entanto, eles custam R\$10, então acho que ainda não tenho cupons suficientes.

Terapeuta: Mas você terá mais chances de ganhar sorteios na próxima sessão.

Maria: Isso é verdade. Espero conseguir um médio ou grande.

Terapeuta: Sim, um dia desses você provavelmente conseguirá. Você queria a TV, certo?

Maria: A TV seria ótima. Você ainda tem?

Terapeuta: Sim, ainda está disponível, além de outras coisas. Vamos falar um pouco sobre os últimos dias. Você não usou cocaína, certo? Alguma tentação?

Maria: Não, já faz um tempo.

Terapeuta: Ok. Você está fazendo um bom trabalho neste programa.

Maria: Sim, está funcionando para mim desta vez, mas está quase na hora do grupo. Eu preciso ir.

Terapeuta: Sim, você tem cerca de cinco minutos. Vejo você na próxima semana.

Maria: Obrigado, tchau.

Caso 3:

Terapeuta: João, como você pode ver aqui, sua amostra foi negativa para a cocaína. Muito bom! São três semanas inteiras abstinente. É algo do qual você deve se orgulhar.

João: Sim, estou muito feliz. Este é o tempo mais longo que consegui ficar abstinente em anos.

Terapeuta: Essa é uma grande conquista. Eu sabia que você conseguiria! Desde a última vez que te vi, você já teve vontade de usar cocaína ou outras substâncias? Eu sei que o álcool, muitas vezes, foi um gatilho para você.

João: Encontrei um velho amigo meu na quarta-feira. Ele queria ir para um bar, mas eu disse que estava ocupado.

Terapeuta: É ótimo ouvir isso. Ser capaz de dizer não a um velho amigo pode exigir muita coragem e autocontrole. Saber que ir ao bar provavelmente te levaria a beber, o que por sua vez poderia fazer você querer usar cocaína, faz parte do processo de recuperação.

João: Sim, eu sabia que não queria acabar usando.

Terapeuta: Parece que você tem conseguido definir suas prioridades. Acho que vale a pena você comentar sobre isso no grupo de hoje, pois acho que seus colegas podem aprender com essa sua experiência. Como você foi capaz de dizer não, e o teste foi novamente negativo para cocaína, você tem seis sorteios. E isso significa que na próxima terça-feira, você ganhará sete se o teste for novamente negativo para cocaína. E agora, vamos fazer seus seis sorteios.

João: Ótimo. Seis sorteios me dá uma boa chance de ganhar um grande prêmio como eu fiz na semana passada.

Terapeuta: Isso - boa sorte!

João: Ok, minhas mangas estão levantadas. Aqui eu consegui um prêmio pequeno. Aqui dois outros “bom trabalho”, outro “bom trabalho”, vamos lá! Um “prêmio grande”! E um “bom trabalho”.

Terapeuta: Isso é ótimo! Você conseguiu um prêmio grande como da última vez. Deixa eu te mostrar o que tenho no armário hoje. Se bem me lembro, você estava na dúvida entre alguns prêmios na última vez, não foi?

João: Sim. Peguei a caixa de som da última vez, mas também queria muito esse celular. Excelente. Aqui está. Eu vou levar isso.

Terapeuta: Boa escolha. Agora, e quanto ao seu prêmio pequeno?

João: Bem, os pequenos não são realmente bons, você sabe. Eu realmente não me importo muito com essas coisas. São os grandes que eu gosto. Mas, eu vou pegar o vale transporte hoje.

Terapeuta: Bom, aqui está. E para a próxima vez... você vê mais alguma coisa que gostaria de ganhar? Ou algo que não está no armário, mas que você gostaria? Vou anotar suas sugestões e faremos o possível para obter esses itens. Estamos sempre aceitando sugestões.

João: Bem, se eu sortear outro grande, definitivamente levarei esse cartão de presente. Depois disso, também quero algumas ferramentas, porque vendi as minhas para comprar substâncias.

Terapeuta: Sim, eu consigo essas coisas. Parecem bons prêmios. E quanto aos pequenos? Existe algo que lhe interessa além do vale transporte?

João: Na verdade, não. Quero dizer, os vales são bons, porque eu sempre posso usá-los, mas eles não são muito legais. E também não servem para ficar por perto como lembrete sobre como permanecer sem usar.

Terapeuta: É um bom argumento esse sobre os lembretes. Os prêmios te ajudam a lembrar do seu trabalho árduo para se manter motivado a não usar a substância?

João: Sim, eu mantenho todas as coisas que ganho no meu apartamento. Às vezes, quando penso em usar, olho para elas e lembro que não teria conseguido se tivesse usado.

Terapeuta: É uma coisa importante a ter em mente se você estiver tentado a usar. Uma amostra positiva não resultará em sorteios nesse dia e fará com que o número de sorteio retorne para um na próxima vez que você apresentar o teste negativo.

João: Sim, eu lembro dessa parte.

Terapeuta: Bom. Vamos voltar a esses pequenos prêmios então. Há algo que você possa pensar que seja pequeno e que possa servir como um bom lembrete para você?

João: Não consigo pensar em nada. Você não pode comprar muito com cinco reais.

Terapeuta: Isso é verdade, mas talvez se pensarmos um pouco... Você disse que vendeu todas as suas ferramentas. Que tal se eu pegasse coisas como pregos ou parafusos de tamanhos diferentes?

João: Sim! Isso seria bom. Gostaria disso.

Terapeuta: Vou adicionar na minha lista de sugestões e acho que consigo quando for às compras na próxima semana.

João: Perfeito.

Terapeuta: Ótimo. Estou feliz por termos pensado em alguns prêmios pequenos que você vai gostar. Também tenho muito orgulho de seus esforços em se manter abstinente da cocaína e do álcool. Continue fazendo um bom trabalho e tenho certeza de que continuará tendo sucesso! Vejo você na terça-feira.

Sua resposta:



RESPOSTAS

No Caso 1, o terapeuta repreendeu o usuário, mesmo ele tendo comparecido à sessão. O terapeuta também não conseguiu implantar corretamente o procedimento de Manejo de Contingência e diminuiu o número de sorteios de Marcos de forma arbitrária por causa do atraso. Não houve discussão sobre a possível recompensa na próxima sessão; nem se falou em uso/desejo de usar outras substâncias. O terapeuta não mencionou a substância na qual o sistema de recompensa se baseava. O terapeuta não mostrou os prêmios disponíveis no armário nem solicitou sugestões sobre os prêmios desejados. Além disso, o terapeuta era condescendente e punitivo e não reconheceu mudanças positivas que o usuário estava apresentando. Finalmente, o terapeuta deixou de indicar o dia e a hora da próxima sessão de Manejo de Contingência.

No Caso 2, o terapeuta, embora tenha sido geralmente adequado e um tanto encorajador, não vinculou os sorteios ganhos explicitamente à substância testada. Em vez disso, o terapeuta simplesmente declarou que o teste de Maria era negativo. Embora os sorteios ganhos tenham sido declarados, não houve conexão entre o número de sorteios ganhos e o comportamento recompensado. O terapeuta declarou que Maria teria a oportunidade de ganhar sorteios na sessão seguinte, mas não disse o número de sorteios ou vinculou explicitamente o comportamento necessário para a recompensa. O terapeuta apenas discutiu brevemente o desejo de Maria por outros prêmios e não perguntou sobre nenhum grande prêmio que ela desejasse. Foi feita uma breve menção ao uso de substâncias e tentações de uso, mas o terapeuta presumiu que a usuária não havia usado a substância alvo e não perguntou sobre o possível uso de outras substâncias. Comparado com o Caso 3, a usuária nesse cenário estaria muito menos disposta a relatar situações de alto risco que possam ter surgido. Finalmente, o dia da próxima sessão da Manejo de Contingência não foi dito explicitamente.

O terapeuta do Caso 3 fez um excelente trabalho em relacionar os resultados dos testes de urina do usuário ao número de sorteios, tanto para essa sessão quanto para a próxima. A conversa foi clara, sucinta e direta, e ao mesmo tempo, atenciosa e entusiasmada. O terapeuta perguntou sobre o desejo de usar e elogiou o usuário por sua capacidade de resistir a uma oportunidade de beber, o que, por sua vez, poderia levar ao uso da substância alvo. Ao mesmo tempo, o terapeuta orientou adequadamente o usuário para uma discussão mais aprofundada sobre esse episódio na sessão terapêutica em grupo, uma vez que as sessões de Manejo de Contingência devem ser breves. O terapeuta ficou entusiasmado e proativo com relação à seleção de prêmios e perguntou sobre os prêmios desejados para o futuro.

SELEÇÃO, TREINO E SUPERVISÃO DE PROFISSIONAIS EM MANEJO DE CONTINGÊNCIA

capítulo
10

SELEÇÃO DE PROFISSIONAIS

O Manejo de Contingência, devido à necessidade de procedimentos consistentes, específicos e simples, provavelmente pode ser administrado por qualquer pessoa, desde que tenha sido treinada sobre princípios comportamentais gerais e técnicas específicas.

SUPERVISÃO DE PROFISSIONAIS

A supervisão garante a implantação do programa de acordo com diretrizes específicas e facilita a consistência da qualidade da intervenção. Antes de iniciar a nova intervenção, documentos específicos e formulários de monitoramento devem ser criados para monitorar a implantação do protocolo da intervenção (conferir Anexos I, II e III).

Em programas de Manejo de Contingência, os profissionais inicialmente se reúnem semanalmente como um grupo com o coordenador ou supervisor do programa. Esta reunião trata de questões administrativas (por exemplo, triagem de amostra de urina, manejo de prêmios, auditoria de prêmios no armário de prêmios) e questões da própria intervenção (por exemplo, discussão de situações incomuns ou difíceis). Também oferece a oportunidade de avaliar se os profissionais estão aplicando o programa conforme especificado no Manual e de discutir casos ou preocupações incomuns.

Dependendo do desempenho dos profissionais, reuniões individuais podem ser necessárias para tratar de problemas pontuais na aplicação da intervenção. Em abordagens mais sofisticadas, as interações do profissional com os usuários podem ser gravadas em áudio e revisadas para adesão e competência pelo supervisor. Essas fitas podem servir como indicadores objetivos de integridade da intervenção.



Lembre-se de que uma das características centrais de intervenções comportamentais é monitorar e recompensar os comportamentos-alvo com frequência. **Consistência é a chave para a implantação apropriada dessas técnicas.** As técnicas aplicadas aos usuários também devem ser consideradas no treinamento e monitoramento dos comportamentos dos profissionais na aplicação dos tratamentos. Portanto, deve-se ter cuidado ao revisar os formulários de rastreamento regularmente com os profissionais. Quaisquer erros observados devem ser tratados e corrigidos imediatamente. Assim como acontece com os usuários, os profissionais podem administrar melhor os tratamentos quando recebem recompensas frequentes por um trabalho bem executado.

ALGUNS LEMBRETES:

Consulte este Manual para obter dicas depois de encontrar situações difíceis com os usuários ou se a intervenção que você planejou não parece estar funcionando. Embora você possa ter que "agir imediatamente" quando estiver com o usuário, você pode ser capaz de pensar em novas maneiras de lidar com situações difíceis semelhantes no futuro, revisando este Manual e discutindo a interação com o seu supervisor ou outro profissional que também esteja aplicando o Manejo de Contingência.

Ao implantar o programa, **realizar um piloto** geralmente é uma boa ideia. Ou seja, você deve pensar nele o mais cuidadosamente possível em termos do que está tentando alcançar, mas depois tentar em pequena escala, antes de avançar com força total com um programa de grande escala ou para todo o serviço. Se algo não funcionar inicialmente, tente reexaminar alguns elementos (por exemplo, o cronograma de monitoramento ou o tipo ou quantidade de recompensas que está sendo oferecida) e considere se outras opções podem funcionar melhor.

É especialmente importante ter certeza de que o procedimento está sendo aplicado de forma consistente ou se há algo que está sabotando o programa. Muitas vezes, você pode aprender com os erros no desenvolvimento ou implantação das técnicas. Mantenha registros escritos do que funciona e do que não funciona e compartilhe ideias entre a equipe e os usuários.



Se a intervenção não estiver funcionando após várias semanas, é provável que haja algo de errado. Nesse caso, você deve fazer uma avaliação da implantação do programa e, de preferência, revisar os procedimentos com um supervisor. Embora pareça ser uma boa ideia fazer alterações no programa após perceber que os resultados não estão sendo tão satisfatórios, no geral é melhor mantê-lo sem alterações até o fim. Isso é importante porque você deve olhar para o seu programa como um contrato entre você e os usuários. Dessa forma, você não deverá quebrar esse contrato, pois isso poderá prejudicar a confiança que os próximos usuários terão em você.

Caso a intervenção não tenha obtido bons resultados, você ainda terá vários prêmios que sobraram. Nesse caso, você deve planejar alterações com base em uma revisão deste Manual e através de uma conversa com o supervisor e implantá-lo novamente.

PALAVRAS FINAIS:

O processo de desenvolvimento e implantação do Manejo de Contingência pode ser desafiador e divertido e pode ser usado para desenvolver o espírito de equipe no serviço. Além disso, um programa de sucesso que melhora os resultados pode ser muito gratificante para a equipe e usuários. Mais importante ainda, **esses procedimentos podem alterar a cultura do tratamento do uso de substâncias, mudando o foco do profissional na punição de comportamentos indesejáveis e em direção ao reconhecimento e celebração das conquistas alcançadas pelos usuários durante a intervenção.**

ANEXO I

Formulário de Monitoramento e Entrega de Recompensas para Abstinência¹²

Usuário (a): _____

Data da sessão agendada: _____

Data da sessão reagendada (se aplicável): _____

Número da sessão: _____

Nome do profissional: _____

Veio para a sessão () Sim () Não

Motivo de não ter vindo (se aplicável):

Fez o teste de urina? () Sim () Não

Motivo de não ter feito (se aplicável):

➤ ***Converse com o usuário sobre o resultado, e sobre o desejo de usar outras substâncias***

¹² Traduzido e adaptado do Anexo 15.1 do livro *Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*, de Petry (2011).

Número de sorteios (0-8): _____ sorteios

Resultados dos sorteios:

“Bom trabalho”: _____

Pequeno: _____

Grande: _____

Enorme: _____

Total: _____

Assinou o formulário de retirada do prêmio?

- ***Lembre-se de perguntar sobre quais prêmios ele gostaria de ver no armário nas próximas vezes.***

Data da próxima sessão: _____

Número de sorteios (se o teste for negativo): _____

ANEXO III

Formulário de Liberação de Prêmios¹⁴

Categoria do Prêmio	Item Específico	Data de Recebimento	Iniciais do Usuário	Iniciais do Profissional	Assinatura do Usuário	Checagem do Supervisor	Problemas?

¹⁴ Traduzido e adaptado da Tabela 12.3 do livro *Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*, de Petry (2011).

ANEXO IV

Preocupações Comuns em Relação ao Manejo de Contingência¹⁵

1. Não é antiético pagar uma pessoa para fazer algo que ela já deveria fazer de qualquer forma?

Na área da saúde, o termo “antiético” raramente (ou mesmo nunca) é usado para falar de intervenções eficazes e seguras. Assim, não está claro por que uma intervenção eficaz – e que não traz prejuízos – deveria ser considerada inadequada.

2. O uso das substâncias que não forem alvo da intervenção não aumentará?

Nenhum estudo de Manejo de Contingência relatou aumentos no uso de outras substâncias durante a aplicação do programa. Além disso, embora o uso dessas outras substâncias possa persistir, isso raramente acontece. Na verdade, é comum que o uso diminua a partir do momento que o usuário começar a emitir o comportamento-alvo da intervenção (ficar abstinente da substância-alvo ou participar dos grupos).



PARA SABER MAIS:

Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Increased drinking in a trial of treatments for marijuana dependence: Substance substitution? *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 168–171.

3. Os usuários não vão simplesmente vender os prêmios e comprar substâncias?

No caso de você estar recompensando a própria abstinência da substância, se isso acontecesse, eles apresentariam uma amostra positiva na próxima sessão e não receberiam prêmios. Isso significa que eles não iriam

¹⁵ Traduzido e adaptado do Anexo 12.5 do livro *Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*, de Petry (2011).

conseguir atingir uma chance razoável de ganhar prêmios de alta magnitude que poderiam ser trocados por substâncias. Dessa forma, isso é bem incomum de acontecer.

No caso de você estar recompensando a participação em grupos, também é baixa a chance de que o usuário venha para o grupo após ter usado recentemente. E, mesmo se isso acontecer, você perceberá com facilidade e poderá tomar as providências necessárias. De toda forma, é bastante raro esse tipo de situação nas aplicações do programa feitas até o momento.

4. Outras pessoas não recebem prêmios por não usar a substância. Por que então eles deveriam?

Embora alguns usuários que fazem uso problemático da substância consigam diminuir/parar o uso, muitos não conseguem. O Manejo de Contingência é um programa eficaz para lidar com essas situações e fará com que mais usuários tenham bons resultados – que é o objetivo principal de qualquer serviço de cuidado.

5. O uso de recompensas não irá reduzir a motivação interna do usuário para a mudança no comportamento?

As recompensas promovem a mudança inicial no comportamento. Após isso, o próprio comportamento em si pode se tornar recompensador. No geral, os usuários relatam que começam a vir para os grupos (ou ficar abstinente) por conta dos prêmios, mas que, após um tempo, os prêmios deixam de ser necessários para que eles continuem apresentando o comportamento-alvo.

6. O que acontece após o término do Manejo de Contingência?

Muitos profissionais ficam preocupados com a possibilidade de que, com o fim do programa, os usuários irão abandonar o serviço ou terão recaídas – mas isso geralmente não acontece. Quanto mais tempo o usuário tiver conseguido emitir o comportamento-alvo de forma consecutiva, maior a chance de que ele

continue emitindo após o fim do programa. Além disso, uma forma de diminuir a chance de isso acontecer, é convidando os ex-usuários do programa para participar como monitores das novas aplicações do Manejo de Contingência com outros usuários.