

Capacitação Remota sobre Manejo de Contingências: Estudo Piloto sobre seus Efeitos nos Conhecimentos e Atitudes de Profissionais

Karina de Souza Silva. Universidade Federal do Vale do São Francisco
Angelo Augusto Silva Sampaio. Universidade Federal do Vale do São Francisco
Nilo Antunes Teixeira Júnior. Universidade Federal do Vale do São Francisco
André de Queiroz Constantino Miguel. Washington State University

Resumo

Este estudo relata o desenvolvimento de uma capacitação remota sobre manejo de contingências (MC) — a qual incluiu uma cartilha digital adaptada ao contexto brasileiro e um conjunto de videoaulas e atividades remotas—e a avaliação da sua eficácia na promoção de conhecimentos e atitudes positivas em relação à implementação do MC para profissionais que atuam com transtornos por uso de substâncias. Os conhecimentos e atitudes foram avaliados pré e pós-capacitação, além de em um seguimento após um mês. A amostra contou com 92 profissionais, sendo que 13 responderam ao pós-teste e nove ao seguimento. No pós-teste os conhecimentos aumentaram e as atitudes tornaram-se mais positivas. Mas estes resultados não se mantiveram no 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; transtornos por uso de substâncias; disseminação; prática baseada em evidências

Abstract

Contingency Management Remote Training: Pilot Study on its Effects on Professionals' Knowledge and Attitudes. This study reports the development of a contingency management (CM) remote training—including a digital booklet adapted to the Brazilian context, and a set of video lessons and remote activities — and evaluated its efficacy in promoting knowledge and positive attitudes towards CM implementation for professionals working with substance use disorders. Knowledge and attitudes were assessed pre- and post-training, and also in a one-month follow-up. The sample included 92 professionals, 13 of which responded to the post-test, and nine to the follow-up. In the post-test their knowledge increased and their attitudes were more favorable. However, these results were not maintained on follow-up. Future studies can improve our training material to contribute to the wide dissemination of CM, in addition to making comparisons between the online and face-to-face modalities.

Keywords: contingency management; training; substance use disorders; dissemination; evidence-based practice

Resumen

Formación a Distancia en Manejo de Contingencias: Estudio Piloto sobre sus Efectos en los Conocimientos y Actitudes de los Profesionales. Este estudio reporta el desarrollo de una capacitación remota sobre Manejo de Contingencias (MC) — que incluyó un cuadernillo digital adaptado al contexto brasileño y un conjunto de videoclasses y actividades a distancia — y la evaluación de su efectividad en la promoción de conocimientos y actitudes positivas frente a la implementación de MC para profesionales que trabajan con trastornos por uso de sustancias. Se evaluaron conocimientos y actitudes antes y después del entrenamiento, así como en un seguimiento de un mes. La muestra contó con 92 profesionales, de los cuales 13 respondieron al post-test y nueve también respondieron al seguimiento. En el post-test, los conocimientos aumentaron y las actitudes se tornaron más positivas. Pero estos resultados no se mantuvieron en el seguimiento. Futuros estudios pueden mejorar nuestro material de formación para contribuir a la amplia difusión de la MC, además de hacer comparaciones entre las modalidades en línea y presencial.

Palabras clave: manejo de contingencias; capacitación; trastornos por uso de sustancias; difusión; práctica basada en evidencia

O uso nocivo de substâncias psicoativas representa um grave problema de saúde pública. A prevalência dos transtornos por uso de substâncias (TUS; APA, 2014) 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 sinalizam 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 de saúde pública, têm sido desenvolvidas algumas intervenções psicossociais, sendo as mais efetivas, em sua maioria, de base cognitiva e comportamental (e.g., terapia cognitivo-comportamental, prevenção de recaída e manejo de contingências; Diehl et al., 2019; Emmelkamp & Vedel, 2006). Dentre as intervenções comportamentais, uma das que veem apresentando maior destaque em termos de efetividade é o Manejo de Contingências (MC, *Contingency Management*; Dutra et al., 2008; Ginley et al., 2021).

Manejo de Contingências

O MC é uma intervenção comportamental organizada a partir de três princípios gerais: (1) definição objetiva e monitoramento constante do comportamento-alvo, com a frequência do monitoramento 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., Dutra et al., 2008; Davis et al., 2016; De Crescenzo et al., 2018; Getty et al., 2019; Ginley et al., 2021; Silva et al., 2022). Esses resultados têm contribuído para o reconhecimento e a disseminação do MC (e.g., NIDA, 1998; Pilling et al., 2007; Oluwoye et al., 2020; 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).

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 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 617 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. Para essa avaliação, os autores utilizaram o questionário de crenças sobre MC desenvolvido por Rash et al. (2012) e um teste de conhecimento sobre MC disponível em Petry e Stitzer (2002), e avaliaram as mudanças usando testes *t* pareados. Como resultados, a capacitação aumentou significativamente o conhecimento sobre princípios comportamentais e protocolos de MC ($p < 0,001$), diminuiu as percepções de barreiras gerais e de treino ($p = 0,002$ e $p < 0,001$, respectivamente) e aumentou o apoio ao MC ($p < 0,001$). 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), encontramos apenas mais uma iniciativa de pesquisa – 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 resultou em maior retenção ao tratamento e diminuição do uso de cocaína medido por teste de urina em comparação com a condição de tratamento usual sem o MC (Miguel et al., 2022). Além disso, os profissionais acharam o MC relativamente fácil (41,7%) ou muito fácil (58,3%) de entender e relativamente fácil (50%) ou muito fácil (50%) de aplicar (Miguel et al., 2021). Apesar dos resultados bastante positivos destes 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).

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 do presente trabalho foi desenvolver uma 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, foi avaliada 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

Participantes

Participaram deste estudo 92 profissionais/estagiários² brasileiros que atuavam com a demanda de uso de substâncias no país, recrutados por conveniência, através de divulgação nas redes sociais (e.g., *WhatsApp*, *Facebook*, *Instagram* e e-mail). Para inclusão no estudo, os interessados precisavam ter mais que 18 anos e apresentar experiência prévia trabalhando com TUS em serviços públicos e/ou privados. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta.

A capacitação foi avaliada com pré e pós-teste, além de um mês após a capacitação (seguimento). Dos 92 participantes, 13 completaram o pós-teste e nove realizaram a avaliação de seguimento. 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 ao MC (e.g., tipo de reforço utilizado e esquemas de monitoramento). Este teste foi sensível à mudança após o treinamento em MC em estudos anteriores (Petry et al., 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). A EAPBE foi adicionada no presente estudo para avaliar o quanto seus resultados poderiam prever a conclusão da capacitação pelos participantes. Também foi aplicado o Questionário de Crenças sobre o Manejo de Contingências (QCMC), com 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. A análise fatorial do QCMC sugeriu uma estrutura de três fatores: barreiras gerais (i.e., percepção de barreiras relacionadas a tempo, custo e ética da intervenção), barreiras relacionadas ao treinamento (i.e., preocupações com falta de oportunidade de supervisão qualificada e apoio organizacional para aplicação do MC) e atitudes pró-MC (i.e., declarações favoráveis ao MC) (Rash et al., 2012).

O questionário demográfico e sobre formação clínica, adaptado de Rash et al. (2013), continha uma questão sobre o local de serviço atual dos profissionais, além de questões sobre: sexo, maior nível de titulação, tempo de formação, anos de experiência com tratamento do TUS, abordagem terapêutica adotada, e conhecimento prévio sobre o MC. 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 profissionais que implementaria corretamente o MC sem treinamento/capacitação?”. As alternativas de resposta a todos os itens desse formulário foram apresentadas em uma escala de sete pontos. Todos os instrumentos foram traduzidos para o português pelos pesquisadores.

A Capacitação: Materiais Escritos e Audiovisuais

Visando contribuir com a disseminação do MC, criamos uma capacitação genérica sobre essa intervenção no país. Para isso, desenvolvemos uma cartilha pensada especificamente para o contexto brasileiro, a partir da adaptação do principal manual publicado até então sobre MC, produzido por Petry (2011).

A cartilha foi intitulada “Manejo de Contingências: Usando incentivos motivacionais para aprimorar intervenções para uso de substâncias”, e contém 79 páginas distribuídas em 10 capítulos agrupados em três

módulos. Dado o contexto da pandemia da COVID-19 e as dificuldades iniciais de recrutamento, somado 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 total das atividades estimada em 7 h. Assim, além do material escrito, a primeira autora gravou videoaulas para o conteúdo de cada capítulo descrito na cartilha. Os vídeos contaram com explicação oral da pesquisadora acompanhada de recurso visual (apresentação no PowerPoint). No total, foram gravados 12 vídeos, variando entre 1 min e 22 min, sendo um deles retratando uma representação de papéis, 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.

Procedimento

Inicialmente, os participantes acessaram um link do Google Formulários e responderam, em um único momento, aos 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. Na plataforma, os participantes tinham acesso a todo o material do curso simultaneamente. Ao final do conteúdo da capacitação, ainda na plataforma Google Sala de Aula, os participantes tinham acesso ao link contendo os formulários finais. 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 aos instrumentos finais dentro do prazo estipulado, os pesquisadores enviaram um e-mail estendendo o prazo por mais alguns meses. Exatamente um mês após eles responderem, os pesquisadores enviaram um e-mail solicitando que eles respondessem novamente o teste de conhecimento e o QCMC. Todos os participantes que concluíram a capacitação receberam um certificado de participação em atividade de extensão da universidade dos pesquisadores.

Resultados

Caracterização da Amostra

A Tabela 1 apresenta as características demográficas e clínicas dos 92 participantes que responderam aos instrumentos iniciais. A amostra foi composta majoritariamente por profissionais das regiões Nordeste (44,3%) e Sudeste (34,1%); e do sexo feminino (69,6%). A grande maioria (95,8%) tinha concluído a graduação/curso técnico e, destes, a maioria tinha especialização/residência (43,5%), formação inicial em Psicologia (62,6%), usavam a Redução de Danos como abordagem de tratamento para TUS (57,6%) e não estavam em tratamento pessoal para TUS (90,2%). Além disso, a maioria não tinha experiência prévia com reforçadores (71,7%) e nem tinha ouvido falar sobre MC (51,1%). 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 2,83 (DP = 0,46), de um máximo de 4 (Tabela 1) – escore 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 9,43 (DP = 3), de um máximo de 20. Já para as atitudes sobre MC medidas pelo QCMC, as percepções de barreiras gerais e de treino foram de 1,65 (DP = 0,64) e 2,54 (DP = 0,88), respectivamente, enquanto a média de atitudes favoráveis ao MC foi de 2,78 (DP = 0,65), todos de um máximo de 4 pontos.

Preditores de Conclusão da Capacitação

Do total de 92 participantes, 13 concluíram a capacitação e responderam aos instrumentos finais. Para identificar se havia diferenças entre os participantes já no pré-teste que pudessem prever a conclusão da capacitação, nós comparamos os escores no pré-teste do teste de conhecimento, EAPBE, QCMC e questionário demográfico e sobre formação clínica, para os profissionais que finalizaram e que não finalizaram a capacitação. Devido ao baixo tamanho amostral dos participantes que finalizaram a capacitação ($n = 13$), testes não-paramétricos foram utilizados. O teste Mann-Whitney indicou que os participantes que concluíram a capacitação apresentaram uma mediana significativamente maior no teste de conhecimentos (percentil 25 = 10; mediana = 11; percentil 75 = 12) em relação ao

Tabela 1: Características Demográficas e Clínicas dos Profissionais Participantes

Características Demográficas e Clínicas	N = 92a
Local de Atuaçãob	
Nordeste	39 (44,3%)
Sudeste	30 (34,1%)
Sexo Feminino	64 (69,6%)
Maior Titulação	
Especialização/Residência	40 (43,5%)
Graduação	28 (30,4%)
Anos desde a Formação (Curso Técnico ou Graduação)c	
6-10 anos	30 (37%)
2-5 anos	18 (22,2%)
Curso de Graduaçãod	
Psicologia	57 (62,6%)
Serviço Social	9 (9,9%)
Anos desde que começou a trabalhar com TUSE	
2-5 anos	31 (34,8%)
6-10 anos	26 (29,2%)
Abordagem Terapêutica Utilizada	
Redução de Danos	53 (57,6%)
Cognitiva, Cognitiva-Comportamental ou Comportamental	48 (52,2%)
Prevenção de Recaída	45 (48,9%)
Tratamento Pessoal para TUS	
Não está em recuperação	83 (90,2%)
Sem experiência usando reforçadores	66 (71,7%)
Não ouviu falar sobre MC	47 (51,1%)
Atitude sobre PBE (EAPBE)	M = 2,83 (DP = 0,46)
Conhecimento sobre MC	M = 9,43 (DP = 3)
Percepção de Barreiras Gerais (QCMC)	M = 1,65 (DP = 0,64)
Percepção de Barreiras de Treino (QCMC)	M = 2,54 (DP = 0,88)
Atitudes Pró-MC (QCMC)	M = 2,78 (DP = 0,65)

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.

a Para todas as variáveis, foram apresentados apenas os resultados principais.

b Baseado em 88 participantes, uma vez que 4 tiveram dados faltantes.

c Baseado em 81 participantes, uma vez que 11 tiveram dados faltantes.

d Baseado em 91 participantes, uma vez que 1 teve dado faltante.

e Baseado em 89 participantes, uma vez que 3 tiveram dados faltantes.

outro grupo (percentil 25 = 7,5; mediana = 9; percentil 75: 11; $U = 284$; $p = 0,01$); nesse caso, o tamanho de efeito, dado pelo r ponto-bisserial, foi médio, obtendo o valor 0,45 (convenção para o r ponto-bisserial: pequeno = 0,10 a 0,29; médio: $r = 0,30$ a 0,49; grande: $r = 0,50$ e acima; Cohen, 1988). Além disso, mostrou que não houve diferenças significativas nos escores para as barreiras gerais ($U = 493,5$; $p = 0,827$), barreiras de treinamento ($U = 415$; $p = 0,27$), atitudes pró MC ($U = 386,5$; $p = 0,156$) ou escore na EAPBE ($U = 397,50$; $p = 0,195$).

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 ($c^2(1) = 1,53, p = 0,216$), de prevenção de recaídas ($c^2(1) = 0,01, p = 0,910$), de TCCs ($c^2(1) = 0,11, p = 0,736$) e de ter experiência com MC ($c^2(1) = 0,62, p = 0,431$).

Impacto da Capacitação

De acordo com a Tabela 2, os profissionais que concluíram a capacitação tiveram aumento significativo nos valores relacionados ao teste de conhecimentos, com um tamanho de efeito grande. No entanto, para todas as outras comparações, os

resultados não foram significativos; apesar disso, suas tendências foram de acordo com o esperado: os escores de barreiras gerais e de treinamento diminuíram, enquanto os de atitudes favoráveis aumentaram. O baixo poder amostral provavelmente interferiu nos valores de significância, o que pode ser visto, também, pelas métricas de tamanho de efeito, em que resultados moderados e alto foram obtidos. Em relação à comparação dos escores nos três tempos (pré-teste, pós-teste e seguimento) para os nove profissionais que realizaram o seguimento, os resultados (Anova de Friedman)

Tabela 2: Escores no Pré e Pós-Teste dos Profissionais que Finalizaram a Capacitação ($n = 13$)

Variáveis	P25	P50	P75	W	p	r
Conhecimento sobre MC (Pré)	10	11	12	10,5	0,03*	-0,73
Conhecimento sobre MC (Pós)	11	12	15			
Subescalas QCMC						
Barreiras Gerais (Pré)	1,18	1,71	2,29	55	0,22	0,41
Barreiras Gerais (Pós)	1,24	1,35	1,65			
Barreiras de Treinamento (Pré)	2,25	2,75	3,25	43,5	0,11	0,58
Barreiras Treinamento (Pós)	2	2,5	2,75			
Pró MC (Pré)	2,64	3,18	3,55	22	0,2	-0,44
Pró MC (Pós)	3,09	3,36	3,55			

Nota. P = Percentil. MC = Manejo de Contingências. QCMC = Questionário de Crenças sobre MC.

O teste Wilcoxon-Signed Rank foi utilizado em todas as comparações.

O tamanho de efeito utilizado para todas as comparações foi o r ponto-bisserial. * $p < 0,05$

mostraram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos para o teste de conhecimento ($c^2(2) = 1,75; p = 0,417$), as barreiras gerais ($c^2(2) = 0,839; p = 0,657$), as barreiras de treino ($c^2(2) = 4,323; p = 0,115$) e as atitudes pró-MC ($c^2(2) = 4,941; p = 0,085$).

Discussão

Revisões sistemáticas e metanálises recentes indicam o MC como intervenção padrão ouro para o tratamento de TUS (e.g., Getty et al., 2019; Ginley et al., 2021). A despeito disso, o MC é uma intervenção que tem gerado atitudes negativas entre profissionais sem experiência prévia com essa abordagem (e.g., Rash et al., 2012) – o que, por sua vez, tem dificultado a sua aplicação e disseminação em contextos de intervenção (e.g., Petry et al., 2017). Visando aumentar a aceitabilidade de profissionais a respeito do MC, alguns estudos desenvolveram capacitações genéricas (e.g., Rash et al., 2013) e específicas (e.g., Miguel et al., 2021) para

profissionais que atuavam com essa demanda. Dado os resultados positivos alcançados, e a necessidade de mais estudos de disseminação, o presente estudo teve como objetivo principal desenvolver uma 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, avaliamos 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 atuavam com a demanda de uso de substâncias. Para os 13 participantes que realizaram o pós-teste, houve aumento do conhecimento sobre MC com tamanho de efeito grande, 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 aos 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.

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), foi realizada 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.

Uma limitação importante do presente estudo foi a falta de condições de comparação da modalidade da capacitação (e.g., presencial). Além disso, alguns fatores podem ter contribuído para o baixo número de participantes que concluíram a capacitação no nosso formato remoto: (a) pouca oportunidade de interação com os pesquisadores e/ou outros participantes, (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, e (c) falta de validação da EAPBE e do QCMC, o que pode ter gerado compreensões inadequadas ou ambíguas dos participantes sobre o que era solicitado e ter desmotivado alguns deles para continuar a participação no estudo, já que, sendo remoto, era mais custoso tirar dúvidas com os pesquisadores. Assim, dadas as limitações específicas da presente adaptação para o formato remoto e as recentes evidências do custo-benefício de usar essa modalidade (e.g., Hartzier et al., 2022), destaca-se a necessidade de mais estudos que avaliem a sua eficácia.

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, como apontado na literatura (e.g., Miguel et al., 2021; Petry et al., 2017). 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 seus resultados clínicos. Para aperfeiçoar o presente material, sugerimos que capacitações futuras: (1) exijam que uma unidade de ensino seja finalizada antes de permitir o acesso à próxima; (2) monitorem o progresso de cada participante; (3) estabeleçam prazos para o cumprimento de etapas específicas da capacitação; (4) tenham sua carga horária total reduzida, especialmente do conteúdo teórico; e (5) incluam ferramentas que permitam interação direta dos participantes entre si e com os pesquisadores, como fóruns de discussão.

Conclusões

A realização de capacitações sobre intervenções empiricamente sustentadas 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., & Leyton V. (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., Reingold, A. L., & Lemos, N. P. (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., Munoz, D. R., Reingold, A. L., Cherpitel, C. J., & de Carvalho, H. B. (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>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- 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>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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., Janiri, L., Clark, N., Ostacher, M. J., & 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):e1002715. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715>
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S. E., Knudsen, A. K., Haro, J. M., Patton, G., Kopec, J., ... Murray, C. (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/rbcbm.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>
- Ginley, M. K., Pfund, R. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(1), 58-71. <https://doi.org/10.1037/ccp0000552>
- Hartzler, B., Hinde, J., Lang, S., Correia, N., Yermash, J., Yap, K., Murphy, C. M., Ruwala, R., Rash, C. J., Becker, S. J., & Garner, B. R. (2022). Virtual Training Is More Cost-Effective Than In-Person Training for Preparing Staff to Implement Contingency Management. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s41347-022-00283-1>
- 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., McPherson, S., Roll, J. M., Laranjeira, R. R. (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., da Silva, C. J., Fruci, A., McDonell, M., McPherson, S., Roll, J. M., & Laranjeira, R. R. (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., McDonell, M., McPherson, S., Roll, J. M., Mari, J. J., & Laranjeira, R. R. (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., da Silva, C. J., Laranjeira, R. R., McDonell, M. G., Roll, J. M., Mari, J. J. (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., Smith, C. L., Roll, J. M., McPherson, S., & Mari, J. J. (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*, 30(5), 507-513. <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>
- 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., Krieger, 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., Alessi, S. M., Olmstead, T. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2017). Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 897. <https://doi.org/10.1037/adb0000287>
- 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., & Rounsaville, B. (2007). Improved adherence with contingency management. *AIDS patient care and STDs*, 21(1), 30-40. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0028>
- Silva, K. D. S., Sampaio, A. A. S., & Miguel, A. D. Q. C. (2022). Manejo de contingência aplicado ao transtorno por uso de álcool: revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38, e38215. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38215.pt>
- 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>

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).

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

Karina de Souza Silva. Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Psicóloga clínica pelo Instituto de Psicologia e Ciências Comportamentais (Contexto). E-mail: souza.kaah12@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5045-8552> Colegiado de Psicologia, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Av. José de Sá Maniçoba, S/N, Centro, Petrolina, PE, 56304-20. Tel +55 87 2101 6868

Angelo A. S. Sampaio. Doutor em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Associado da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). E-mail: angelo.sampaio@univasf.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7154-0862>

Nilo Antunes Teixeira Júnior. Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Mestrando em Psicologia na Universidade Federal do Vale do São Francisco. E-mail: nilojr.atj@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7689-4758>

André de Queiroz Constantino Miguel. Doutorado em Ciências Médicas pela UNIFESP. Professor Assistente da Faculdade de Medicina Elson S Floyd, da Whashington State University. E-mail: andre.miguel@wsu.edu ORCID: 0000-0003-3203-3889

Recebido em 29.mar.23

Revisado em 20.out.23

Aceito em 29.nov.23