

## AS ESTRATÉGIAS DE COPING PARA O MANEJO DA FISSURA DE DEPENDENTES DE CRACK

## COPING STRATEGIES FOR CRAVING MANAGEMENT IN CRACK DEPENDENTS

Renata Brasil Araujo, Marcel Pansard, Betina Uhry Boeira, Neusa Sica Rocha

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as estratégias de *coping* para o manejo da fissura em dependentes de crack internados para desintoxicação.

**Método:** Estudo transversal com amostra composta por 35 sujeitos dependentes de crack pela CID-10, do sexo masculino, internados para desintoxicação em uma unidade especializada em Dependência Química. Todos faziam uso de crack há mais de 6 meses. Os pacientes podiam preencher critérios de dependência ou abuso de outras substâncias psicoativas, mas o crack deveria ser a droga de uso principal.

**Resultados:** Foram encontradas correlações positivas de intensidade moderada entre a motivação para a interrupção do uso do crack e as estratégias Resolução de Problemas e Fuga-Esquiva e correlações também positivas, mas de fraca intensidade com as estratégias Autocontrole e Reavaliação Positiva

**Conclusão:** O estudo demonstrou haver relação entre o uso de algumas estratégias de coping e: a motivação para parar de usar crack, o tempo de internação e o tempo de abstinência desta substância.

**Palavras Chave:** *Coping; crack; fissura*

## ABSTRACT

**Aim:** To analyze coping strategies for the management of craving among crack users that were hospitalized for detoxification.

**Method:** Cross-sectional study with a sample of 35 crack users, according to CID-10, interned for detoxification in a special unit for Drug Dependence. All were crack users for over 6 months. Patients might fulfill criteria for dependence or abuse of other psychoactive substances but crack should be the main drug used.

**Results:** Positive correlations of a moderate strength were detected between the motivation for stopping crack use and strategies such as Problem Solution and Escape-Avoidance; also low-strength positive correlations were found for strategies such as Self Control and Positive Reevaluation.

**Conclusion:** The study showed a relation between the application of some coping strategies and motivation to stop crack consumption, hospital stay and abstinence duration.

**Keywords:** *Coping; crack; craving*

*Rev HCPA 2010;30(1):36-42*

O uso de crack tornou-se um problema de saúde pública. Os efeitos nocivos da substância no organismo, o aumento da criminalidade (1,2) e os custos com tratamento, tanto ambulatorial como hospitalar (3), são exemplos de prejuízos que a droga causa para os dependentes e para os órgãos de saúde mental. Sabe-se que a violência está presente em porcentagem significativa da população de usuários, uma vez que a fissura ocasionada pela droga é tão intensa que os pacientes podem apresentar condutas anti-sociais para a obtenção da droga (furto, roubo, assassinatos, prostituição) (1,2).

Estima-se que a cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial (4) e que a maior parte dos usuários – cerca de 70 % - concentra-se nas Américas (5). Entre as maiores cidades do Brasil, o uso na vida de cocaína atinge 2.9% da população geral e o de crack, 0,7%, constituindo-se na terceira substância ilícita mais utilizada, atrás dos solventes (6,1%) e da maconha (8,8%) (5). Deve-se salientar que esses dados referem-se a uso na vida e não a um uso regular ou dependência. O maior uso de crack ocorre entre jovens, predomi-

nantemente do sexo masculino e de baixa renda (6).

A quase instantânea euforia desencadeada pelo uso de crack reforça e motiva, para a maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo (7). Deve-se lembrar que quanto mais rápido o início da ação de uma substância psicoativa, maior a sua intensidade e menor a sua duração, maior será a chance de o indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência (8). Os sintomas de abstinência do crack causam um uso mais intenso quando comparado a outras drogas (9,10). A anedonia proeminente da abstinência inicial de crack/cocaína facilita os usuários a terem recaídas (9).

A decisão pela interrupção do consumo do crack/cocaína, apesar do conhecimento dos malefícios oriundos deste uso, não é um processo fácil, sendo, influenciado pelo craving/fissura e por outros vários fatores, como estado emocional, dificuldade de seguir um tratamento ambulatorial pos-internação, estímulos ambientais, traços narcisistas e negação (11).

Deve-se ressaltar que os estudos referentes ao uso do crack ainda são escassos e, por isso, seus achados são duvidosos, sendo necessários mais estudos longitudinais para uma melhor compreensão deste fenômeno.

As habilidades desenvolvidas para o domínio e adaptação das situações de estresse são denominadas de *coping*. Autores como Lazarus e Folkman (1984), preferem falar de estratégias ou processos de *coping*, em vez de respostas de *coping* (12). O *coping* é, portanto, uma resposta ao estresse (comportamental ou cognitiva) com a finalidade de reduzir as suas qualidades aversivas. A tendência a escolher uma determinada estratégia de *coping* depende do repertório individual (muitas estratégias podem ser úteis para uma mesma situação) e de experiências tipicamente reforçadas. Estudos mostram que pacientes dependentes de cocaína tem dificuldade de entender e reconhecer as próprias emoções quando comparados a controles (13), o que pode dificultar o processo de treinamento das habilidades de *coping*.

Pesquisas têm demonstrado que estratégias de enfrentamento adequadas podem prevenir a recaída do uso de drogas. O treinamento em estratégias de enfrentamento parece ser promissor para pessoas adictas (14). O indivíduo que encara um lapso como uma experiência de aprendizagem (Reavaliação Positiva) tem maior probabilidade de experimentar estratégias de enfrentamento alternativas no futuro, o que pode conduzir a respostas mais eficazes em situações de alto risco (15). Pacientes que receberam treinamento de habilidades mostraram uma diminuição da quantidade de cocaína consumida em um seguimento de 3 meses, comparado aos controles (16).

Araújo et al. realizaram estudo que avaliou as principais estratégias de coping utilizadas em pacientes ambulatoriais usuários de tabaco. As estratégias mais utilizadas em ordem decrescente foram: Aceitação de responsabilidade, Autocontrole e Distanciamento (17).

O craving mais intenso pode levar o dependente a utilizar estratégias de confrontamento que são pouco eficientes na contenção das emoções e no enfrentamento de situações de risco de recaída. Segundo a autora, no tratamento de tabagistas é preciso psicoeducar os pacientes para os riscos da utilização deste tipo de estratégia e ajudar para que usem outros tipos (17). Cabe destacar que o tabaco, assim como o crack, tem alto potencial para causar dependência; sendo utilizado pela mesma via (fumada), tem um rápido pico de ação, que leva a inferir quanto à existência de semelhanças também quanto às estratégias de coping utilizadas por seus usuários para o manejo da fissura.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar as estratégias de *coping* para o manejo da fissu-

ra em dependentes de crack internados para desintoxicação.

## MÉTODO

### **Delineamento**

Este foi um estudo transversal.

### **Participantes**

A amostra foi composta por 35 sujeitos dependentes de crack pela CID-10 (OMS, 1993), do sexo masculino, internados para desintoxicação em uma unidade especializada em Dependência Química de Porto Alegre. Todos faziam uso de crack há mais de 6 meses. Os pacientes podiam preencher critérios de dependência ou abuso de outras substâncias psicoativas, mas o crack deveria ser a droga de uso principal.

Os critérios de exclusão eram apresentar sintomas psicóticos, ter Retardo Mental ou déficit cognitivo que prejudicasse o desempenho nas escalas, não ter a 4ª série do Ensino Fundamental completa e estar a menos de 24 horas em abstinência do crack. Foram avaliados diferentes períodos em abstinência do crack para que a variável "tempo desde o último uso" desta substância fosse correlacionada com as estratégias de coping.

Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2009, sendo pesquisados todos os pacientes que internaram neste período. A partir de cálculo amostral, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de 32 sujeitos que foi ampliado para 35 pelo período de tempo que se dispunha para a realização da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada por três Residentes de Psiquiatria treinados para a aplicação dos instrumentos pela autora principal desse artigo e as entrevistas duravam, em média, 40 minutos.

### **Instrumentos**

Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Ficha com dados demográficos e referentes ao uso de substâncias psicoativas; 2) Escala Analógico-Visual a respeito da motivação para parar de usar crack (escala de 0 – não tenho nenhuma motivação - a 10 – tenho muita motivação para parar de usar crack); 3) Inventário de Estratégias de Coping de Folkmann e Lazarus (1985), validada no Brasil por Savoya (18). Ela não é específica para o manejo da fissura e sim, pode ser utilizada para avaliar as estratégias de enfrentamento quanto a qualquer situação. No caso deste estudo, o enunciado dizia para levar em conta o que você o indivíduo "fez em situações nas quais sentiu fissura pelo crack e não podia (ou não queria) fumar". Existem 66 frases com estratégias de coping para as quais deve-se marcar a frequência com que elas são utili-

zadas (0= não usei esta estratégia; 1= usei um pouco; 2= usei bastante e 3= usei em grande quantidade). Esta escala avalia 8 diferentes fatores: **Fator 1 – Confronto** (o indivíduo acredita que tem que enfrentar a fissura, sem se afastar das situações de risco); **Fator 2 – Afastamento** (há um afastamento dos possíveis ativadores da fissura no momento em que ela ocorre); **Fator 3 – Autocontrole** (há uma crença de que deve, simplesmente, haver um auto-controle para que a fissura passe); **Fator 4 - Suporte Social** (estratégias pelas quais se busca um auxílio externo, como amigos ou familiares); **Fator 5 - Aceitação de Responsabilidade** (se pensa que a fissura é uma decorrência de suas ações relativas ao uso do crack e se aceita sua existência); **Fator 6 - Fuga-Esquiva** (há uma evitação de possíveis situações de risco de fissura); **Fator 7 - Resolução de Problemas** (tentativa de usar técnicas para manejar a fissura) e **Fator 8 - Reavaliação Positiva** (cujas estratégias procuram avaliar o que tem de positivo na fissura que o sujeito está sentindo naquele momento).

### Procedimentos

**Aspectos Éticos** - Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Psiquiátrico São Pedro e todos os participantes antes de preencherem os instrumentos, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Coleta de Dados** - Os participantes que preenchiam os critérios de inclusão eram convidados para participar da pesquisa e eram encaminhados, individualmente, para uma sala onde eram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: Ficha com dados demográficos e referentes ao uso de substâncias psicoativas, Escala Analógico-Visual a respeito da motivação para parar de usar crack e Inventário de Estratégias de Coping de Folkmann e Lazarus (1985).

**Análise de Dados** - As informações coletadas foram organizadas no "Programa Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versão 12.0. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos Descritivos e de Freqüências. Foi utilizado o Teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar se as variáveis tinham uma distribuição Normal. A análise inferencial empregou os testes: Kruskal-Wallis e Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. O nível de significância utilizado foi o de 5 %.

## RESULTADOS

### Características da Amostra

Quanto à idade, os pacientes tinham uma média de 25,80±6,50 anos (mínimo-máximo: 18-45), eles estudaram em média 6,83±1,95 anos (4-11). Outros dados sócio-demográficos e relativos ao diagnóstico de dependência química são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Dados Sócio-Demográficos e relativos ao diagnóstico de dependência química (N=35).

Variáveis	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiros	23	65,7%
Casados	9	25,7%
Separados	2	5,7%
<b>Classificação Sócio-Econômica (IBGE)</b>		
Classe B1	2	5,7%
Classe B2	5	14,3%
Classe C1	10	28,6%
Classe C2	10	28,6%
Classe D	3	8,6%
Classe E	3	8,6%
<b>Diagnóstico de Dependência</b>		
Álcool	17	48,6%
Tabaco	29	82,9%
Maconha	30	85,7%
Crack (Cocaína)	35	100%

Na Tabela 2, podem ser observados os dados relacionados ao consumo de substâncias psicoativas e motivação para a abstinência do crack (N=35).

As médias de pontos referentes às Estratégias de Coping foram: 11,29±4,69 (3-21) para a estratégia de Confronto (usa em grande parte das vezes), 9,47±3,10 (0-15) para Afastamento (usa algumas vezes), 6,00 ±2,94 (2-13) para Auto-Controle (usa algumas vezes), 7,69±5,38 (0-17) para Suporte Social (usa algumas vezes), 10,83±4,70 (3-21) para Aceitação de Responsabilidade (usa em grande parte das vezes), 3,49±1,65 (0-6) para Fuga e Esquiva (usa algumas vezes), 4,67±2,79 (0-10) para Resolução de Problemas (usa algumas vezes) e 11,65±2,34 (1-25) para Reavaliação Positiva (usa algumas vezes).

Na Tabela 3, são apresentadas as Estratégias de Coping utilizadas para lidar com o craving pelo crack na amostra pesquisada (N=35).

Não foram encontradas, segundo o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson nenhuma correlação entre quaisquer das estratégias de coping e: idade; escolaridade (em anos de estudo); idade de início do uso de álcool, tabaco, maconha, cocaína inalada e crack; último uso de álcool, nicotina, maconha e cocaína inalada; quantidade utilizada de álcool, maconha, cocaína inalada e crack; número de interações anteriores; número de tentativas anteriores de parar de usar crack; tempo desde a primeira tentativa de parar de usar crack e tempo máximo em abstinência (P>0,05).

Segundo o Teste Kruskal-Wallis, não foram encontradas associações entre a Classe Sócio-Econômica e estratégias de coping (P>0,05) e entre o estado civil e estratégias de coping (P>0,05).

**Tabela 2** – Dados relacionados ao consumo de substâncias psicoativas e motivação para a abstinência do crack.

Variáveis	Média	DP	Mín	Máx
<b>Idade de início do uso</b>				
Álcool	13,94	2,24	8	19
Tabaco	13,62	2,51	8	18
Maconha	14,73	3,88	10	32
Cocaina inalada	16,84	4,17	12	35
Crack	21,26	7,01	14	43
<b>Último consumo de substâncias (em dias)</b>				
Álcool	80,55	119,36	2	366
Tabaco	10,03	11,98	1	54
Maconha	144,34	150,83	1	366
Cocaina inalada	316,14	234,90	11	1095
Crack	14,76	21,39	1	120
<b>Quantidade utilizada de substâncias psicoativas por semana (último mês)</b>				
Álcool (em Unidades Internacionais –UI)	35,89	57,77	0	267
Tabaco (em cigarros)	116,30	102,74	7	320
Maconha (em cigarros)	14,07	17,48	1	60
Cocaina inalada (em gramas)	1,00	0,00	1	1
Crack (em gramas)	16,65	18,93	2	70
<b>Tempo de hospitalização (dias)</b>	8,00	9,91	1	52
<b>Número de internações anteriores</b>	2,94	3,15	1	19
<b>Número de tentativas anteriores de interromper o uso de crack</b>	3,41	2,78	0	15
<b>Tempo desde a primeira tentativa de interromper o uso de crack (dias)</b>	237,22	155,94	0	366
<b>Tempo máximo em abstinência do crack (dias)</b>	201,34	326,96	7	1825
<b>Motivação para interromper o uso de crack (Escala Analógica-Visual)</b>	8,70	1,90	3	10

DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo

**Tabela 3** - Estratégias de Coping utilizadas para lidar com o craving pelo crack na amostra pesquisada.

Estratégias	N	%
<b>Confronto</b>		
Não utiliza ou usa pouco	1	2,9
Usa algumas vezes	13	37,1
Usa em grande parte das vezes	11	31,4
Usa quase sempre	8	22,9
<b>Afastamento</b>		
Não utiliza ou usa pouco	3	8,6
Usa algumas vezes	19	54,3
Usa em grande parte das vezes	12	34,3
Usa quase sempre	0	0
<b>Auto-Controle</b>		
Não utiliza ou usa pouco	7	20
Usa algumas vezes	19	54,3
Usa em grande partedas vezes	6	17,1
Usa quase sempre	2	5,7
<b>Suporte Social</b>		
Não utiliza ou usa pouco	12	34,3
Usa algumas vezes	11	31,4
Usa em grande parte das vezes	6	17,1
Usa quase sempre	6	17,1
<b>Aceitação de Responsabilidade</b>		
Não utiliza ou usa pouco	6	17,1
Usa algumas vezes	9	25,7
Usa em grande parte das vezes	15	42,9
Usa quase sempre	5	14,3
<b>Fuga e Esquiva</b>		
Não utiliza ou usa pouco	5	14,3
Usa algumas vezes	14	40
Usa em grande parte das vezes	12	34,3
Usa quase sempre	4	11,4
<b>Resolução de Problemas</b>		
Não utiliza ou usa pouco	12	34,3
Usa algumas vezes	13	37,1
Usa em grande parte das vezes	7	20
Usa quase sempre	1	2,9
Missing	2	5,7
<b>Reavaliação Positiva</b>		
Não utiliza ou usa pouco	7	20
Usa algumas vezes	16	45,7
Usa em grande parte das vezes	6	17,1
Usa quase sempre	5	14,3

As correlações encontradas, de acordo com o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson, entre as Estratégias de Coping e a motivação para interromper o uso de crack e outros fatores podem ser analisadas na Tabela 4.

**Tabela 4** – Correlações entre as Estratégias de Coping e a motivação para interromper o uso de crack e outros fatores.

Estratégias de Coping	Tempo Hospitalização	Último uso de crack	Quantidade de nicotina consumida por semana	Motivação para interromper o uso de crack
Confronto	,108	,203	,225	,112
Afastamento	,280	,151	,278	-,023
Auto-Controle	,072	,353(*)	,059	,356(*)
Suporte Social	,185	,260	,110	,282
Aceitação de Responsabilidade	,169	,317	,245	,287
Fuga e Esquiva	,361(*)	,364(*)	,437(*)	,422(*)
Resolução de Problemas	,416(*)	,487(**)	,150	,457(**)
Reavaliação Positiva	,221	,375(*)	,164	,348(*)

P<0,05 \*\* P<0,001.

## DISCUSSÃO

Se somarmos as porcentagens de pacientes que utilizam em grande parte das vezes e quase sempre as estratégias de enfrentamento: 54,3% utilizaram as estratégias de Confronto, 34,3% de Afastamento, 22,8% de Autocontrole, 34,2% de Suporte Social, 57,2% de Aceitação de Responsabilidade, 45,7% de Fuga-Esquiva, 22,9% de Resolução de Problemas e 31,4% de Reavaliação Positiva, pode-se observar que as estratégias mais utilizadas foram, em ordem decrescente a Aceitação de Responsabilidade, o Confronto e a Fuga-Esquiva. Se analisarmos as médias, também observaremos que Confronto e Aceitação de Responsabilidade aparecem como as estratégias mais utilizadas. Esses resultados são similares aos descritos por Araujo et al. (18) em seu estudo com tabagistas. Esse dado surpreende, pois os participantes dependentes de crack estavam mais motivados que os tabagistas do estudo anterior e costumam ser desestimulados no tratamento a utilizarem estratégias de Confronto pelo aumento de situações de risco de recaída.

Foram encontradas correlações positivas de intensidade moderada entre a motivação para a interrupção do uso do crack e as estratégias Resolução de Problemas e Fuga-Esquiva e correlações também positivas, mas de fraca intensidade com as estratégias Autocontrole e Re-

avaliação Positiva. Os pacientes mais motivados procuraram utilizar as estratégias que são mais reforçadas no tratamento de dependentes químicos de acordo com a abordagem do Treinamento de Habilidades (13) utilizada na unidade de internação na qual se encontravam.

As estratégias de Autocontrole foram pouco utilizadas pelos pacientes do estudo, sendo mais utilizadas pelos pacientes com um grau maior de motivação. Esses dados coincidem com dados da literatura que afirmam que pacientes com problemas de autocontrole e com impulsividade são mais propensos a desenvolver transtornos de abuso de substâncias (19).

Foi encontrada correlação positiva entre o número de dias do último uso de crack e maior uso das estratégias de coping de Autocontrole, Fuga e Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva. A literatura relaciona a auto-eficácia em resistir ao consumo de substância como um fator de bom prognóstico para o tratamento da dependência química (20) e salienta que o uso de estratégias de coping para o manejo da fissura são essenciais para a obtenção desta auto-confiança ao lidar com as situações de risco de uso de drogas (21).

Também foi encontrada correlação positiva entre o tempo de hospitalização e as estratégias de Fuga e Esquiva e Resolução de Problemas. Essas estratégias provavelmente foram mais frequentemente citadas devido à forma de tra-

tamento utilizada pela equipe que se fundamenta no Modelo da Prevenção à Recaída (15), no Treinamento de Habilidades (13) e Tratamento de Exposição a Estímulos (22), utilizando Técnicas de Relaxamento, Refocalização, Substituição por imagem positiva e/ou negativa e Role Play, que são citadas por Knapp et al. (23) e Silva e Serra (24) como indicadas no tratamento da fissura em dependentes químicos.

Deve-se destacar que este é um estudo inédito e que os seus dados são preliminares, havendo possíveis fatores de confusão como: tamanho da amostra, a não avaliação de comorbidades psiquiátricas, a baixa escolaridade dos pacientes e o pouco tempo de abstinência de alguns participantes, o que acarreta dificuldades metodológicas na utilização de métodos estatísticos multivariados.

### CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou haver associação entre o uso de algumas estratégias de coping e: a motivação para parar de usar crack, o tempo de internação e o tempo de abstinência desta substância. Os pacientes mais motivados parecem tentar fazer um esforço no sentido de controlar a fissura e evitar a recaída, utilizando as estratégias aprendidas durante o tratamento.

Este estudo não pretendeu avaliar uma relação de causalidade entre as variáveis pesquisadas, mas determinar associações relevantes para que os profissionais possam conhecer as estratégias de coping utilizadas pelos dependentes de crack no manejo da fissura.

Sugere-se a realização de novos estudos para confirmar esses achados e tentar entender melhor o uso de estratégias de *coping* para o manejo da fissura em dependentes de crack, buscando, assim, um aumento na efetividade do tratamento desta clientela.

### REFERÊNCIAS

1. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araújo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. *Rev Psiquiatr RS* 2008; 30(2):101-8.
2. Oliveira LG, Nappo AS. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4):664-71.
3. Sofuoglu M, Kosten TR. Emerging Pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2006;11(1):91-8.
4. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. Available from: [http://www.undcp.org/adhoc/report\\_2001-06-26\\_1/report\\_2001-06-26\\_1.pdf](http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf).
5. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. II levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A. Estudo envolvendo 108 maiores cidades do País. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Universidade Federal de São Paulo; 2005.
6. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública*; 2008;24[ suppl.4]:545-57.
7. Gold MS. Cocaine. New York: Plenum Medical Book Company; 1993
8. Da Silveira DX, Doering-Silveira E, Niel M, Jorge MR. Predicting craving among cocaine users. *Addict Behav*. 2006;31(12):2292-7.
9. Washton AM, Stone-Washton N. Abstinence and relapse in outpatient cocaine addicts. *J Psycho Drugs*. 1990;22:135-47.
10. Sharon M, Hall Barbara E, Havassy David A. Effects of Commitment to Abstinence, Positive Moods, Stress, and Coping on Relapse to Cocaine Use. *J Consult Clin Psych*. 1991;59(4),526-32.
11. Wallace BC. Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers. *J Subst Abuse Treat*. 1989;6(2):95-106.
12. Lazarus R S, Folkman S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. - Lima A, Rossini S, Reimão R. Quality of live and sleep impairment in chronic cocaine dependents. *Arq. Neuropsiquiatria*. 2008; 66(4): 814-816.
13. Monti D et al. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*. 1997;92(12):1717-28.
14. Chaney EE, O'Leary MR, Marlatt GA. Skill training with alcoholics. *J Consult Clin Psychol*. 1978;46:1092-104.
15. Marlatt D et al. Prevenção de Recaída: estratégias no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, pp. 15-50.
16. Fox HC., Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control of cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;89:298-301.
17. Araujo, RB, Oliveira, MS, Pedroso, RS, Castro, MG. Estratégia de coping para o manejo do Craving em dependentes de tabaco. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(2):89-94.
18. Savóia, MG, Santana, PR., Mejias, NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, São Paulo. 1996; 7(1/2):183-201.
19. Kisa, C, Yildirim, SG, Goka, E. Impulsivity and mental disorders. *Turk Psikiyatri Derg* 2005; 16: 46-54.
20. Romero JC, Pérez EJP, López MP. Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación com variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Addiciones*. 2007;19(2):141-52.

21. Araujo et al. Craving e Dependência Química: Conceito, Avaliação e Tratamento. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):57-63.
22. Monti, PM, Rohsenow, DJ Coping-Skills Training and Cue-Exposure Therapy. *Alcohol Res Health.* 1999;23(2):107-15.
23. Knapp P, Luz Jr. E, Baldisserotto GV. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Rangé B, editor. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais – um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
24. Silva, C.J, Serra, AM.; Terapias Cognitivo Comportamentais em Dependência Química. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(Supl I):33-9.

*Recebido: 06/12/09*

*Aceito: 19/02/10*