UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

HELOÍSA GARCIA CLARO

**Validação dos Instrumentos "Avaliação Global
das Necessidades Individuais – Inicial e
Rastreio Rápido”**

São Paulo

2015

Heloísa Garcia Claro

**Validação dos Instrumentos "Avaliação Global
das Necessidades Individuais – Inicial e
Rastreio Rápido”**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de Concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Profª Drª Márcia Aparecida Ferreira de
Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca Wanda de Aguiar
Horta, situada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,
que aloja o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Claro, Heloísa Garcia

Validação dos instrumentos “Avaliação global das Necessidades Individuais – inicial e rastreio rápido” / Heloísa Garcia Claro. São Paulo, 2015.

157 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Estudos de validação. 2. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Título.

Nome: Heloísa Garcia Claro

Título: Validação dos Instrumentos "Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreo Rápido”

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À grande companheira de todas as horas, cuja compreensão, garra, amor, incentivo e luta diária fizeram com que, mais uma vez, as coisas dessem certo no final. A palavra “mãe” tem um significado que vai além do que qualquer dedicatória pode tentar traduzir.

Às duas pessoas que fazem com que a vida tenha sentido, e com quem eu sempre divido todas as conquistas. Juntas, aprendemos a dividir tudo desde cedo: Nane e Lê, minhas irmãs.

Ao Ivan, que não apenas faz meus dias mais felizes e cheios de amor, mas também esteve ao meu lado a cada página, cada cálculo, cada conquista, cada dificuldade. Admiro a sua inteligência, porém mais do que isso admiro o quanto é fácil e natural para você ser uma pessoa boa, compreensiva e parceira.

A todos os amigos animais de estimação que passaram por nossa vida, e aos 10 que fazem parte dela no momento: a maior (e melhor) loucura que já fizemos na vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Após 10 anos de orientação, permanece apenas uma certeza: cada dia ao seu lado é um novo aprendizado. A vida acadêmica (e fora da academia) fica mais leve ao perceber que tenho sempre com quem contar. Que venham sempre mais 10.

Aos velhos amigos Fabiana, Bruna, Marcelo e Nathália. Irmãos para todas as horas, ajuda certa, companheiros desde a infância. Obrigada por continuar em minha lista de agradecimentos depois de tantos anos.

Aos amigos e companheiros Jacira, Adriana, Thalita e Andréa, e primos Beto, Juliana, Veri e Suzana. Fontes de inspiração, sempre.

Aos companheiros de graduação Julia, Dani, Roberta, Cláudia, Carol, Gabi, Cris, Léo, Marian e Rafa. Amizades que ultrapassaram a formatura e enriquecem a vida. Mesmo à distância, o apoio é sempre certo.

À amiga de graduação, pós graduação, preparação para concursos e para o universo desconhecido que nos aguarda, agora que essa fase acabou. Bárbara, obrigada por tudo, e que o que nos espera seja tão maravilhoso quanto os momentos que passamos juntas.

Aos compadres Mariana e Lucas, por serem exemplo da união, amor e paternidade que espero um dia experimentar, e à Duda, resultado de tudo isso, e que só poderia ser a pessoa maravilhosa que é.

Aos companheiros de GEAD: Paula, Odete, Rejane, Ricardo, Tadashi, Guilherme, Bruna, Jana, Neuri, Marina, e a todos os outros que já passaram por esse grupo e deixaram sua marca. Obrigada por todo o crescimento, pelas produtivas noites de quarta-feira, pelos eventos e tudo mais que partilhamos.

Aos grandes amigos Thaís, Rosana e Giba. Amigos para todas as horas e necessidades. Da tese ao ombro sempre amigo e à pintura da parede.

Aos sogros Nina e Diogo, aos cunhados Guilherme, Gustavo, Miriam, Laura e Isabela, e à tia Sônia, por abraçarem a família agregada com o mesmo amor dedicado àqueles que são parentes biológicos.

Aos primos Fabi e André, verdadeiros mentores para a vida, presentes em todos os momentos, os quais cuidaram de uma das partes mais importantes da minha vida para que esta tese fosse possível. Que não falte amor e disponibilidade para vocês, já que nunca agiram de forma diferente.

Às vovós que se foram, e às eternas saudades. À minha avó postíça, a Léo, por me inspirar desde cedo a vontade de conhecer o mundo, me estimular a ler e aprender.

Aos professores Sônia, Ana Luísa, Divane, Perpétua, Ana Lúcia e Luciana, pela oportunidade de acompanhar as atividades docentes, pelas sugestões valiosas e pelo aprendizado constante.

Ao Professor Agustín Tristán pela orientação sobre o Rasch, sempre de forma rápida, eficiente e bem humorada. À professora Diná por ter possibilitado este contato. Ao professor Erikson que acompanha minha trajetória na pós, como parte das bancas, desde o início, sempre contribuindo de forma leve e motivadora.

Às professoras Isília e Margareth, pelo carinho constante e por serem um exemplo que eu desejo seguir em minha carreira como enfermeira docente. Acima de tudo pela disponibilidade.

Ao pessoal do departamento, Marcello e Livia (que nos deixaram), e a Sylvia, Fernanda e Adriana (que chegaram), por todo o apoio e incentivo. À Betânia, pela simplicidade que faz o departamento ser sempre mais acolhedor.

A todos os alunos e usuários dos serviços de saúde mental por onde passei em estágio. Aprendi muito mais com vocês do que pude jamais oferecer.

Aos novos amigos do campo de coleta de dados, o qual passou a ser muito mais do que isso: tornou-se local de agradável encontro diário com

profissionais dedicados a cuidar das necessidades do outro, espelho para pessoas que, como eu, estão em formação. Thaís, João, Renata, Anália, Elaine, Tatiane, Suzete, Verinha, Avani, Wiliam, Mari, Silvia, Elaine, Adriana, Celso, Eduardo, Daniel, Marcelo, Ana, Miriam, Ira, Helen, Fabi, Isadora, Débora, Felipe, Aline, Greice, Jussinalva, Renato, Fábio, Nadia, Natalie, Saulo, Suzie, Joyce, Lairton, Tatiana, Lúcia, Cleide, Elaine e todos os outros que acompanharam e também são responsáveis pelos resultados aqui encontrados.

Aos companheiros de estudo na EAE: Jairo D., Helvécio, André, Jairo M., Wilson, Nilton, Myrian, Vera, Fernando e Regina. Obrigada por aguentar as minhas dúvidas e insistir em me aceitar entre vocês.

Aos companheiros do CEFI: Deise, Edite, Marli, Tico, Telma, Israel, Nelson, Ana e todos os outros, por serem professores diários e exemplos de vida.

Ao pessoal da Chestnut, Jim, Mike D., Mike V., Ricardo, Laine, Francesca, Lili. Pela constante ajuda, resposta aos e-mails desesperados e pela recepção amistosa em 2012. Em especial à Janet, pela parceria e cuidados constantes.

Às pessoas da Universidade de Illinois: Professor Doug Smith, Professora Flávia Andrade, Professor José Antônio Cheibub, Bianca, Wesley, Luciana, Leah, Emily, Steve, Diego, Keila, Lenore, Vinícius e Helaine por um acolhimento que superou todas as nossas expectativas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de doutorado e auxílio financeiro ao projeto, que possibilitaram a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo fornecimento da bolsa de doutorado sanduíche, que possibilitou 11 meses de imersão no presente projeto, junto a pesquisadores nos EUA.

Todos vocês, e muitos mais, contribuíram para que esta tese ficasse pronta. Não duvidaram de minha capacidade, me motivaram e acreditaram que este estudo seria possível. Meus sinceros agradecimentos.

EPÍGRAFE

“A ciência não pertence a nenhum país, porque o conhecimento pertence à humanidade, e é a tocha que ilumina o mundo.”

- Louis Pasteur

"Nunca lhe dão um desejo sem também lhe darem o poder de realizá-lo. Você pode ter de trabalhar por ele, porém."

- Richard Bach. *Ilusões: As Aventuras de um Messias Indeciso.*

Claro HG. Validação dos Instrumentos "Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreio Rápido" [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, preocupantes do ponto de vista da saúde pública, geram necessidades e problemas para os indivíduos e, caso não sejam detectados, podem prejudicar o cuidado integral individualizado. Considerando a necessidade de mensuração baseada em evidências na área, a qual deve abranger as diferentes necessidades do indivíduo, este estudo busca avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos “Global Appraisal of Individual Needs – Initial e Short Screener” para uso no Brasil. **Objetivo:** Avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos “Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreio Rápido”. **Métodos:** Estudo delineado como metodológico, de validação dos instrumentos “Avaliação Global das Necessidades Individuais” versões Rastreio Rápido e Inicial. Dados com a versão Rastreio Rápido foram coletados com 128 indivíduos em fase inicial de tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, e com a versão Inicial com 40 indivíduos em tratamento em um serviço de internação e 70 indivíduos em acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da capital paulista. Análise da consistência interna foi realizada para ambas as versões dos instrumentos e suas subescalas. Análise do modelo de Rasch foi realizada para as subescalas da versão Rastreio Rápido e para a subescala *Substance Problem Scale*. Foi realizada análise da associação da subescala *Substance Disorder Screener* com as outras subescalas do instrumento de rastreio. Foi realizada, também, a análise da validade convergente entre as subescalas da versão Rastreio Rápido e suas versões mais amplas da versão Inicial. **Resultados:** Ambas as versões do instrumento apresentaram, em suas subescalas mais abrangentes, índices de consistência interna alfa de Cronbach maior do que 0,7. A *Substance Problem Scale* e as subescalas da versão Rastreio Rápido adequam-se ao modelo Rasch, não possuindo nenhum item que prejudique suas mensurações. A subescala *Substance Problem Scale* apresenta dois itens de seus dezesseis com performance diferente entre homens e mulheres e apresenta redundância para a mensuração de gravidade dos problemas em seus itens. As subescalas da versão Rastreio Rápido demonstram correlação de moderada a forte com as subescalas da versão mais ampla, sendo que as escalas de gravidade total de ambas as versões possuem validade convergente ($\rho = 0,801$). A versão Rastreio Rápido demonstra que há associação entre a gravidade dos sintomas relacionados a uso de álcool e outras drogas e sintomas de saúde mental e problemas relacionados a crime e violência. **Conclusões:** Ambas as versões do instrumento possuem consistência interna e validade convergente entre si, bem como são válidas pelo modelo Rasch. Além disso, demonstram resultados compatíveis àqueles de estudos das versões americana e canadense do instrumento. **PALAVRAS-CHAVE:** Estudos de Validação. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

Claro HG. Validation of the Assessments "Global Appraisal of Individual Needs – Initial and Short Screener" [thesis]. São Paulo (SP): School of Nursing, University of São Paulo, 2015.

ABSTRACT

Introduction: The problems arising from the use of alcohol and other drugs, major concern from a public health point of view, generate issues and special needs for the individuals and, when undetected, can harm the individualized and comprehensive care. Considering the need for measurement based on evidence in the area, which ranges the different needs of the individual, this study aimed to evaluate the psychometric properties of the instruments "Global Appraisal of Individual Needs - Initial and Short Screener" for use in Brazil. **Objective:** To evaluate the psychometric properties of the instruments "Global Appraisal of Individual Needs – Initial and Short Screener". **Methods:** The study was designed as a methodological study of validation of the instruments "Global Appraisal of Individual Needs" in the versions Short Screener and Initial. Data with Short Screener version were collected with 128 individuals in the initial phase of treatment in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs, and the Initial version with 40 patients being treated in an inpatient service and 70 individuals in the embracement stage of treatment in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in Sao Paulo. Internal consistency analysis was performed for both versions of the instruments and its subscales. Analysis of the Rasch model was performed for the subscales of the Short Screener version and for the subscale Substance Problem Scale. The association of the Substance Disorder Screener with the other subscales of the Short Screener was verified. We also performed the analysis of convergent validity between the subscales of the Short Screener version and its wider versions of the Initial. **Results:** Both versions of the instrument presented internal consistency indices greater than 0.7 Cronbach's alpha for their most comprehensive subscales. The Substance Problem Scale and subscales of the Short Screener fit the Rasch model, and none of their items distort the measurements. The subscale Substance Problem Scale has two items of its sixteen with different performance between men and women and seems to have redundancy for measuring severity. The subscales of Short Screener show moderate to strong correlation with the subscales of the Initial, and their most comprehensive scales have convergent validity ($\rho = 0.801$). The Short Screener analysis shows that there is an association between the severity of symptoms related to alcohol and other drugs and mental health symptoms and problems related to crime and violence. **Conclusions:** Both instrument versions have internal consistency and convergent validity with each other and are valid according to the Rasch model. They also show to be compatible with results from American and Canadian studies with the instrument.

KEYWORDS: Validation Studies. Alcohol-Related Disorders. Substance-Related Disorders.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Versões do GAIN e tempo necessário para administração. Revisão da Literatura, 2014.	41
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos indivíduos entrevistados por local e instrumento utilizado. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	60
Tabela 2: Descrição das abordagens e entrevistas realizadas. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	61
Tabela 3: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, no CAPSad Sacomã. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	61
Tabela 4: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, entrevistados com o AGNI-I no SAID e CAPSad Sacomã. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	62
Tabela 5: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala TDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015	65
Tabela 6: Análise estatística item a item do alfa do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala TDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015	65
Tabela 7: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala IDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015	66
Tabela 8: Análise estatística item a item do alfa da escala IDSer, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	66
Tabela 9: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala EDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015	67
Tabela 10: Análise estatística item a item do alfa da escala EDSer, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	67
Tabela 11: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala SDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015	68
Tabela 12: Análise estatística item a item do alfa da escala SDSer, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	68
Tabela 13: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala CVSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	69
Tabela 14: Análise estatística item a item do alfa da escala CVSer, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	69
Tabela 15: Análise do modelo Rasch dos itens da escala IDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	72

Tabela 16: Análise do modelo Rasch dos itens da escala EDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	75
Tabela 17: Análise do modelo Rasch dos itens da escala SDSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	79
Tabela 18: Análise do modelo Rasch dos itens da escala CVSer. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	82
Tabela 19: Modelos univariados para sintomas relacionados ao uso de AOD. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	86
Tabela 20: Modelo múltiplo para associação entre sintomas relacionados ao uso de AOD, sintomas de internalização, externalização, problemas relacionados a crime e violência. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	87
Tabela 21: Consistência interna da subescala <i>Substance Frequency Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	88
Tabela 22: Análise estatística item a item do alfa da escala SFS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	89
Tabela 23: Consistência interna da subescala <i>Current Withdrawal Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	89
Tabela 24: Análise estatística item a item do alfa da escala CWS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	90
Tabela 25: Consistência interna da subescala <i>Self-Efficacy Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	91
Tabela 26: Análise estatística item a item do alfa da escala SES, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	91
Tabela 27: Consistência interna da subescala <i>Substance Problem Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	92
Tabela 28: Análise estatística item a item do alfa da escala SPS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	92
Tabela 29: Consistência interna da subescala <i>Health Distress Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	93
Tabela 30: Análise estatística item a item do alfa da escala HDS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	94
Tabela 31: Consistência interna da subescala <i>Health Problem Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	94

Tabela 32: Análise estatística item a item do alfa da escala HPS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	95
Tabela 33: Consistência interna da subescala <i>Internal Mental Distress Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	95
Tabela 34: Análise estatística item a item do alfa da escala IMDS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	96
Tabela 35: Consistência interna da subescala <i>General Mental Distress Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015	97
Tabela 36: Análise estatística item a item do alfa da escala GMDS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	98
Tabela 37: Consistência interna da subescala <i>Emotional Problem Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	99
Tabela 38: Análise estatística item a item do alfa da escala EPS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	99
Tabela 39: Consistência interna da subescala <i>Behavior Complexity Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	100
Tabela 40: Análise estatística item a item do alfa da escala BCS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	101
Tabela 41: Consistência interna da subescala <i>Environmental Risk Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	102
Tabela 42: Análise estatística item a item do alfa da escala ERS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	102
Tabela 43: Consistência interna da subescala <i>General Victimization Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	103
Tabela 44: Análise estatística item a item do alfa da escala GVS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	104
Tabela 45: Consistência interna da subescala <i>Illegal Activities Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	105
Tabela 46: Análise estatística item a item do alfa da escala IAS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	105
Tabela 47: Consistência interna da subescala <i>Employment Activity Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	106

Tabela 48: Análise estatística item a item do alfa da escala EMASp, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	106
Tabela 49: Consistência interna da subescala <i>General Individual Severity Scale</i> . São Paulo, SP, Brasil, 2015	107
Tabela 50: Análise estatística item a item do alfa da escala GISS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015	108
Tabela 51: Distribuição dos IC 95% para o alfa por escala, de acordo com amostra. São Paulo, SP, 2014.	116
Tabela 52: Análise do modelo Rasch dos itens da escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	119
Tabela 53: Correlações entre as subescalas dos instrumentos AGNI-RR e AGNI-I. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	124
Tabela 54: Comparativo entre os coeficientes das subescalas do AGNI-RR no Brasil e do GAIN-SS nos EUA. São Paulo, SP, Brasil, 2015 e <i>Pooled Data</i> EUA, 2013.	125
Tabela 55: Comparativo entre os coeficientes das subescalas do AGNI-I no Brasil e do GAIN-I nos EUA. São Paulo, SP, Brasil, 2015 e <i>Pooled Data</i> EUA, 2012.	127

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxo para a abordagem e tomada de decisão para a coleta de dados com o AGNI-I e o AGNI-RR.	53
Figura 2: Curva de características do item (ICC) para o item SCR1a da escala SPS do AGNI-RR. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	71
Figura 3: Mapa de Pessoas e Itens – Subescala IDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	73
Figura 4: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala IDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	75
Figura 5: Mapa de Pessoas e Itens – subescala EDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	77
Figura 6: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala EDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	78
Figura 7: Mapa de Pessoas e Itens – Subescala SDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	80
Figura 8: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala SDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	81
Figura 9: Mapa de Pessoas e Itens – Subescala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	83
Figura 10: Scree plot dos Unidades de variância (eigenvalues) - análise de componentes principais – Escala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	84
Figura 11: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.....	85
Figura 12: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala SFS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	109
Figura 13: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala CWS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	109
Figura 14: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala SES, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	110

Figura 15: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala SPS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	110
Figura 16: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala HDS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	111
Figura 17: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala HPS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	111
Figura 18: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala IMDS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	112
Figura 19: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala GMDS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	112
Figura 20: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala EPS7p, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	113
Figura 21: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala BCS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	113
Figura 22: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala ERS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	114
Figura 23: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala GVS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	114
Figura 24: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala IASS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	115
Figura 25: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala EMAS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	115
Figura 26: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala GISS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.....	116

Figura 27: Curva de características do item (ICC) para o item S9c da escala SPS do AGNI-I. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	117
Figura 28: Análise fatorial da escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	119
Figura 29: Mapa de Pessoas e Itens - Subescala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	121
Figura 30: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	122
Figura 31: Análise de Componente Principal dos Resíduos do modelo Rasch da Escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.	123

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Expressão
ABS	<i>Assessment Building System</i>
AGNI	Avaliação Global das Necessidades Individuais
AGNI-I	Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial
AGNI-R3	Avaliação Global das Necessidades Individuais - Rápido 3
AGNI-RR	Avaliação Global das Necessidades Individuais - Rastreo Rápido
AOD	Álcool e Outras Drogas
ASAM	<i>American Society of Addiction Medicine</i>
ASS	<i>Anxiety Symptom Scale</i>
BCS	<i>Behavior Complexity Scale</i>
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDS	<i>Conduct Disorder Scale</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	<i>Chestnut Health Systems</i>
CID	Código Internacional de Doenças
CVScr	<i>Crime/Violence Screener</i>
CWS	<i>Current Withdrawal Scale</i>
DCS	<i>Drug Crime Scale</i>
DI	Dia de Início
DIF	Funcionamento Diferencial do Item
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSS	<i>Depressive Symptom Scale</i>
EDScr	<i>External Disorder Screener</i>
EEUSP	Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMAS	<i>Employment Activity Scale</i>
EPS	<i>Emotional Problem Scale</i>
ERS21	<i>Environmental Risk Scale</i>
EUA	Estados Unidos da América
GAIN	<i>Global Appraisal of Individual Needs</i>
GAIN M90	<i>GAIN monitoring 90 days</i>
GAIN- ABS	<i>GAIN Assessment Building System</i>

GAIN-Q3	<i>Global Appraisal of Individual Needs - Quick 3</i>
GAIN-SS	<i>Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener</i>
GCTS	<i>General Conflict Tactics Scale</i>
GEAD	Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas
GISS	<i>General Individual Severity Scale</i>
GMDS26	<i>General Mental Distress Scale</i>
GRRS	<i>GAIN Recommendation and Referral Summary</i>
GVS	<i>General Victimization Scale</i>
HDS	<i>Health Distress Scale</i>
HIS	<i>Hyperactivity-Impulsivity Scale</i>
HPS	<i>Health Problem Scale</i>
HSTS	<i>Homicidal Suicidal Thought Scale</i>
IASS	<i>Illegal Activities Scale</i>
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Curva de Características do Item
ICP	<i>Individual Clinical Profile</i>
ICS	<i>Interpersonal Crime Scale</i>
IDS	<i>Inattentive Disorder Scale</i>
IDScr	<i>Internal Disorder Screener</i>
IMDS	<i>Internal Mental Distress Scale</i>
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
OLS	<i>Ordinary Least Squares</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCA	Análise de Componentes Principais
PCS	<i>Property Crime Scale</i>
PFR	<i>Personalized Feedback Report</i>
PIB	Produto Interno Bruto
SAI	<i>Substance Abuse Index</i>
SAID	Serviço de Atenção Integral ao Dependente
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
SCR	<i>Screener</i>
SDS	<i>Substance Dependence Scale</i>

SDScr	<i>Substance Disorder Screener</i>
SES	<i>Self-Efficacy Scale</i>
SFS	<i>Substance Frequency Scale</i>
SII	<i>Substance Issues Index</i>
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SPS	<i>Substance Problem Scale</i>
SPSL	<i>Substance Problem Scale—Lifetime</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSI	<i>Somatic Symptom Index</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDSer	<i>Total Disorder Screener</i>
TLFB	<i>TimeLine FollowBack</i>
TSS	<i>Traumatic Symptom Scale</i>
TxSI	<i>Treatment Satisfaction Index</i>
VD	Variáveis Dependentes
VI	Variáveis Independentes
ZTSD	Teste de Aleatoriedade do Mean Square

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
2. JUSTIFICATIVA.....	33
2.1 ALOCAÇÃO DOS PACIENTES.....	33
2.2 RELATÓRIOS EMITIDOS.....	35
2.3 OS INSTRUMENTOS GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS - INITIAL E SHORT SCREENER.....	37
2.3.1 Pontuação e Propriedades Psicométricas do GAIN-I.....	42
2.3.1.1 Pontuação do GAIN-I	42
2.3.1.2 Propriedades Psicométricas do GAIN-I	42
3. OBJETIVOS	45
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	45
4. MÉTODOS	47
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	47
4.2 LOCAL DE ESTUDO, ASPECTOS ÉTICOS E REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	47
4.2.1 Fase pré-teste	47
4.2.2 Segunda fase de coleta de dados	48
4.2.3 Riscos da coleta de dados.....	49
4.2.4 Benefícios da coleta de dados	50
4.3 AMOSTRAGEM, ABORDAGEM AOS INDIVÍDUOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	50
4.3.1 Critérios de Inclusão para o SAID (pré-teste):.....	51
4.3.2 Critérios de Inclusão para o CAPSad (segunda fase):.....	52
4.3.3 Critérios de exclusão	54
4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	54
4.4.1 Tabulação e Tratamento dos dados	54
4.4.2 Análise dos dados.....	55

4.4.2.1 Consistência interna – alfa de Cronbach.....	55
4.4.2.2 Validade – modelo de Rasch.....	55
4.4.2.3 Associação entre as medidas do AGNI-RR	57
4.4.2.3 Validade convergente entre os instrumentos AGNI-RR e AGNI-I.....	58
5. RESULTADOS.....	60
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	60
5.2 AGNI-RR.....	64
5.2.1 Consistência interna	64
5.2.1.1 Consistência interna do instrumento total	64
5.2.1.2 Consistência interna da subescala <i>Internal Disorder Screener – IDScr</i>	66
5.2.1.3 Consistência interna da subescala <i>External Disorder Screener – EDScr</i>	67
5.2.1.4 Consistência interna da subescala <i>Substance Disorder Screener – SDScr</i>	68
5.2.1.5 Consistência interna da subescala <i>Crime/Violence Disorder Screener – CVScr</i>	69
5.2.2 Modelo Rasch	70
5.2.2.1 Modelo Rasch da escala <i>Internal Disorders Screener</i>	71
5.2.2.2 Modelo Rasch da escala <i>External Disorders Screener</i>	75
5.2.2.3 Modelo Rasch da escala <i>Substance Disorders Screener</i>	78
5.2.2.4 Modelo Rasch da escala <i>Crime and Violence Screener</i>	81
5.2.3 Associação entre as escalas do instrumento AGNI-RR	85
5.3 AGNI-I.....	87
5.3.1 CONSISTÊNCIA INTERNA	87
5.3.1.1 Consistência interna da subescala <i>Substance Frequency Scale</i>	88
5.3.1.2 Consistência interna da subescala <i>Current Withdrawal Scale</i>	89
5.3.1.3 Consistência interna da subescala <i>Self-Efficacy Scale</i>	90

5.3.1.4 Consistência interna da subescala <i>Substance Problem Scale - Lifetime</i>	92
5.3.1.5 Consistência interna da subescala <i>Health Distress Scale</i>	93
5.3.1.6 Consistência interna da subescala <i>Health Problem Scale</i>	94
5.3.1.7 Consistência interna da subescala <i>Internal Mental Distress Scale</i>	95
5.3.1.8 Consistência interna da subescala <i>General Mental Distress Scale</i>	97
5.3.1.9 Consistência interna da subescala <i>Emotional Problem Scale</i>	98
5.3.1.10 Consistência interna da subescala <i>Behavior Complexity Scale</i>	100
5.3.1.11 Consistência interna da subescala <i>Environmental Risk Scale</i>	102
5.3.1.12 Consistência interna da subescala <i>General Victimization Scale</i>	103
5.3.1.13 Consistência interna da subescala <i>Illegal Activities Scale</i>	104
5.3.1.14 Consistência interna da subescala <i>Employment Activity Scale</i>	105
5.3.1.15 Consistência interna da subescala <i>General Individual Severity Scale</i>	107
5.3.2 Diagramas de Distribuição dos Intervalos de Confiança para o alfa ...	108
5.3.3 Modelo Rasch da <i>Substance Problem Scale</i>	116
5.4 VALIDADE CONVERGENTE ENTRE AS ESCALAS DO AGNI-RR E AGNI-I.....	123
6. DISCUSSÃO	125
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	137
8. CONCLUSÕES	140
9. REFERÊNCIAS	142
ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DOS DESENVOLVEDORES PARA USO DOS INSTRUMENTOS GAIN	148
ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEUSP 2009	149
ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SAMARITANO 2011	150
ANEXO 4 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEUSP 2013	151

ANEXO 5 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS 2014.....	153
ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA COLETA DE DADOS	156
APÊNDICE 1 – TCLE	157

1. INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas – ONU, estimou que, no ano de 2012, 243 milhões de pessoas fizeram uso de drogas ilícitas¹.

Estudo recente aponta que usuários de *crack* consomem uma média de 13,42 pedras ou porções em um dia comum. O mesmo estudo estima que, somente nas capitais do Estados brasileiros, há 370 mil usuários da substância. Além disso, cerca de 77% dos usuários de *crack* também fazem uso de álcool, 85% consomem tabaco, 67% usam maconha/haxixe, e 48% fazem uso de outros derivados de cocaína².

Apesar do apelo midiático acerca do uso de *crack* (que nada mais é do que um derivado da cocaína) e drogas ilícitas em geral, problemas decorrentes do uso de drogas comumente lícitas, como álcool e tabaco, ainda representam o que há de mais preocupante no cenário mundial.

O uso de álcool resulta na morte de 2,5 milhões de pessoas por ano. Existem 60 diferentes tipos de doenças em que o álcool desempenha um papel causal significativo. Esse uso também causa danos ao bem-estar e saúde das pessoas que fazem parte da rede social do usuário.³ O peso global dos problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool atingiu, em 2000, o equivalente a 4% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no planeta naquele ano, indicando, ainda, uma tendência de ascensão (3,5%)³.

Estima-se que o Brasil tenha um gasto anual de 7,3% de seu Produto Interno Bruto (PIB) com problemas relacionados ao álcool. Considerando-se como exemplo o PIB brasileiro do ano de 2013, de R\$ 4,84 trilhões, estima-se que, na atualidade, o custo social referente a problemas devidos ao uso de álcool atinge a cifra de R\$ 681 bilhões por ano.⁴ O consumo de álcool constitui-se como importante causa de morbimortalidade nos países em desenvolvimento, tendo também destaque como o terceiro maior fator de risco para doenças em países desenvolvidos³.

Dados do *Global Status Report on Alcohol and Health* de 2011, da Organização Mundial da Saúde – OMS, mostram que, no Brasil, 18,7% da

população é composta de pessoas que nunca consumiram álcool e drogas; 31,8% representa pessoas que consomem álcool regularmente; e 50,5% consiste em pessoas que não fazem uso de álcool há mais de um ano. Nos Estados Unidos da América - EUA, dados publicados no mesmo estudo mostram que 17,7% da população é composta de pessoas que nunca consumiram álcool e drogas, 16,9% - quase a metade da porcentagem brasileira - representa pessoas que consomem álcool regularmente; e 34,6% constitui pessoas que não usam álcool há mais de um ano³.

No Brasil, cerca de 12,3% da população pode ser considerada dependente de álcool, de acordo com os critérios do Código Internacional de Doenças - CID-10 e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV, sendo de 17,1% a prevalência entre a população masculina e de 5,7% na população feminina, havendo alta prevalência em comparação com outras condições de saúde.^{4, 5}

No que tange o uso de drogas ilícitas, cerca de um em cada cinco consumidores desse tipo de substância possui critério para diagnóstico de dependência. Neste espectro de uso o padrão é contínuo, apesar dos prejuízos causados. Sofrimentos graves, tais como problemas psicológicos e psicossociais, problemas interpessoais, perda de emprego, dificuldade de aprendizado, além de problemas legais, são comumente associados^{4, 6}.

É claro que o uso de álcool e outras drogas – AOD, bem como qualquer comportamento humano, não encontra-se isolado de outros aspectos subjetivos da vida do indivíduo. A saúde mental e o comportamento em sociedade costumam ser afetados pelo consumo de AOD.

Investigações epidemiológicas recentes demonstram que os transtornos mentais são a principal causa de mais de 10% dos anos de vida saudável perdidos e de mais de 30% de todos os anos vividos com incapacidade. Esses transtornos têm prevalência elevada e, muitas vezes, natureza crônica. Baixas taxas de reconhecimento de casos e tratamento eficaz agravam o problema, sobretudo nos países pobres ou em desenvolvimento, como o Brasil^{7, 8}.

A OMS estima que 151 milhões de pessoas têm depressão e 26 milhões de pessoas sofrem de esquizofrenia; 125 milhões de pessoas são afetadas por uso de AOD. Cerca de 844 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano⁷.

Estudos apontam, ainda, para uma relação positiva entre aumento do consumo de drogas, expansão do mercado de drogas e aumento da criminalidade nos Estados brasileiros. Quando usuários em fase inicial do consumo de drogas são abordados e encaminhados para tratamento, a redução de custos pode refletir até mesmo nos gastos com a justiça criminal, como custo de detenção e outros prejuízos resultantes de ações criminais na sociedade. Estudo mostra que o mercado de drogas ativo ocasiona ineficiência de custo, favorecendo outros delitos, tais como crimes contra o patrimônio, poder paralelo, mortes e execuções, mercados secundários de receptação, entre outros^{9, 10}.

Há ainda o impacto público, como o uso dos impostos pagos pela sociedade para financiar as ações de tratamento e prevenção ao consumo do álcool, e também a perda de produtividade, decorrente dos agravos na saúde sofridos pelos indivíduos acometidos por essa problemática. As consequências podem ser o abandono do trabalho e acidentes, os quais podem levar a deficiências físicas e morte precoce⁴.

Parece clara, portanto, a interação entre saúde mental, consumo de AOD e comportamento social. Entretanto, ferramentas comuns para diagnóstico e planejamento do tratamento no campo do AOD não abrangem necessidades e problemas do indivíduo em todas essas áreas de interesse¹¹⁻¹³.

O GAIN - *Global Appraisal of Individual Needs*, ou, em português, AGNI - Avaliação Global das Necessidades Individuais, é uma família de avaliações baseada em evidências. Os instrumentos abrangem um instrumento de rastreamento (AGNI-RR - Rastreio Rápido), o qual leva de cinco a 10 minutos para ser administrado, uma avaliação rápida de 30 a 45 minutos (AGNI-R3 - Rápido), e uma avaliação biopsicossocial completa com duração de 90 a 120 (AGNI-I - Inicial) minutos¹⁴.

O sistema AGNI inclui aplicativos na Internet voltados para a mensuração dos resultados, que fazem parte do Sistema ABS – *Global Appraisal of Individual Needs Assessment Building System*, bem como materiais de formação, treinamento e protocolos de acompanhamento de casos que foram desenvolvidos pela *Chestnut Health Systems* - CHS, uma organização sem fins lucrativos, em colaboração com agências federais dos Estados Unidos da América - EUA - *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, *National Institute on Drug Abuse* e *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (SAMHSA, NIDA e NIAAA), os quais têm sido usados por mais de 1.700 agências em 49 Estados americanos, e também por outros países, como Canadá¹⁵. Em alguns outros locais, como Japão, Rússia, Filipinas, Vietnã, Estados indianos e regiões que falam um dialeto asiático (Hmong), há versões mais curtas do instrumento, traduzidas e com análises em progresso¹⁶, dando suporte a relatórios de pesquisa e publicações científicas¹⁷⁻²⁰.

Os componentes do sistema AGNI são ferramentas projetadas tanto para orientar tomada de decisão clínica acerca de diagnóstico, alocação, planejamento, tratamento e monitoramento de resultados, como para ser interoperáveis com registros de saúde eletrônicos e sistemas de informação e para dar suporte à pesquisa, utilizando *pooled data* de todos os mais de 1.700 diferentes locais de tratamento^{14, 21, 22}.

O AGNI-I* é um instrumento de mensuração psicossocial que integra o estado clínico do paciente com as evidências da pesquisa científica, em uma entrevista estruturada em oito seções principais (antecedentes, uso de substâncias, saúde física, comportamentos de risco, saúde mental, ambiente, aspectos legais e potencialidades vocacionais)¹⁴. Uma vez que este instrumento possui avaliações acerca de sintomas de abstinência e doenças físicas associadas, seu uso é realizado em contextos de cuidado mais intensivo e prolongado.

Na literatura científica, o AGNI-I é descrito como um instrumento para uso em pesquisas sobre uso de AOD, bem como para a realização de

*Versão em português AGNI-I pode ser acessada, como exemplo, em: <http://goo.gl/yJ19pt>

diagnóstico, planejamento do tratamento, avaliação de resultados, entre outros aspectos relacionados ao cuidado de usuários de AOD^{14, 21, 22}.

O AGNI-RR[†] foi desenvolvido originalmente nos EUA, já que fazia-se necessário um instrumento de uso prático e fácil pelas equipes de saúde e pesquisadores, o qual pudesse ser administrado em cinco minutos ou menos para detectar indivíduos com necessidades relacionadas a saúde mental, AOD e crime e violência, classificando-os em um espectro de risco, fornecendo orientação para encaminhamento à avaliação adicional, realização de intervenção breve e ações de prevenção e ou encaminhamento para tratamento especializado²².

Consistente com o AGNI-I, o RR demonstrou-se válido para populações de adolescentes e adultos. Os resultados da avaliação nestas dimensões fornecem diretrizes à decisão clínica sobre as necessidades do paciente, bem como diagnóstico e possibilidades de tratamento²⁰.

O AGNI é uma avaliação completa do indivíduo, exigindo um processo complexo de escore e mensuração das informações por ele coletadas. Após alguns anos de experiência com escore manual e dificuldades vivenciadas neste procedimento, a CHS desenvolveu o GAIN *Assessment Building System* - GAIN ABS, um aplicativo *on-line* que pode ser usado para inserir os dados do indivíduo já no momento de administração do instrumento, emitindo, de modo imediato, relatórios clínicos e diagnósticos do paciente baseados em evidências.¹⁴ O sistema ABS está parcialmente traduzido e adaptado para o português brasileiro, sobretudo no que tange às informações necessárias para a aplicação do AGNI-RR e AGNI-I.

Os instrumentos AGNI-RR e AGNI-I em português, bem como seu sistema ABS, são resultado do projeto matricial de que a presente tese faz parte, denominado “Desenvolvimento da versão Brasileira do *Software* “GAIN Assessment Building System” e Validação dos Instrumentos “Avaliação Global das Necessidades Individuais” para uso no Brasil”

[†]Versão em Português AGNI-RR pode ser acessada, como exemplo, em: <http://goo.gl/28BP2c>

conduzido pelo Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas – GEAD na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.

Estudos anteriores, também vinculados ao projeto supramencionado, realizaram a tradução e adaptação cultural dos instrumentos AGNI para o português falado no Brasil. O presente estudo busca avaliar as propriedades psicométricas do instrumento adaptado ao português falado no Brasil, em suas versões Inicial e Rastreo Rápido, bem como verificar a validade convergente entre as versões. Foram utilizados dados coletados com pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad, e um serviço de internação para usuários de AOD na cidade de São Paulo, São Paulo – Brasil¹³.

2. JUSTIFICATIVA

2.1 ALOCAÇÃO DOS PACIENTES

Uma das funções do AGNI é a indicação de alocação do paciente. Sabemos que o custo do cuidado varia conforme sua intensidade e especificidade, portanto a decisão acerca da alocação do paciente no tratamento pode definir onde uma quantidade razoável de recurso será investida. Atualmente não há, no Brasil, uma diretriz para a alocação de pacientes nos diversos níveis de atendimento na área de álcool e drogas. Nos EUA, existe o critério do ASAM (*American Society of Addiction Medicine*) para alocação de pacientes, categorizado em: nível 0.5 - intervenção precoce, nível 1 - ambulatorial, nível 2 - ambulatorial intensivo, nível 3 - internação, nível 4 - internação intensiva com medicação²³.

Os critérios para alocação são padrões ou diretrizes para tratamento dos problemas decorrentes do consumo de substâncias. A gravidade desses problemas consiste nas condições específicas em que os pacientes devem ser admitidos em um determinado nível de cuidados (critérios de admissão e alocação), se deverão continuar nesse nível de atenção (critérios de permanência – cuidado continuado), e se devem receber alta ou ser transferidos para um outro nível (cuidado compartilhado)^{23, 24}.

Manter um paciente em determinado nível de atenção, quando este já estaria pronto para um nível menos intensivo (ou, na maior parte das vezes, já iniciar o tratamento em um nível menos intensivo), é realizar uso indevido do recurso terapêutico disponível. A internação é sempre mais onerosa, tanto para o paciente como para o sistema de saúde, e é necessário um critério baseado em evidências científicas que justifique ou não este procedimento^{23, 24}.

O custo de um tratamento de internação é cerca de três vezes maior do que o tratamento ambulatorial. Portanto, um paciente cujas evidências indicam tratamento em regime ambulatorial, mas é erroneamente admitido

em um serviço de internação, compromete recursos suficientes para o tratamento de três indivíduos no modelo ambulatorial²⁵.

A seleção do nível adequado de atendimento deve ser realizada com base em evidências científicas e na avaliação das necessidades e preferências individuais. Um indivíduo com indicação de tratamento ambulatorial que é mantido em regime de internação gasta recursos que poderiam ser utilizados para o atendimento mais efetivo de outros indivíduos. Do mesmo modo, um indivíduo que necessita de desintoxicação ou internação e continua sendo cuidado em um nível menos restritivo do que deveria, pode ter complicações e repercussões negativas que irão comprometer a sua saúde e o uso dos recursos disponíveis²³.

A redução de custos na área de álcool e outras drogas não se restringe apenas à alocação correta. Os custos de doenças relacionadas com o consumo de substâncias podem ser potencialmente evitados se ocorrer um maior investimento em recursos de prevenção, intervenção precoce e tratamento em níveis primários. A detecção - com o uso de instrumentos de rastreamento - dos problemas relacionados ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas na população, poderia resultar em economia considerável de custos, tanto em curto como em longo prazo. Embora alguns argumentem que essas economias se dariam apenas no futuro, já que os efeitos de consumo de drogas na saúde são cumulativos e de longo prazo, estudos que vêm sendo conduzidos no mundo todo desde a década de 1990 verificam que cerca de dois terços do impacto do custo é de curto prazo²⁶.

Estudos apontam, ainda, para uma relação positiva entre aumento do consumo de drogas, expansão do mercado de drogas e aumento da criminalidade nos Estados brasileiros. Desta forma, são encontradas na literatura evidências de associação positiva entre o aumento do consumo de drogas e o início ou aumento de envolvimento em atividades criminais²⁷.

Entre outras constatações, a literatura mostra que²⁷:

- 1) Intervenções de baixo custo podem ser tão efetivas quanto aquelas de custo mais elevado;

- 2) Intervenções mais custo-efetivas nem sempre têm implementação mais barata;
- 3) O custo-efetividade de abordagens como a Entrevista Motivacional ou Intervenções Breves é maior do que em outras intervenções;
- 4) Desfechos voltados para a saúde, com tratamentos psicossociais como Entrevista Motivacional, Intervenções Breves e Treinamento de Habilidades Sociais – apresentam redução do custo social.

Pode-se afirmar, portanto, que o consumo de álcool e outras drogas – AOD - tem impacto econômico e social. Quaisquer medidas que visem investimento mais eficiente dos recursos públicos e redução dos custos nesta área são necessárias para o enfrentamento da problemática. Com isso, reforça-se a importância do investimento em rastreamento, alocação correta e tratamentos mais individualizados, baseados em evidências científicas.

Destaca-se, também, a importância de estratégias que busquem prevenir o consumo de drogas e seu agravamento entre as populações, bem como o tratamento dos problemas decorrentes do consumo de substâncias.

2.2 RELATÓRIOS EMITIDOS

O sistema ABS, como mencionado anteriormente, consiste em um conjunto de aplicativos *on-line* que permitem que a entrevista - segura e com senha de proteção - seja realizada com o indivíduo de forma digital e interativa. Os dados são criptografados para a proteção do banco de dados confidenciais¹⁴.

Após a realização da entrevista utilizando-se o aplicativo, é possível solicitar que o sistema gere relatórios clínicos, que buscam unir as necessidades verbalizadas pelo indivíduo durante a entrevista com os dados da literatura científica. Após mais de 20 anos coletando dados acerca das necessidades dos indivíduos e estudando intervenções que foram mais efetivas para cada perfil de usuários, o sistema propõe intervenções e metas a serem trabalhadas de modo individual.

O sistema ABS emite para o AGNI-I três diferentes tipos de relatório, o perfil clínico individual (*Individual Clinical Profile* - ICP[‡]), o resumo das recomendações e encaminhamentos (*GAIN Recommendation and Referral Summary* – GRRS), obtidos por meio do GAIN, e o *Feedback* do Perfil personalizado do paciente (*Personalized Feedback Report* - PFR). Este último (PFR) é um relatório em linguagem simples e acessível, que pode ser lido e trabalhado junto ao paciente em uma sessão de entrevista motivacional ou intervenção breve. Por meio do sistema, a interpretação dos resultados da entrevista é bastante simples. É possível acrescentar dados suplementares a um caso já existente no sistema, com o objetivo de comparar a evolução do paciente, o que permite, inclusive, a avaliação da eficácia do tratamento²⁸.

Para o AGNI-RR, o sistema emite um relatório mais simples, que mostra as áreas de risco para aquele indivíduo, mostrando se há ou não necessidade de realizar uma avaliação mais complexa e encaminhar o indivíduo para serviços. Como um instrumento de rastreamento, seu objetivo é justamente levantar possíveis áreas em que indivíduo possua necessidades e problemas a serem trabalhados[§].

Os instrumentos AGNI, aliados aos relatórios que deles resultam, permitem um projeto terapêutico singular. Qualquer membro da equipe interdisciplinar, após treinamento, pode realizar a entrevista e emitir o relatório. Este não é (e nem se propõe a ser) estático, estimulando-se que os profissionais adicionem quaisquer informações do paciente consideradas necessárias ao texto gerado, que se utiliza de evidências científicas para sugestões ao projeto terapêutico singular. Estes dados, ao serem discutidos em equipe, subsidiam uma atuação integrada, valorizando aspectos além do diagnóstico e da medicação no tratamento dos usuários²⁹.

[‡] Exemplo de ICP (em inglês) em: <http://goo.gl/IVpFAJ>, Exemplo de GRRS (em Inglês) em: <http://goo.gl/PgzHNS>, Exemplo de PFR (em inglês) em: <http://goo.gl/0Bhr04>, Exemplo de ICP (em inglês) em: <http://goo.gl/IVpFAJ>

[§] Exemplo de relatório GAIN-SS Full (em inglês) em: <http://goo.gl/B2Qhdv>

2.3 OS INSTRUMENTOS *GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS - INITIAL E SHORT SCREENER*

O GAIN-I é um instrumento de mensuração psicossocial que integra o estado clínico do paciente, com as evidências da pesquisa científica, em uma entrevista estruturada em oito seções principais (antecedentes, uso de substâncias, saúde física, comportamentos de risco, saúde mental, ambiente, aspectos legais e potencialidades vocacionais)^{6, 22}.

Na literatura científica, o GAIN-I é descrito como um instrumento para uso em pesquisas sobre o consumo de AOD, bem como para a realização de diagnóstico, planejamento do tratamento, avaliação da evolução do paciente, entre outros aspectos relacionados ao cuidado de adolescentes e adultos usuários de AOD^{21, 22}.

O instrumento possui 103 escalas e índices que avaliam os problemas, mensuram as mudanças e documentam o uso de serviços. O GAIN-I articula aspectos e sintomas relacionados ao consumo de substâncias, os quais podem ser encontrados no CID 10 e no DSM IV^{6, 22}.

A administração do instrumento é feita de forma digital e interativa: o entrevistador solicita diversas vezes que o paciente estime dados, como o número de dias/horas que passou utilizando drogas nos últimos meses, a quantidade de droga usada, bem como outros dados relacionados ao consumo. As questões feitas para o paciente possuem sugestões de explicações adicionais em caso de dúvidas, já implementadas no sistema. Além disso, os profissionais da prática clínica também podem ajudar o indivíduo a interpretar seus problemas e respostas, buscando e validando inconsistências entre os dados. Ressalta-se que o paciente pode recusar-se a responder quaisquer perguntas com as quais não se sinta à vontade ou das quais não saiba a resposta^{6, 21}.

Durante a entrevista, são oferecidos intervalos ao paciente. Esses intervalos são importantes, uma vez que a entrevista pode ser longa e o indivíduo fica sujeito a não responder de modo apropriado caso esteja

cansado. Alguns estudos apontam que, quando os intervalos são oferecidos, o tempo total de aplicação é diminuído, uma vez que os clientes são capazes de compreender melhor as questões, fornecendo melhores respostas^{6, 18}.

Os aspectos relativos ao paciente levantados pelo instrumento geram diagnósticos por categorias, em quatro principais tópicos de interesse: sintomas de internalização, definidos pela literatura consultada como “aspectos relacionados à depressão, ansiedade, estresse traumático^{**} e suicídio^{††}”; sintomas de externalização, como déficit de atenção, distúrbio de hiperatividade e desvio de conduta; *problemas relacionados a crimes ou outras complicações legais* com as quais o cliente possa estar envolvido; e *situações de violência*. As informações levantadas permitem, portanto, traçar um perfil amplamente estruturado do paciente, o que pode subsidiar intervenções individualizadas, eficientes e mais adequadas ao perfil psicossocial em questão^{6, 22}.

O GAIN-I é um instrumento aceito pela literatura mundial, uma vez que foi validado e é utilizado em países como Canadá¹⁵ e Estados Unidos da América^{30, 31}, inclusive em versões em espanhol para populações de imigrantes e em francês para certas regiões do Canadá. Outros países como Japão, Rússia, Filipinas, Vietnã, Estados indianos e regiões que falam um dialeto asiático (Hmong), possuem as versões mais curtas do instrumento traduzidas e com análises em progresso¹⁶. O instrumento necessita de alguns cuidados específicos, como treinamento profissional para sua aplicação e um período relativamente longo com o indivíduo. O treinamento e avaliação da equipe dura cerca de dois a três meses e a aplicação do instrumento no indivíduo leva em torno de 90 a 120 minutos^{6, 15}.

Apesar do instrumento ser eficiente na coleta de informações, na década de 1990 eram necessárias de duas a quatro horas para completar todo o processo de aplicação do instrumento, incluindo exames laboratoriais relacionados, avaliações de saúde mental e preenchimento de outros

^{**} Inclui estresse pós-Traumático, estresse traumático agudo, estresse traumático infantil associado a maus tratos, violência interpessoal, entre outros.

^{††} Qualquer pensamento suicida, planejamento, ideação ou tentativas.

documentos. Assim, surgiu a necessidade de novas estratégias para a coleta de dados, as quais tornassem o processo mais rápido e eficiente^{6,31}.

Uma das estratégias utilizadas foi a implantação de uma versão informatizada reduzida do instrumento, o *GAIN Substance Problem Scale* (SPS), que não causou prejuízos em sua validade. A mudança facilitou a coleta de dados, uma vez que estes eram inseridos em um *software*, que gera um relatório com as informações mais importantes a respeito do paciente. Nessa versão informatizada, eliminou-se a necessidade de inserir os dados, já que as respostas dadas pelo paciente passaram a ser preenchidas no computador, gerando o relatório imediatamente após o final da entrevista. A versão reduzida não conta com todas as informações coletadas pelo GAIN-I, porém o relatório possui informações suficientes para a realização de diagnósticos rápidos e de decisão inicial a respeito do tratamento a ser utilizado^{6,31}.

Há um grande número de usuários de AOD que possui como comorbidades transtornos mentais. Indivíduos com múltiplos diagnósticos são, em razão do uso de substâncias, mais propensos a possuir problemas com o tratamento, não aderência à medicação, maior período de permanência no serviço, menor qualidade de vida e piores resultados no tratamento. Neste sentido, o *GAIN Short Screener* (GAIN-SS) é um instrumento que leva de três a cinco minutos para identificar pessoas com comorbidades, encaminhando o indivíduo para serviços e tratamento mais indicados para seu perfil. Assim, o GAIN-SS é apenas uma avaliação inicial para triagem e não substitui uma avaliação mais detalhada. Por sua eficiência e fácil implementação, o GAIN-SS pode ser utilizado em escolas, local de trabalho, instituições legais ou quaisquer outras instituições interessadas em uma detecção precoce e implantação de intervenção, como serviços de atenção básica, prontos-socorros, entre outros^{6,22}.

Análises psicométricas realizadas verificaram que as versões reduzidas são confiáveis e mostraram correlação com as versões completas. As versões completas e a reduzida mostram uma convergência similar em termos de índices de validade e consistência interna^{6,19}.

Artigos apontam como importante limitação do GAIN-I o autorrelato, sendo necessário, em alguns casos, o uso de exames complementares e outras coletas de dados para validar as informações. Por meio dos artigos, verifica-se que o instrumento GAIN-I pode facilitar a detecção de comportamentos de risco, entre outros aspectos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, bem como fornecer informações para estratégias de prevenção primária e secundária nos serviços de saúde e auxiliar no planejamento do tratamento e de intervenções individualizadas^{6, 22, 32}.

A literatura descreve o GAIN-I como um instrumento capaz de produzir um diagnóstico minucioso a respeito do consumo de drogas e de seus problemas decorrentes. Os benefícios desse diagnóstico vão desde um melhor planejamento do tratamento, baseado nas necessidades individuais dos usuários, à prevenção de agravos psicossociais decorrentes do consumo de AOD^{6, 21, 22, 32}.

Os estudos apontam, também, a necessidade de instrumentos para intervenções em escolas e locais de trabalho, dentre outros locais da comunidade. Uma das medidas sugeridas para solucionar o problema é a construção de novos espaços para a prática de intervenções breves ou motivacionais^{6, 18, 19, 33, 34}.

Como dito anteriormente, existem diversas versões do GAIN, cada uma projetada para fornecer uma abordagem progressiva para a avaliação, em diferentes momentos, em distintos contextos e para diferentes populações. Cada um desses instrumentos possui uma breve descrição apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Versões do GAIN e tempo necessário para administração. Revisão da Literatura, 2014.

Nome/ Tradução/ Sigla	Características	Tempo de Administração
GAIN <i>Initial</i> AGNI Inicial GAIN-I	Completa avaliação biopsicossocial que integra a pesquisa e a prática clínica para diagnóstico, alocação em diferentes tipos de tratamento, planejamento individualizado e avaliação do programa.	120 minutos
GAIN <i>monitoring 90 days</i>. AGNI monitoração de 90 dias. GAIN M90.	É um instrumento de acompanhamento trimestral que monitora a resposta dos participantes ao tratamento e sua evolução após a alta.	45 - 60 minutos.
GAIN <i>Quick 3</i>. AGNI-R3. GAIN – Q.	É um subconjunto de itens do GAIN-I, composto por avaliações patológicas, de intercorrências e escalas de utilização de serviços, e foi projetado para tornar as consultas mais eficientes. As respostas do GAIN-R3 também podem ser utilizadas para apoiar intervenções breves e Entrevista Motivacional.	20 - 30 minutos
GAIN-Q– <i>Monitoring 90 Days</i>. AGNI-R3 acompanhamento de 90 dias. GAIN QM.	É um subconjunto do GAIN M90 projetado para monitorar os resultados trimestrais de acompanhamento da avaliação do GAIN-Q. O GAIN-QM contém menos itens do que o GAIN-M90.	15 - 20 minutos
GAIN <i>Short Screener</i>. AGNI-Rastreio Rápido. GAIN- SS/AGNI-RR.	Para uso na população em geral, rápido e preciso para identificar pessoas que precisam de avaliação adicional em razão de prejuízos relacionados ao uso de AOD ou transtornos mentais. O GAIN-SS é um instrumento muito menor: inclui quatro subescalas de sintomas de internalização, sintomas de externalização, problemas relacionados a uso de AOD e problemas relacionados a crime e violência.	5 minutos.
<i>Treatment Satisfaction Index</i>. Índice de satisfação com o tratamento. TxSI.	É uma avaliação de uma página destinada a medir a relação de trabalho entre a equipe de atendimento e o cliente, bem como coletar a opinião dos clientes sobre o tratamento recebido.	5 minutos

Fonte: Manual do GAIN-I e artigo da literatura^{6, 14}

Os artigos selecionados demonstraram o uso satisfatório do instrumento GAIN-I em adolescentes e adultos^{6, 22, 35}.

O instrumento GAIN-I também foi utilizado em clientes que apresentam comorbidades psiquiátricas, como depressão, ideação suicida,

entre outros. Também mostrou boa performance ao ser utilizado em adolescentes em conflito com a lei, tanto em serviços de atendimento ambulatorial como em serviço de internação^{6, 14, 36-38}.

Os adultos usuários de AOD, descritos nos estudos em que o GAIN-I foi utilizado, apresentaram maior propensão a comorbidades, como tendência a sintomas de internalização (depressão, ansiedade, estresse traumático e aspectos relacionados ao suicídio) e diagnóstico de dependência de substâncias. Já os adolescentes apresentaram maior tendência ao consumo (e não dependência) de substâncias, transtornos - como déficit de atenção, distúrbio de hiperatividade e desvio de conduta -, e problemas relacionados a crime e violência^{6, 22}.

Os indivíduos submetidos a entrevistas com o GAIN-I nos estudos pertencem a grupos heterogêneos, sugerindo que o instrumento pode ser amplamente utilizado⁶.

2.3.1 Pontuação e Propriedades Psicométricas do GAIN-I nos EUA

2.3.1.1 Pontuação do GAIN-I

Ao longo do instrumento são utilizados métodos diferentes de pontuação das respostas do indivíduo. Algumas escalas possuem opções de resposta de Sim (1) ou Não (0) para seus itens, além de escalas somatórias, como a Escala de Prejuízo Cognitivo, que atribui números conforme as opções escolhidas pelos pacientes, em questionamentos relativamente simples, para verificar se o respondente escolhe a opção verdadeira ou a errada (escala de erro e acerto). São aplicadas questões tais como: “que dia é hoje?” ou “conte de 20 a 1”, e são atribuídos números que representam a quantidade de erros nas informações, a fim de criar um escore somatório parcial que poderá sugerir se aquele usuário de AOD apresenta ou não comprometimento cognitivo^{6, 14, 39}.

2.3.1.2 Propriedades Psicométricas do GAIN-I

O GAIN-I conta com 103 escalas. As principais possuem coeficiente alfa (α) superior a 0,9, ao passo que as subescalas apresentam α superior a 0,7. A performance da consistência interna dessas escalas foi considerada de boa a ótima em estudos com populações que variaram em gênero, raça, idade e local de origem, bem como em níveis de cuidado; houve, também, participação de inúmeros subgrupos clínicos, como mulheres grávidas, usuários de drogas injetáveis, moradores de rua e pessoas com comorbidades psiquiátricas^{6 14}.

Em estudo utilizando dados de 1.028 adolescentes de 14 ambulatórios e programas residenciais, foi verificado que as escalas do GAIN-I possuem alta consistência interna nas escalas e subescalas específicas: a) Escala de Problemas com Substâncias (16 itens / $\alpha = 0.9$) e suas subescalas: Índice de Questões decorrentes de Substâncias (5 / 0.67), Índice de Abuso de Substância (4 / 0.70), Escala de Dependência de Substância (7 / 0.83), e Escala de Distúrbio por Uso de Substância (11 / 0.87); b) Escala de Sofrimento Mental Interno (39 itens, $\alpha = 0.94$) e suas subescalas: Índice de Sintomas Somáticos (4 / 0.69), Escala de Sintomas Depressivos (6 / 0.77), Escala de Pensamentos Homicidas e Suicidas (4 / 0.83), Escala de Sintomas de Medo e Ansiedade (10 / 0.77), Escala de Estresse Traumático (13 / 0.92) e Escala de Sofrimento Mental Geral (21 / 0.88); c) Escala de Complexidade do Comportamento (33 itens / $\alpha = 0.91$) e suas subescalas: Escala de Transtornos de Atenção (9 / 0.88), Escala de Hiperatividade e Impulsividade (9 / 0.81), Escala de Transtorno de Conduta (15 / 0.82), Escala de Transtorno de Déficit de Atenção (18 / 0.90); d) Escala de Crime e Violência (22 itens / $\alpha = 0.9$)^{6, 14, 39}.

Com o propósito de analisar a validade da mensuração proposta pelo GAIN-I, diferentes métodos que reportam o consumo de substância foram comparados (autorrelato, urina e saliva) para determinar a validade dos itens de autorresposta, e cada método foi consistente com a estimativa combinada de qualquer uso. A estatística Kappa foi de 0,59 para autorrelato, 0,69 para urina e 0,56 para saliva. Retomando a consistência interna da medida, o GAIN-I demonstrou-se confiável em um estudo de teste-reteste, cujas

avaliações obtiveram coeficiente de correlação de Spearman (ρ) de 0,94. Ademais, diagnósticos baseados no GAIN-I apresentaram consistência interna consistente em estudo de teste-reteste para transtornos decorrentes do uso de substâncias, possuindo Kappa 0,60^{6, 14, 40}.

Usando análise discriminante, as escalas do GAIN-I foram capazes de estabelecer com precisão diagnósticos psiquiátricos independentes por uma equipe em estudo cego de comorbidades psiquiátricas, dentre as quais: transtorno de déficit de atenção ($\kappa = 1.00$), transtornos de humor ($\kappa = .85$), desvios de conduta/transtorno desafiador de oposição ($\kappa = .82$), transtornos de ajustamento ($\kappa = .69$), ou a falta de diagnóstico de não uso de substância ($\kappa = .91$), e foram capazes de discriminar as outras desordens primárias transversalmente a essas condições ($\kappa = .65$). Estudos feitos com adultos e adolescentes encontraram boa consistência interna em teste-reteste em termos da frequência do uso ($r = 0,7$ a $0,8$), bem como na necessidade de tratamento ($\kappa = 0,78$). Autorrelatos foram consistentes com os relatos dos pais, testes com urina e saliva (κ de $0,5$ a $0,8$)^{6, 40, 41}.

Outro estudo avaliou a consistência interna e a validade do GAIN comparativamente ao *TimeLine FollowBack* (TLFB). Ambos os instrumentos podem ser utilizados para levantar dados a respeito do número de dias e quantidades de consumo de álcool e *cannabis*. Na análise realizada entre os dois instrumentos, foi observado que eles têm validade similar nos termos de relacionamento com os sintomas de consumo ou dependência^{6, 21}.

Considerando as propriedades psicométricas descritas acima, o instrumento GAIN-I possui bons índices de validade e consistência interna, tanto para uso com adultos como com adolescentes, em diversas regiões dos EUA.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos “Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreo Rápido”

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mensurar a consistência interna das escalas que compõem o instrumento AGNI-I (15 escalas a serem mensuradas: *Substance Frequency Scale* - SFS; *Current Withdrawal Scale* - CWS; *Self-Efficacy Scale* - SES; *Substance Problem Scale—Lifetime* - SPSL; *Health Distress Scale* - HDS; *Health Problem Scale* - HPS; *Internal Mental Distress Scale* - IMDS; *General Mental Distress Scale* - GMDS; *Behavior Complexity Scale* - BCS; *Emotional Problem Scale* - EPS; *Environmental Risk Scale* – ERS21; *General Victimization Scale* - GVS; *Illegal Activities Scale* - IASS; *Employment Activity Scale* - EMAS; e *General Individual Severity Scale* - GISS)
- Mensurar a consistência interna das escalas que compõem o instrumento AGNI-RR (cinco escalas a serem mensuradas: *Internal Disorder Screener* - IDScr; *External Disorder Screener* - EDScr; *Substance Disorder Screener* - SDScr; *Total Disorder Screener* TDScr; *Crime/Violence Screener* CVScr)
- Verificar se há associação na gravidade dos usuários do CAPSad em seus problemas detectados para o consumo de AOD (SDScr) com as três outras escalas do AGNI-RR;
- Mensurar as propriedades psicométricas do modelo de Rasch das escalas que compõem o instrumento AGNI-RR;

- Mensurar as propriedades psicométricas do modelo de Rasch da escala SPS que compõe o instrumento AGNI-I;
- Mensurar a validade convergente entre IDScr e IMDS (AGNI-I);
- Mensurar a validade convergente entre EDScr (AGNI-RR) e BCS (AGNI-I);
- Mensurar a validade convergente entre SDScr (AGNI-RR) e SPS (AGNI-I);
- Mensurar a validade convergente entre CVScr (AGNI-RR) e CVS (AGNI-I);
- Mensurar a validade convergente entre TDScr (AGNI-RR) e GISS (AGNI-I).

4. MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo caracterizado como metodológico, uma vez que faz menção às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação de instrumento em sua adaptação transcultural. Neste estudo, a meta é a validação de um instrumento para a língua portuguesa, preciso e utilizável, e que possa ser empregado por outros pesquisadores e profissionais da prática clínica⁴².

O estudo de validação dos instrumentos “Global Appraisal of Individual Needs” – GAIN-I e GAIN-RR foi realizado com a autorização dos desenvolvedores (ANEXO 01). Os instrumentos tem como título em português “Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreio Rápido” – AGNI-I^{††} e AGNI-RR^{§§}. Objetivou-se a validação desses instrumentos na versão brasileira^{43, 44}.

Foram utilizados para coleta de dados, portanto, as duas versões do instrumento “Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreio Rápido”.

4.2 LOCAL DE ESTUDO, ASPECTOS ÉTICOS E REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada em duas fases, a serem denominadas fase pré-teste e segunda fase.

4.2.1 Fase pré-teste

O pré-teste do instrumento AGNI-I iniciou-se no ano de 2011, no Serviço de Atenção Integral ao Dependente (SAID). Tratava-se de um

^{††} Acesso à versão própria para impressão do instrumento em AGNI-I em português por meio do link: <http://goo.gl/5cwcNS>

^{§§} Acesso à versão própria para impressão do instrumento em AGNI-RR em português por meio do link: <http://goo.gl/KejxKx>

centro para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, em convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo e o Hospital Samaritano. O serviço localizava-se na Avenida Almirante Delamare, 3.033, zona sul da capital. Este serviço possuía 80 leitos: 14 na ala Adulto Feminino, 26 na Adulto Masculino, 16 na Adolescente Masculino, 16 na Unidade Feminina Infância e Adolescência e oito leitos na Infantil. O tempo médio de permanência dos usuários no serviço era de um a três meses⁴⁵.

A coleta de dados do pré-teste foi realizada no período de 01 de outubro de 2011 a 26 de dezembro de 2011. Pretendia-se coletar os dados da segunda fase da pesquisa no mesmo serviço, entretanto a coleta foi impossibilitada, uma vez que o serviço foi descontinuado. Foram entrevistados, no período, 40 indivíduos internados no serviço com o instrumento AGNI-I. Esta fase da coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP e pelo CEP do Hospital Samaritano (Anexos 2 e 3).

As entrevistas foram conduzidas no SAID, em ambiente confortável, sem interrupções, preservando a privacidade do indivíduo (sem a possibilidade de que outros escutassem a entrevista), com a presença apenas do entrevistador e do sujeito. As entrevistas no SAID foram realizadas em papel, uma vez que o sistema ABS ainda não estava finalizado.

4.2.2 Segunda fase de coleta de dados

A segunda fase da coleta foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial em AOD da cidade de São Paulo - CAPSad Sacomã. Os CAPSad oferecem assistência integral, com atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros) e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte e social); atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família, atendimento de desintoxicação e atividades comunitárias enfocando a integração e a inserção familiar e social.⁴⁶ O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (instituição proponente) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (instituição coparticipante), sob número de processo CAE 15450713.8.0000.5392 (Anexos 4 e 5). A unidade que serviu de campo para esta pesquisa localiza-se no endereço: CAPSad Sacomã: Rua do Grito, 635, Sacomã e telefone: (11)22960105.

As entrevistas foram conduzidas no CAPSad, em ambiente confortável, sem interrupções, preservando a privacidade do indivíduo (sem possibilidade de que outros escutassem a entrevista), com a presença apenas do entrevistador e do sujeito.

No período da coleta de dados, foram iniciados 444 planos terapêuticos individuais no serviço. Destes, 93 indivíduos foram excluídos por terem buscado tratamento apenas para o consumo de tabaco, 33 indivíduos tinham idade superior a 60 anos e 14 indivíduos tinham idade inferior a 18 anos. Dos 304 indivíduos elegíveis para a pesquisa, 128 compareceram ao agendamento da avaliação e aceitaram participar dela, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Uma vez que a coleta de dados não atingiu o número amostral pretendido (ver seção 4.3) para a análise do instrumento AGNI-I, as entrevistas realizadas no pré-teste e na segunda fase de coleta foram reunidas para a análise de consistência interna. Foram comparados os intervalos de confiança do alfa de Cronbach das escalas estudadas no AGNI-I para verificar se há prejuízo metodológico no uso dos dados de ambas as fases de coleta. Estas comparações estão apresentadas em forma de diagramas e tabela no item 5.3.16 da presente tese.

4.2.3 Riscos da coleta de dados

O único risco identificado foi o estresse emocional, uma vez que os itens questionados aos indivíduos são de ordem pessoal e avaliam saúde mental e problemas relacionados ao consumo de substâncias. Indivíduos

chorosos ou com sintomas depressivos, em abstinência, intoxicados ou com qualquer outra alteração detectada como estressora associada a uma entrevista longa, foram encaminhados para avaliação da equipe e acolhidos em suas necessidades.

4.2.4 Benefícios da coleta de dados

Visto que as informações coletadas pelo AGNI são consideradas pela literatura como relevantes para o planejamento do tratamento do usuário de AOD, e também que trata-se de um instrumento que avalia o indivíduo em seus antecedentes familiares, uso de AOD, saúde física, saúde mental, comportamentos de risco, aspectos socioeconômicos, aspectos legais, potencialidades vocacionais, entre outros, os relatórios emitidos pelo sistema ABS foram disponibilizados aos enfermeiros de referência de cada usuário do CAPSad, que os anexaram aos prontuários dos usuários para consulta da equipe.

No caso do SAID, uma vez que o sistema ABS ainda estava em fase de desenvolvimento, portanto impossibilitando que o relatório clínico fosse gerado, foi realizado um relatório resumo das informações consideradas mais relevantes ao tratamento de cada usuário entrevistado, as quais foram encaminhadas a cada uma das coordenadoras das unidades do SAID e anexadas aos prontuários dos pacientes.

4.3 AMOSTRAGEM, ABORDAGEM AOS INDIVÍDUOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram convidados a participar da pesquisa os indivíduos admitidos ao tratamento. Visto que os instrumentos foram idealizados para avaliação inicial e rastreamento, foram incluídos indivíduos do primeiro ao décimo dia

após o início do tratamento (1º ao 10º dia de início - DI), como ilustrado na Figura 1.

Foram abordados todos os indivíduos elegíveis admitidos no serviço no período determinado para a coleta de dados. De acordo com Linacre (1994), a maior parte dos estudos que verificam as propriedades Rasch de um instrumento trabalham com amostras de, em média, 150 a 250 indivíduos. Foi utilizado o procedimento de amostra por conveniência, uma vez que as entrevistas se limitaram ao período de 01 de outubro de 2011 a 26 de dezembro de 2011 para o pré-teste e 11 de março a 20 de dezembro de 2014 para a segunda fase da pesquisa⁴⁷.

As entrevistas no CAPSad foram conduzidas conforme orientado na Figura 1, em ambiente confortável, preservando-se a privacidade do indivíduo, com a presença apenas do coletador e do sujeito. Tratando-se de entrevista longa, foram oferecidos intervalos, água e alimentos, e, nos casos em que houve cansaço e incompatibilidade de horário por parte dos indivíduos entrevistados, a continuação da entrevista foi postergada para outra data.

No SAID, em cada uma das quatro enfermarias foi apresentado o projeto de pesquisa, e os 40 indivíduos que demonstraram interesse em participar foram entrevistados. As entrevistas foram conduzidas em ambiente confortável, preservando-se a privacidade do indivíduo, com a presença apenas do coletador e do sujeito. Tratando-se de entrevista longa, foram oferecidos intervalos, água e alimentos, e, nos casos em que houve cansaço e incompatibilidade de horário por parte dos indivíduos entrevistados, a continuação da entrevista foi postergada para outra data.

4.3.1 Critérios de Inclusão para o SAID (pré-teste):

Indivíduos entre 12 e 80 anos de idade, em condições de participar de entrevista com duração aproximada de duas horas (o que foi questionado

à equipe dos serviços e ao próprio indivíduo), que aceitaram participar após explicados os objetivos e assinado o Termo de Consentimento.

4.3.2 Critérios de Inclusão para o CAPSad (segunda fase):

Indivíduos entre 18 e 60 anos de idade, em condições de participar de entrevista com duração aproximada de duas horas (o que foi questionado à equipe dos serviços e ao próprio indivíduo), que aceitaram participar após explicados os objetivos e assinado o TCLE.

Figura 1: Fluxo para a abordagem e tomada de decisão para a coleta de dados com o AGNI-I e o AGNI-RR.

4.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa indivíduos que retiraram o consentimento após iniciada a entrevista, abandonaram a coleta antes de sua finalização ou cuja entrevista não foi finalizada por qualquer outro motivo.

4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Tabulação e Tratamento dos dados

As entrevistas realizadas no SAID, fase de pré-teste, foram codificadas em papel e tabuladas no sistema *Global Appraisal of Individual Needs - GAIN - Assessment Building System*, o GAIN ABS, aplicativo *on-line* para inserção de dados coletados no momento da aplicação do instrumento, o que resulta em relatórios clínicos e diagnósticos¹⁴

As entrevistas realizadas no CAPSad – segunda fase de coleta de dados -, foram realizadas por meio do sistema ABS, utilizando-se *notebook* e acesso à Internet móvel para conexão à ferramenta. O acesso ao sistema é protegido por senha e os dados são criptografados para garantir a segurança das informações confidenciais. Os dados foram coletados pela doutoranda e por uma mestrandia do GEAD. A doutoranda possui certificação para o treinamento de coletadores, e a mestrandia foi devidamente treinada para participar da coleta de dados.

Os dados do GAIN ABS foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão *Statistics 20* para Windows®. Para a análise dos dados foi mensurado o coeficiente de consistência interna de alfa de Cronbach, validade convergente entre as versões AGNI-RR e AGNI-I, bem como realizada uma análise estatística descritiva dos dados.

A análise do modelo de Rasch do instrumento AGNI-RR foi realizada por meio dos *softwares R Studio* e *Stata* para Windows®.

4.4.2 Análise dos dados

4.4.2.1 Consistência interna – alfa de Cronbach

Procedimentos estatísticos que verificam se há consistência entre os itens de uma escala de mensuração são comuns no estudo do comportamento humano. De todos os procedimentos para a verificação da consistência entre os itens, o mais utilizado é o cálculo do alfa de Cronbach. Quando os itens correlacionados medem comportamentos que estão associados (covariam), pode-se dizer que há consistência entre eles na escala. Itens que medem coisas pouco ou não correlacionadas com o restante dos itens da escala diminuem o coeficiente alfa de Cronbach, e no resultado da análise é possível verificar quais são eles – o que pode sugerir sua remoção da escala, a fim de que esta tenha uma melhor consistência interna⁴⁸.

Para a mensuração da consistência interna do instrumento, foi mensurado o alfa de Cronbach (ou o alfa do coeficiente). Os índices de consistência interna variam entre 0,00 e 1,00. Quanto mais alto o valor do coeficiente de consistência interna, mais consistente é a medida⁴².

Embora existam diversas críticas à mensuração da consistência interna pelo coeficiente alfa, ainda é uma medida muito utilizada, sobretudo na área da saúde e psicologia, uma vez que facilmente aponta itens divergentes do restante da escala⁴⁹.

4.4.2.2 Validade – modelo de Rasch

No modelo de Rasch convencional, idealizado para uso na área da educação e avaliação de conhecimento, é levada em conta a dificuldade do item e a habilidade do sujeito em responder a ele. Para mensurar as propriedades do instrumento utilizando Rasch, tem-se como variável

dependente uma probabilidade de erro ou acerto de um item para cada pessoa. Acerto, no presente caso, equivale a responder positivamente a um item de acordo com uma maior quantidade da característica (*trait*) que está sendo mensurada. Um exemplo seria um instrumento que mensura gravidade de consumo de álcool: para cada item que mensura este uso, o acerto é dado como uma resposta positiva (o entrevistado possui o problema mensurado pelo item). Uma pessoa com problemas mais graves possui mais respostas positivas do que uma pessoa com problemas menos graves. Desta forma, o modelo Rasch analisa se a escala é de fato capaz de detectar mais gravidade nas pessoas mais graves^{50, 51}.

As variáveis independentes são o traço de habilidade do sujeito (quanto o indivíduo possui do *trait* mensurado – no presente caso, quão mais grave é em relação ao seu consumo de AOD) (Φ) e o nível de dificuldade do item parâmetro (a palavra mais indicada seria “raridade” – sintomas mais raros seriam respondidos positivamente por usuários com problemas mais graves, da mesma forma que questões mais difíceis de uma prova são acertadas por indivíduos mais inteligentes) (δ)⁵⁰.

Para que sejam mensuradas, as variáveis independentes são aditivamente combinadas, sendo o escore da escala considerado suficiente para descrever o indivíduo, e a dificuldade do item é subtraída da habilidade do sujeito. A probabilidade de acerto - variável dependente - é modelada pelo logaritmo de chance do sujeito responder ao item corretamente, sendo expressa pela relação entre a probabilidade de acerto (P_{is}) e a probabilidade de erro ($1 - P_{is}$), i indicando o indivíduo, s o item, Φ a habilidade do sujeito i e δ a dificuldade do item s , seguindo a notação matemática⁵⁰:

$$\log \left(\frac{P_{is}}{1 - P_{is}} \right) = \Phi_s - \delta_i$$

Se a magnitude de Φ é igual à da dificuldade δ , as probabilidades de acerto e erro são idênticas ($P = 0,5/0,5$). A relação entre Φ e δ indica que a habilidade pode ser inferida a partir de um item com dificuldade conhecida⁵⁰.

O modelo de Rasch é um método prescritivo, por meio do qual é possível verificar se a escala testada atende às condições necessárias e suficientes para a mensuração fundamental desejada. O objetivo é alcançar um bom ajuste dos dados ao modelo, que atende aos requisitos necessários para a mensuração fundamental. As escalas que atendem aos requisitos do modelo de Rasch são adequadas para a mensuração da variável latente.

Por fim, antes e após a aplicação do modelo de Rasch, foram realizadas Análises de Componente Principal para verificar se o pressuposto da unidimensionalidade exigido para a aplicação do modelo é atendida pelos dados. Unidimensionalidade é a avaliação, pelo conjunto de itens, de uma única dimensão latente. Para tal, analisamos em um primeiro momento os escores brutos das escalas para verificar a existência de uma variável latente mensurada pela mesma e, em seguida, os resíduos do modelo de Rasch a fim de verificar se existe alguma outra variável secundária após a remoção de variância do fator latente.

O modelo de Rasch e as Análises de Componente Principal foram aplicados ao instrumento AGNI-RR e à escala *Substance Problem Scale*, do AGNI-I.

4.4.2.3 Associação entre as medidas do AGNI-RR

Para a verificação da associação entre as escalas do instrumento AGNI-RR, foi realizada uma regressão de Mínimos Quadrados Ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*), utilizando como variável dependente (VD) a escala SDScr e como variáveis independentes (VIs) as escalas IDScr, EDScr e CVScr. O objetivo desta análise é averiguar se o princípio que norteia o instrumento AGNI-RR, cujas gravidades nestas três áreas

agravam e reforçam os problemas decorrentes do uso de AOD, é observado também na realidade brasileira, justificando assim o uso de um instrumento multidimensional para rastreamento.

A regressão OLS tem como objetivo prever uma variável de resposta (variável dependente), a partir de uma ou mais variáveis explicativas (variáveis independentes), que minimize o erro (soma do quadrado dos erros), o que resulta em uma linha de regressão mais próxima possível de todos os dados dos parâmetros estudados⁵².

Na regressão OLS deve existir relação linear representada por:

$$y_i = \alpha + \beta * X_i + e_i$$

A equação mostra como uma variável de resposta média y_i varia de acordo com um vetor de variáveis independentes X_i com um intercepto α , uma inclinação β e um termo de erro e_i ⁵².

Foram realizadas regressões univariadas para cada uma das VIs, e aquelas que apresentaram $p \leq 0,3$ foram incluídas no modelo múltiplo. No modelo múltiplo, por sua vez, foram consideradas estatisticamente significativas as relações que tiveram $p \leq 0,05$.

4.4.2.3 Validade convergente entre os instrumentos AGNI-RR e AGNI-I

A validade convergente mede em que grau uma medida particular de um constructo se relaciona com outra medida para o mesmo constructo.⁴⁹ Uma vez que as escalas do instrumento de AGNI-RR se propõem a levantar áreas problema, as quais serão melhor avaliadas pelo AGNI-I, supõe-se que os escores para essas áreas sejam correlacionados com os escores das respectivas áreas mensuradas pelo AGNI-I.

Para a análise da validade convergente entre duas medidas que mensuram coisas semelhantes, é verificada a correlação entre os escores das escalas. Aqui, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (rho).

A correlação entre as subescalas dos instrumentos AGNI-RR e AGNI-I foi calculada a partir de uma matriz de correlação, a qual comparou cada uma das quatro subescalas do instrumento AGNI-RR com as suas versões mais amplas no instrumento AGNI-I. (IDScr com IMDS, EDScr com BCS, SDScr com SPS e CVScr com CVS). O índice calculado de correlação de Pearson (ρ) varia de -1 a 1, sendo valores próximos de 0 sugestivos de não correlação, próximos a -1 sugestivos de correlação negativa e próximos a +1 sugestivos de correlação positiva. A literatura sugere que de 0,1 a 0,4 a correlação é positiva e fraca, acima de 0,4 até 0,7 a correlação é positiva e moderada, acima de 0,7 até 0,9 a correlação é positiva e forte e, por fim, acima de 0,9 até 1 a correlação é perfeita^{53, 54}.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram entrevistados, no total, 168 indivíduos, distribuídos como demonstrado abaixo na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos indivíduos entrevistados por local e instrumento utilizado. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Local/instrumento	Total	%
SAID - AGNI-I	40	23.81%
CAPSad - Somente AGNI-RR	44	26.19%
CAPSad - AGNI-I + AGNI-RR	70	41.67%
CAPSad - AGNI-I descartado + AGNI-RR incluído	14	8.33%
Total	168	100.00%

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Aos indivíduos do CAPSad Sacomã, foi solicitado que respondessem a princípio à entrevista rápida (AGNI-RR) e, em seguida, à entrevista mais longa (AGNI-I). Após a realização da entrevista rápida, procedeu-se à aplicação da primeira escala do AGNI-I, a escala de prejuízo cognitivo. Caso pontuasse de 0 a 10, o indivíduo era convidado a realizar a entrevista longa, com duração aproximada de duas horas. Os indivíduos com pontuação superior a 10 eram encaminhados para a equipe, a fim de que fosse verificado se o prejuízo cognitivo apontado pela escala tratava-se apenas de uma situação de intoxicação - que deveria ser acolhida pela equipe - ou se precisariam de uma avaliação psiquiátrica urgente para verificar a possibilidade de diagnóstico relacionado a prejuízo cognitivo. Do total de indivíduos abordados, 16 (12,5%) foram encaminhados para este tipo de avaliação.

Alguns indivíduos não foram entrevistados com o AGNI-I ou não tiveram a entrevista finalizada, como descrito abaixo na Tabela 2. Do total de indivíduos, 128 (100%) realizaram a entrevista AGNI-RR e 70 a entrevista AGNI-I.

Tabela 2: Descrição das abordagens e entrevistas realizadas. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Instrumento e situação das entrevistas		n	%
AGNI-RR	Entrevistas realizadas	128	100.00%
	Total	128	100.00%
AGNI-I	Entrevista não realizada	44	34.40%
	Entrevista realizada	84	65.60%
	Total	128	100.00%
AGNI-I finalizados	Entrevistados	70	54.70%
	Indivíduo choroso/sintomas depressivos	9	7.00%
	Encaminhado a outro serviço após AGNI-RR	2	1.60%
AGNI-I Não realizados - motivos	Não finalizado	14	10.90%
	Verbalizou fissura com extremo desconforto	1	0.80%
	Não compareceu ao agendamento do AGNI-I	9	7.00%
	Prejuízo Cognitivo	16	12.50%
	Recusou AGNI-I, respondeu AGNI-RR	6	4.70%
	Urgência Clínica	1	0.80%
	Total	128	100.00%

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Dos 128 indivíduos entrevistados no CAPSad Sacomã, observou-se predomínio do gênero masculino (85,2%), com idade média de 36,79 anos em tempo médio de 12 minutos de entrevista. Os sintomas mais relatados pela amostra foram os de internalização (três sintomas, em média) e relacionados ao consumo de AOD (3,73 sintomas, em média). Os dados sóciodemográficos encontram-se a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, no CAPSad Sacomã. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Média	IC 95%		Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
		Limite Inferior	Limite Superior				
Idade	36.79	34.94	38.63	36.00	10.547	10	60
Tempo de entrevista (em minutos)	12.71	10.92	14.50	10.00	10.229	3	80
Sintomas do IDScr*	3.05	2.72	3.39	3.00	1.900	0	6
Sintomas do EDScr[†]	2.10	1.79	2.41	2.00	1.756	0	7

Sintomas do SDScr[‡]	3.73	3.49	3.98	4.00	1.389	0	5
Problemas do CVScr[§]	1.01	.81	1.20	1.00	1.105	0	5
Sintomas TDSer	9.90	9.11	10.69	9.50	4.503	0	22
Gênero	n	%					
Masculino	109	85,2					
Feminino	19	14,8					
Total	128	100,0					

Fonte: Coleta de dados, 2014.

* Número de sintomas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 6 sintomas.

† Número de sintomas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 7 sintomas.

‡ Número de sintomas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 5 sintomas.

§ Número de problemas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 5 sintomas.

|| Número de problemas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 23 sintomas.

Intervalo de Confiança 95% - IC 95%

Dos 110 indivíduos entrevistados com o AGNI-I (40 no SAID e 70 no CAPSad), observou-se predomínio do gênero masculino (70%), idade média de 33.35 anos, idade média de primeiro consumo 15.82 anos, com mínimo de sete e máximo de 42 anos de idade; 41,8% se identificaram como brancos, 67,3% nunca estiveram em situação de rua, 38,2% eram tabagistas no momento da coleta dos dados, 91,8% possuíam vida sexualmente ativa no ano anterior à entrevista, 73,6% relataram nunca ter se envolvido em atividade criminal, 30,9% relataram ter sofrido mental ou psicologicamente nos dois dias que antecederam a entrevista; para 44,5% da amostra este era o primeiro episódio de tratamento e 80,9% sentiram-se embriagados ou alterados em ao menos um dos 90 dias que antecederam a coleta de dados. Os dados sócio-demográficos encontram-se abaixo, na Tabela 4.

Tabela 4: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, entrevistados com o AGNI-I no SAID e CAPSad Sacomã. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

		Média	Mediana	Mínimo	Máximo
	Idade	33.35	32.00	14.00	65.00
	Idade no primeiro uso	15.82	14.00	7.00	42.00
		n	%		
Sexo	Masculino	77	70.0%		
	Feminino	30	27.3%		

	.00	49	44.5%
	1.00	18	16.4%
	2.00	15	13.6%
Episódios de	3.00	9	8.2%
Tratamento para	4.00	8	7.3%
AOD anteriores	5.00	5	4.5%
	Mais do que 5	6	5.5%
	Total	110	100.0%
	Missing	1	.9%
	0	20	18.2%
	1-10	24	21.8%
Dias dos últimos 90	11-30	26	23.6%
nos quais sentiu-se	31-50	11	10.0%
embriagado/alterado	51-60	9	8.2%
por uso de AOD	61-90	19	17.3%
	Total	110	100.0%

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.2 AGNI-RR

5.2.1 Consistência interna

Nesta seção são apresentados os resultados da análise de consistência interna do instrumento AGNI-RR. O instrumento possui 23 itens que compõem a escala TDScr, os quais estão divididos em quatro subescalas: IDScr, EDScr, SDScr, CVScr.

Será apresentada, a seguir, a análise de consistência interna para cada uma dessas cinco escalas.

5.2.1.1 Consistência interna do instrumento total

Foram entrevistados 128 sujeitos com o AGNI-RR. Para dois deles (1,6% do total), itens que fazem parte da TDScr foram codificados como *missing* no banco de dados, o que os excluiu da análise de consistência interna. Dessa forma, apenas 126 casos foram utilizados para a consistência interna do instrumento completo.

Tabela 5: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala TDSr. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Média	Variância	Desvio Padrão	Nº Items	Alfa de Cronbach	IC 95%	
39.28	277.994	16.673	23	0.828	0,782	0,869

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Como observado acima, na Tabela 5, o índice de consistência interna do instrumento é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,828$), considerado, portanto, confiável.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas três itens aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo eles: item 2c (apresentou dificuldade para ouvir instruções na escola, no trabalho ou em casa – aumento de 0,001); 2g (para tentar recuperar o que perdeu em jogos ou apostas, voltou ao local de jogo – aumento de 0,001); e o item 4d (dirigiu um veículo sob efeito do álcool ou drogas ilegais – aumento de 0,003), como pode ser verificado na Tabela 6.

Tabela 6: Análise estatística item a item do alfa do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala TDSr. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Item	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação total do item corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
SCR1a	36.79	258.533	.296	.826
SCR1b	36.67	241.888	.584	.811
SCR1c	36.92	244.010	.518	.815
SCR1d	37.29	248.545	.431	.819
SCR1e	38.00	250.976	.481	.817
SCR1f	37.77	248.419	.486	.817
SCR2a	37.52	249.660	.445	.819
SCR2b	37.97	252.479	.431	.819
SCR2c	38.22	260.158	.243	.829*
SCR2d	37.36	250.727	.378	.822
SCR2e	38.18	248.678	.507	.816
SCR2f	38.40	256.257	.445	.819
SCR2g	38.68	270.218	.159	.829*
SCR3a	35.63	271.484	.195	.828
SCR3b	36.47	256.939	.354	.823
SCR3c	36.63	246.316	.553	.814
SCR3d	36.55	255.002	.432	.820
SCR3e	36.84	260.103	.251	.828
SCR4a	37.90	256.861	.394	.821

SCR4b	38.77	266.771	.298	.825
SCR4c	38.71	266.526	.309	.825
SCR4d	37.97	268.143	.149	.831*
SCR4e	38.88	266.970	.308	.825

Fonte: Coleta de dados, 2014.

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

SCR = *Screenner*

5.2.1.2 Consistência interna da subescala *Internal Disorder Screener – IDScr*

Foram entrevistados 128 sujeitos com o AGNI-RR. No caso de um deles (0,8% do total), itens que fazem parte da IDScr foram codificados como *missing* no banco de dados, o que o excluiu da análise de consistência interna. Dessa forma, apenas 127 casos foram utilizados para a consistência interna da escala IDScr.

Tabela 7: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala IDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Média	Variância	Desvio Padrão	Nº Items	Alfa de Cronbach	IC 95%	
12.17	51.954	7.208	6	.762	0,692	0,821

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Como observado acima, na Tabela 7, o índice de consistência interna da escala IDScr é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,762$), considerado, portanto, confiável.

Por meio de análise item a item, verificou-se que nenhum deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, como pode ser averiguado na Tabela 8.

Tabela 8: Análise estatística item a item do alfa da escala IDScr, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Item	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação total do item corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
SCR1a	9.70	40.100	.406	.752
SCR1b	9.55	37.789	.492	.730
SCR1c	9.83	35.091	.595	.701

SCR1d	10.20	36.672	.506	.727
SCR1e	10.90	39.093	.516	.725
SCR1f	10.68	38.030	.512	.725

Fonte: Coleta de dados, 2014.

SCR = *Screener*

5.2.1.3 Consistência interna da subescala *External Disorder Screener* – *EDScr*

Foram entrevistados 128 sujeitos com o AGNI-RR. Para um deles (0,8% do total), itens que fazem parte da EDScr foram codificados como *missing* no banco de dados, o que o excluiu da análise de consistência interna. Dessa forma, apenas 127 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala EDScr.

Tabela 9: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala EDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Média	Variância	Desvio Padrão	Nº Items	Alfa de Cronbach	IC 95%	
8.62	44.062	6.638	7	.655	0,554	0,740

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Como observado acima, na Tabela 9, o índice de consistência interna da escala IDScr é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,655$), não superando o limite para ser considerado confiável.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item 2g (para tentar recuperar o que perdeu em jogos ou apostas, voltou ao local de jogo – aumento de 0,01), como pode ser visto na Tabela 10.

Tabela 10: Análise estatística item a item do alfa da escala EDScr, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Item	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação total do item corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
SCR2a	6.86	34.635	.297	.641

SCR2b	7.31	32.839	.445	.595
SCR2c	7.56	33.256	.349	.625
SCR2d	6.70	32.004	.371	.619
SCR2e	7.52	31.739	.511	.574
SCR2f	7.74	35.091	.428	.605
SCR2g	8.02	40.071	.166	.665*

Fonte: Coleta de dados, 2014.

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

SCR = *Screenner*

5.2.1.4 Consistência interna da subescala *Substance Disorder Screener – SDSr*

Foram entrevistados 128 sujeitos com o AGNI-RR. Não houve itens que fazem parte da SDSr codificados como *missing* no banco de dados. Sendo assim, os 128 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala SDSr.

Tabela 11: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala SDSr. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Média	Variância	Desvio Padrão	Nº Items	Alfa de Cronbach	IC 95%	
14.27	25.334	5.033	5	.673	0,575	0,755

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Como observado acima, na Tabela 11, o índice de consistência interna da escala IDSr é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,673$), não superando o limite para ser considerado confiável.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item 3e (sofreu com problemas de abstinência de álcool ou outras drogas, como tremores nas mãos, vômitos, inquietação e dificuldade para dormir, ou consumiu álcool e outras drogas para evitar sintomas de abstinência – aumento de 0.021), como pode ser observado na Tabela 12.

Tabela 12: Análise estatística item a item do alfa da escala SDSr, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Item	Média da escala	Variância da	Correlação total	Alfa de
------	-----------------	--------------	------------------	---------

	se o item for excluído	escala se o item for excluído	do item corrigida	Cronbach se o item for excluído
SCR3a	10.63	20.959	.437	.641
SCR3b	11.46	16.093	.512	.581
SCR3c	11.62	16.774	.428	.623
SCR3d	11.54	16.345	.557	.563
SCR3e	11.84	17.519	.298	.694*

Fonte: Coleta de dados, 2014.

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

SCR = *Screenner*

5.2.1.5 Consistência interna da subescala *Crime/Violence Disorder Screenner* – CVScr

Foram entrevistados 128 sujeitos com o AGNI-RR. Não houve itens da SDSer codificados como *missing* no banco de dados. Sendo assim, os 128 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala CVScr.

Tabela 13: Análise descritiva e Alfa de Cronbach do instrumento AGNI-RR completo, que compõe a escala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Média	Variância	Desvio Padrão	Nº Itens	Alfa de Cronbach	IC 95%	
4.20	12.100	3.479	5	.446	0,279	0,585

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Como observado acima, na Tabela 13, o índice de consistência interna da escala IDScr é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,446$), não superando o limite para ser considerado confiável.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item 4d (dirigiu um veículo sob efeito do álcool ou drogas ilegais – aumento de 0.048), como pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14: Análise estatística item a item do alfa da escala CVScr, que faz parte do instrumento AGNI-RR completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Item	Média da escala	Variância da	Correlação total	Alfa de
------	-----------------	--------------	------------------	---------

	se o item for excluído	escala se o item for excluído	do item corrigida	Cronbach se o item for excluído
SCR4a	2.83	7.844	.244	.388
SCR4b	3.69	9.224	.287	.364
SCR4c	3.63	9.195	.299	.358
SCR4d	2.90	8.643	.124	.494*

Fonte: Coleta de dados, 2014.

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

SCR = *Screener*

5.2.2 Modelo Rasch

De modo a dar início à análise do modelo Rasch para as subescalas do instrumento AGNI-RR, foi realizada uma análise da distribuição da curva de características do item (ICC) para cada um dos 23 itens que compõem as quatro subescalas.

Esta curva apresenta a probabilidade de resposta (0 – Nunca; 1 – Mais de 12 meses atrás; 2 – de 4 a 12 meses atrás; 3 – de 2 a 3 meses atrás; e 4 - no último mês) de acordo com a gravidade dos problemas do indivíduo observada pela escala estimada pelo modelo *Rating Scale Rasch Model*. Na Figura 2, abaixo, apresenta-se a ICC para apenas o primeiro item da escala, uma vez que para os 23 itens o comportamento da curva é o semelhante.

Figura 2: Curva de características do item (ICC) para o item SCR1a da escala SPS do AGNI-RR. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

No gráfico da Figura 2, acima, podemos observar que as categorias de resposta intermediárias (curvas azul - 3; verde - 2; vermelha - 1) são pouco informativas a respeito do dado, já que suas probabilidades de resposta não se diferenciam entre indivíduos com problemas mais ou menos graves. Os indivíduos com problemas menos graves (mais próximos do -4 no eixo x do gráfico) apresentam probabilidade maior de responder 0 (curva preta), ao passo que os indivíduos com problemas mais graves (mais próximos do 4 no eixo x do gráfico) possuem maior probabilidade de responder 3 (curva azul clara). Desse modo, para uma melhor aplicação do modelo Rasch, faz-se necessária a recategorização da variável.

Optou-se por recategorizá-la em 0 = 0, 1, 2 e 3 e 1 = 4, de forma a diferenciar o indivíduo que relatou ter o problema questionado no item no último mês (1) ou não (0).

Tratando-se de uma escala multidimensional que possui quatro subescalas, a análise do modelo Rasch será realizada para cada uma delas separadamente.

Após a recategorização, procedeu-se à análise fatorial de cada uma das subescalas..

5.2.2.1 Modelo Rasch da escala *Internal Disorders Screener*

Após recategorização, procedeu-se à análise fatorial da escala. A análise exploratória foi feita por meio da análise de componentes principais com rotação varimax dos dados, que indicam uma solução de um fator. As primeiras três unidades de variância (eigenvalues) foram de 2,61, 0,89 e 0,81. Todos os seis itens apresentaram carga fatorial (loading) superior a 0,6 com o primeiro fator, não identificando outros fatores.

Foi verificada a adequabilidade dos dados ao modelo Rasch. As estimativas da gravidade dos problemas dos indivíduos e da dificuldade dos itens são expressas por unidades de *log odds*, de forma que a escala seja intervalar e referente à mesma dimensão. No modelo de Rasch, a dificuldade do item é um ponto no contínuo gravidade, em que um indivíduo apresenta 50% de chance de responder ao item de modo afirmativo. A dificuldade dos itens varia entre os valores de -1,15 (item SCR1b - problemas para dormir, como pesadelos e sono inquieto, ou ficou caindo no sono durante o dia) e 1,06 (item SCR1e - pensou em acabar com a sua vida ou cometer suicídio).

O valor de gravidade dos problemas dos indivíduos varia de -1,91 a 1,94, sendo a gravidade média -0,27 (dp = 1,24).

Na Tabela 15, abaixo, são apresentados os valores de *infit* e *outfit* do modelo.

Tabela 15: Análise do modelo Rasch dos itens da escala IDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Item			Statistics:			Mean Square		ZSTD	
Item	%	Gravidade	X2	df	p-value	Outfit	Infit	Outfit	Infit
SCR1e	14.73684	1.656	123.15	94	0.023	1.296	0.878	0.91	-0.71
SCR1f	24.46809	0.997	81.723	93	0.792	0.869	1.036	-0.5	0.31
SCR1d	47.36842	-0.148	84.367	94	0.751	0.888	0.93	-0.75	-0.66
SCR1a	56.84211	-0.578	100.859	94	0.296	1.062	1.055	0.44	0.56
SCR1c	61.05263	-0.769	58.729	94	0.998	0.618	0.727	-2.58	-2.9
SCR1b	69.47368	-1.158	84.576	94	0.746	0.89	0.99	-0.48	-0.06

Fonte: Coleta de dados, 2014

Os valores de *mean square* de *infit* e *outfit* indicam que todos os itens são aceitáveis pelo modelo Rasch, e todos os itens estão entre 0,6 e 1,3. Os melhores níveis para a mensuração são os mais próximos de 1. Entre 0 e 0,5 são considerados improdutivos para a mensuração, embora não a prejudiquem, e de 0,5 a 1,5 são considerados ótimos. De 1,5 a 2 são considerados improdutivos para a mensuração, embora não a prejudiquem. Caso apresente valor acima de 2, considera-se que o item distorce a mensuração.⁵¹ Nos casos em que o *mean square* para *infit* e *outfit* é superior a 2, é feita a análise do teste de aleatoriedade do *mean square* (ZSTD).

Quando o valor do ZSTD é também superior a 2, conclui-se que o resultado não é aleatório, e o item de fato prejudica a mensuração. Nenhum item da escala IDScr possui *infit* ou *outfit* para o *mean square* acima de 2, como pode ser observado na Tabela 15.

Na análise de *infit* e *outfit* dos indivíduos, há dois indivíduos com *infit* superior a 2, com os valores ZSTD também superiores a 2. No *outfit*, cinco indivíduos estão acima de 2. Quatro dos cinco possuem o ZSTD também superiores a 2. Para esses indivíduos, o resultado não é aleatório, significando que as respostas dessas duas pessoas não estão de acordo com o modelo Rasch – eles podem ser indivíduos com problemas graves em seu escore da SPS, mas não responderam positivamente aos itens mais graves, ou possuem baixa gravidade e responderam positivamente aos itens mais graves. O número de pessoas nesta condição é muito baixo (menos do que 5% dos indivíduos entrevistados), portanto não gera preocupações para a análise.

Figura 3: Mapa de Pessoas e Itens – Subescala IDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como observado na análise do mapa de pessoas e itens exposto na Figura 3, os itens estão bem distribuídos na dimensão latente de gravidade para a população, o que sugere não haver redundância na escala.

A análise de componentes principais dos resíduos não apresenta indícios de que haja outra dimensão na escala, o que confirma sua unidimensionalidade. O primeiro componente dos resíduos responde por apenas 1,5 unidades de variância, enquadrando-se no limite de 1,9 sugerido pela literatura de Rasch⁵⁵.

Foi também realizada uma análise de funcionamento diferencial dos itens (DIF) para verificar se há diferença na mensuração dos itens para uma determinada característica da amostra. Optou-se por verificar a presença de DIF por gênero, uma vez que estudos anteriores, os quais utilizaram outra escala da família GAIN (SPS), realizaram esta análise¹⁵.

Figura 4: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala IDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode ser observado acima, na Figura 4, há sobreposição entre os traços para o gênero feminino (1 – traços azuis) e masculino (2 – traços vermelhos) em todos os itens da escala, não havendo, portanto, diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na mensuração.

5.2.2.2 Modelo Rasch da escala *External Disorders Screener*

Após recategorização, procedeu-se à análise fatorial da escala. A análise explanatória foi feita por meio da análise de componentes principais com rotação varimax dos dados, não indicando uma solução de apenas um fator. As primeiras três unidades de variância (eigenvalues) foram de 2,45, 1,25 e 0,97. Os itens SCR2b (teve dificuldade para prestar atenção na escola, no trabalho ou em casa) e SCR2c (teve dificuldade para ouvir instruções na escola, no trabalho ou em casa) apresentam carga fatorial (loading) superior a 0,6 no fator 1 e os itens SCR2e (agiu como um briguento ou encrenqueiro ou ameaçou outras pessoas) SCR2f (começou brigas físicas com outras pessoas) e SCR2g (para tentar recuperar o que perdeu nos jogos ou apostas, voltou outro dia ao local de jogo) com o fator 2.

Foi verificada a adequabilidade dos dados ao modelo Rasch. A dificuldade dos itens varia entre os valores de -1,4 (item SCR2b - teve dificuldade para prestar atenção na escola, no trabalho ou em casa) e 1,3 (item SCR2g - para tentar recuperar o que perdeu em jogos ou apostas, voltou ao local de jogo).

O valor de gravidade dos problemas dos indivíduos varia de -2,05 a 2,05, sendo a gravidade média -0,92 (dp = 1,15).

Na Tabela 16, abaixo, são apresentados os valores de *infit* e *outfit* do modelo.

Tabela 16: Análise do modelo Rasch dos itens da escala EDSr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Item			Statistics:			Mean Square		ZSTD	
Item	%	Gravidade	X2	df	p-value	Outfit	Infit	Outfit	Infit
SCR2g	12.5	1.296	80.21	87	0.684	0.911	1.123	-0.11	0.63
SCR2f	15.6	1.006	81.696	89	0.696	0.908	0.805	-0.19	-1.04
SCR2e	28.9	0.102	59.983	89	0.992	0.666	0.771	-1.93	-1.79
SCR2c	30.3	0.01	71.675	88	0.897	0.805	0.877	-1.08	-0.92
SCR2b	34.4	-0.193	74.826	89	0.859	0.831	0.902	-1.05	-0.79
SCR2a	47.8	-0.801	107.607	89	0.087	1.196	1.18	1.36	1.74
SCR2d	63.3	-1.42	86.479	89	0.556	0.961	1.042	-0.18	0.5

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Os valores de *mean square* de *infit* e *outfit* indicam que todos os itens estão entre 0,6 e 1,2, portanto são aceitáveis pelo modelo Rasch e considerados ótimos para a mensuração.⁵¹ Nenhum item da escala EDScr possui *infit* ou *outfit* para o *mean square* acima de 1,5, como pode ser verificado na Tabela 16.

Na análise de *infit* e *outfit*, não há indivíduos com *infit* superior a 2. No *outfit*, seis indivíduos estão acima de 2. Nenhum dos seis possui o ZSTD superior a 2. Dessa forma, as inadequações para os indivíduos não são estatisticamente significativas.

Figura 5: Mapa de Pessoas e Itens – subescala EDSscr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode-se observar na análise do mapa de pessoas e itens exposto acima na Figura 5, os itens estão bem distribuídos na dimensão latente de gravidade para a população, sugerindo que não há redundância na escala.

Embora na análise fatorial houvesse indícios de outros fatores, a análise de componentes principais dos resíduos não apresenta indícios de que haja outra dimensão na escala, o que confirma sua unidimensionalidade. O primeiro componente dos resíduos responde por apenas 1,8 unidades de variância, enquadrando-se no limite de 1,9 sugerido pela literatura de Rasch⁵⁵.

Foi realizada, também, uma análise de funcionamento diferencial dos itens (DIF), a fim de verificar se há diferença na mensuração dos itens para uma determinada característica da amostra. Optou-se, mais uma vez, por verificar a presença de DIF por gênero.

Figura 6: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala EDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode ser observado acima, na Figura 6, há sobreposição entre os traços para o gênero feminino (1 – traços azuis) e masculino (2 – traços vermelhos) para todos os itens da escala, não havendo, portanto, diferenças estatisticamente significativas na mensuração para homens e mulheres.

5.2.2.3 Modelo Rasch da escala *Substance Disorders Screener*

Após recategorização, procedeu-se à análise fatorial da escala. A análise explanatória foi feita por meio da análise de componentes principais com rotação varimax dos dados, que indicam uma solução de um fator. As primeiras três unidades de variância (eigenvalues) foram de 2,49, 0,77 e 0,64. Todos os cinco itens apresentaram carga fatorial (loading) superior a 0,6 com o primeiro fator, não identificando outros fatores.

Foi verificada a adequabilidade dos dados ao modelo Rasch.. A dificuldade dos itens varia entre os valores de -2,09 (item SCR3a - usou AOD todas as semanas ou com muita frequência) e 0,8 (item SCR3d - o uso de AOD fez com que você desistisse, diminuísse seu envolvimento ou tivesse problemas em atividades importantes no trabalho, na escola ou em casa).

O valor de gravidade dos problemas dos indivíduos varia de -1,70 a 1,70, sendo a gravidade média 0,52 (dp = 1,18).

Na Tabela 17, abaixo, são apresentados os valores de *infit* e *outfit* do modelo.

Tabela 17: Análise do modelo Rasch dos itens da escala SDSr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Item			Statistics:			Mean Square		ZSTD	
Item	%	Gravidade	X2	df	p-value	Outfit	Infit	Outfit	Infit
SCR3d	43.53	0.800	74.762	84	0.755	0.88	0.876	-0.75	-1.27
SCR3c	49.41	0.564	73.166	84	0.795	0.861	0.934	-0.95	-0.6
SCR3e	50.59	0.515	102.922	84	0.079	1.211	1.16	1.41	1.46
SCR3b	57.65	0.211	69.851	84	0.866	0.822	0.866	-1.25	-1.18
SCR3a	92.94	-2.090	78.173	84	0.659	0.92	0.782	0	-0.92

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Os valores de *mean square* de *infit* e *outfit* indicam que todos os itens estão entre 0,6 e 1,2, portanto são aceitáveis pelo modelo Rasch e considerados ótimos para a mensuração.⁵¹ Nenhum item da escala SDSr possui *infit* ou *outfit* para o *mean square* acima de 1,5, como pode ser verificado na Tabela 17.

Na análise de *infit* e *outfit*, há três indivíduos com *infit* superior a 2, sem que os valores ZSTD sejam superiores a 2. No *outfit*, seis indivíduos estão acima de 2. Três dos seis possuem o ZSTD também superiores a 2. Para esses indivíduos, o resultado não é aleatório, significando que as respostas dessas duas pessoas não estão de acordo com o modelo Rasch. Uma vez que o número de pessoas nesta condição é muito baixo, não gera preocupações para a análise.

Figura 7: Mapa de Pessoas e Itens – Subescala SDSr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode-se observar acima, na análise do mapa de pessoas e itens exposto na Figura 7, os itens não estão bem distribuídos na dimensão latente de gravidade para a população, sugerindo que há redundância na escala

A análise de componentes principais dos resíduos não apresenta indícios de que haja outra dimensão na escala, o que confirma sua unidimensionalidade. O primeiro componente dos resíduos responde por apenas 1,4 unidades de variância, enquadrando-se no limite de 1,9 sugerido pela literatura de Rasch.⁵⁵

Foi realizada, também, uma análise de funcionamento diferencial dos itens (DIF) para gênero, a fim de verificar se há diferença na mensuração dos itens para uma determinada característica da amostra.

Na análise de DIF da escala SDSr, o item SCR3a foi eliminado, uma vez que das 19 mulheres da amostra, cinco apresentaram respostas extremas – duas responderam negativamente a todas questões e três

responderam positivamente. Das 14 restantes, todas responderam positivamente ao item SCR3a, impedindo, deste modo, a estimação de um intervalo de confiança para a medida.

Figura 8: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala SDScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode ser observado na Figura 8 acima, há sobreposição dos traços para o gênero feminino (1 – traços azuis) e masculino (2 – traços vermelhos) em todos os itens da escala, não havendo, portanto, diferenças estatisticamente significativas na mensuração para homens e mulheres. Nota-se que os IC para as mulheres são maiores do que os dos homens, uma vez que o número de mulheres entrevistadas foi de apenas 15% da amostra.

5.2.2.4 Modelo Rasch da escala *Crime and Violence Screener*

Após recategorização, procedeu-se à análise fatorial da escala. A análise explanatória foi feita por meio da análise de componentes principais com rotação varimax dos dados, não indicando uma solução de apenas um fator. As primeiras três unidades de variância (eigenvalues) foram de 1,43, 1,27, 0,93. Os itens SCR4b (pegou alguma coisa de uma loja e não pagou) e SCR4e apresentam carga fatorial (loading) superior a 0,6 no fator 1 e os itens SCR4c (vendeu, distribuiu ou ajudou a fazer drogas ilegais) e SCR4d (dirigiu um veículo sob a influência de álcool ou drogas ilegais) com o fator 2, indicando outras dimensões na escala.

Foi verificada a adequabilidade dos dados ao modelo Rasch. A dificuldade dos itens varia entre os valores de -1,03 (item SCR4d - dirigiu um veículo sob o efeito de AOD) e 0,75 (item SCR4c - vendeu, distribuiu ou ajudou a fazer drogas ilegais).

O valor de gravidade dos problemas dos indivíduos varia de -0,56 a 0,48, sendo a gravidade média -1,26 (dp = 0,58).

Na Tabela 18, abaixo, são apresentados os valores de *infit* e *outfit* do modelo.

Tabela 18: Análise do modelo Rasch dos itens da escala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Item			Statistics:			Mean Square		ZSTD	
Item	%	Gravidade	X2	df	p-value	Outfit	Infit	Outfit	Infit
SCR4c	10.6	0.754	29.998	46	0.967	0.638	0.82	-0.98	-0.51
SCR4b	12.8	0.559	36.855	46	0.83	0.784	0.776	-0.59	-0.78
SCR4e	12.8	0.559	36.855	46	0.83	0.784	0.776	-0.59	-0.78
SCR4a	42.6	-0.845	52.464	46	0.238	1.116	1.127	1.09	1.23
SCR4d	48.9	-1.029	50.889	46	0.287	1.083	1.03	0.9	0.37

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Os valores de *mean square* de *infit* e *outfit* indicam que todos os itens estão entre 0,6 e 1,2, são aceitáveis pelo modelo Rasch e, portanto, são considerados ótimos para a mensuração.⁵¹ Nenhum item da escala CVScr possui *infit* ou *outfit* para o *mean square* acima de 1,5, como pode ser verificado na Tabela 18.

Na análise de *infit* e *outfit* dos indivíduos, não há dois indivíduos com *infit* superior a 2. No *outfit*, um indivíduo está acima de 2, mas seu ZSTD não é superior a 2. Dessa forma, as inadequações para os indivíduos não são estatisticamente significativas.

Figura 9: Mapa de Pessoas e Itens – Subescala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode-se observar na análise do mapa de pessoas e itens acima exposto na Figura 9, os itens não estão bem distribuídos na dimensão latente de gravidade para a população, sugerindo que há redundância na escala.

Como previsto na análise fatorial, a análise de componentes principais dos resíduos apresenta indícios de que haja outra dimensão na escala, deixando de confirmar sua unidimensionalidade, apesar do primeiro componente dos resíduos responder por apenas 1,85 unidades de variância, enquadrando-se no limite de 1,9 sugerido pela literatura de Rasch. A Figura 7 abaixo aparenta uma potencial violação do pressuposto da unidimensionalidade.⁵⁵

Figura 10: Scree plot dos Unidades de variância (eigenvalues) - análise de componentes principais – Escala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Foi realizada, também, uma análise de funcionamento diferencial dos itens (DIF) para verificar se há diferença na mensuração dos itens para uma determinada característica da amostra. Optou-se por verificar a presença de DIF por gênero, uma vez que estudos anteriores, usando outra escala da família GAIN (SPS), realizaram esta análise¹⁵.

Figura 11: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala CVScr. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode ser observado na Figura 11 acima, há sobreposição dos traços para o gênero feminino (1 – traços azuis) e masculino (2 – traços vermelhos) em todos os itens da escala, não havendo, portanto, diferenças estatisticamente significativas na mensuração para homens e mulheres.

5.2.3 Associação entre as escalas do instrumento AGNI-RR

Uma vez que a nossa variável de maior interesse no AGNI-RR é a gravidade dos problemas decorrentes do consumo de AOD e como interagem e se agravam em razão de outras adversidades e necessidades dos indivíduos, buscamos verificar na análise do AGNI-RR se de fato as áreas por ele estudadas estão associadas entre si. Dessa forma, realizamos uma

análise de regressão OLS para verificar a interação entre as necessidades do indivíduo detectadas pelo instrumento. Essas necessidades dizem respeito a sintomas psiquiátricos (IDScr e EDScr), crime e violência (CVScr), influência de variáveis como idade, gênero e prejuízo cognitivo detectado pela escala de prejuízo cognitivo nesta relação.

Para os modelos univariados, foi utilizada a variável sintomas relacionados ao consumo de AOD como variável dependente (SDScr). Como variáveis independentes, foram utilizadas as variáveis IDScr, EDScr, CVScr, presença ou não de pontuação superior a 10 na escala de prejuízo cognitivo, idade e gênero. As variáveis IDScr, EDScr, CVScr e idade tiveram $p \leq 0,3$ e foram mantidas no modelo múltiplo. As variáveis gênero e prejuízo cognitivo foram removidas. Os modelos univariados estão expostos abaixo, na Tabela 19.

Tabela 19: Modelos univariados para sintomas relacionados ao uso de AOD. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Coefficiente B (não padronizado)	Erro padrão	Coefficiente Beta (padronizado)	t	Significância (p-valor)
(Constante)	2.976	.220		13.523	$\leq 0,001^*$
Sintomas de internalização	.248	.061	.340	4.054	$\leq 0,001^*$
(Constante)	3.228	.183		17.592	$\leq 0,001^*$
Sintomas de Externalização	.241	.067	.305	3.594	$\leq 0,001^*$
(Constante)	3.310	.157		21.020	$\leq 0,001^*$
Crime e violência	.421	.106	.335	3.990	$\leq 0,001^*$
(Constante)	3.731	.417		8.953	$\leq 0,001^*$
Gênero	.003	.347	.001	.008	.993
(Constante)	4.378	.445		9.842	$\leq 0,001^*$
Idade	-.017	.012	-.133	-1.505	.135
(Constante)	3.723	.132		28.265	$\leq 0,001^*$
Prejuízo Cognitivo	.089	.373	.021	.240	.811

Fonte: Coleta de dados, 2014.

*Significante a $p \leq 0,01$

No modelo múltiplo, observado na Tabela 20, mantiveram-se significativas as variáveis de sintomas de internalização IDScr e crime e

violência CVSCr, mostrando que os sintomas nelas relatados estão associados aos sintomas relacionados ao consumo de AOD mensurados pela escala AGNI-RR, com efeito independente aos sintomas de externalização EDSr e idade. Esses dados demonstram que há associação da gravidade das necessidades dos indivíduos, levantada pelo AGNI-RR, com a gravidade de seus problemas relacionados ao consumo de AOD, também detectada pelo instrumento.

Tabela 20: Modelo múltiplo para associação entre sintomas relacionados ao uso de AOD, sintomas de internalização, externalização, problemas relacionados a crime e violência. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Coefficiente B (não padronizado)	Erro padrão	Coefficiente Beta (padronizado)	t	Significância (p-valor)
(Constante)	2.928	.506		5.789	$\leq 0,001^*$
Sintomas de internalização	.176	.067	.241	2.623	.010*
Sintomas de Externalização	.061	.081	.077	.744	.458
Crime e violência	.281	.120	.223	2.340	.021 [†]
Idade	-.004	.011	-.029	-.342	.733

Fonte: Coleta de dados, 2014.

*Significante a $p \leq 0,01$

[†]Significante a $p \leq 0,05$

5.3 AGNI-I

5.3.1 CONSISTÊNCIA INTERNA

Nesta seção são apresentados os resultados da análise de consistência interna do instrumento AGNI-I. O instrumento possui 108 subescalas, sendo aqui analisadas as subescalas *Substance Frequency Scale*; *Current Withdrawal Scale*; *Self-Efficacy Scale*; *Substance Problem Scale - Lifetime*; *Health Distress Scale*; *Health Problem Scale*; *Internal Mental Distress Scale*; *General Mental Distress Scale*; *Behavior Complexity Scale*; *Emotional Problem Scale*; *Environmental Risk Scale*; *General Victimization*

Scale; Illegal Activities Scale; Employment Activity Scale; e General Individual Severity Scale.

Será apresentada, a seguir, a análise de consistência interna para cada uma das 15 subescalas.

5.3.1.1 Consistência interna da subescala *Substance Frequency Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens da SFS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala SFS.

Tabela 21: Consistência interna da subescala *Substance Frequency Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala						IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.687	0.911	1.497	8	.590	.768
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 21, o índice de consistência interna da escala SFS é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,687$). Entretanto, o IC 95% para o α contempla o valor de ponto de corte 0,7.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas três deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens S2ab1p (soma de dias em que o indivíduo consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica e daqueles nos quais bebeu mais do que cinco doses de álcool – aumento de 0,005), S2gj1p (soma do uso de opioides nos últimos 90 dias – aumento de 0,014) e S2od4p (soma do uso de outras drogas - não mencionadas - nos últimos 90 dias - aumento de 0,009), como pode ser observado na Tabela 22.

Tabela 22: Análise estatística item a item do alfa da escala SFS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
S2s1p	.2986	1.575	.656	.588
S2s2p	.5932	1.635	.564	.611
S2s3p	.6827	1.767	.501	.632
S2ab1p	.4395	1.647	.304	.692*
S2c1p	.7674	1.793	.287	.682
S2de1p	.7344	1.546	.498	.624
S2gj1p	1.2103	2.238	.064	.701*
S2od4p	1.6530	2.136	.140	.696*

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.2 Consistência interna da subescala *Current Withdrawal Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens da CWS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala CWS.

Tabela 23: Consistência interna da subescala *Current Withdrawal Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala						IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.962	3.636	6.026	22	0.951	0.972
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 23, o índice de consistência interna da escala CWS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,962$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas dois deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens S3c10 (teve convulsões – aumento de 0.002) e S3c99 (algum outro sintoma de abstinência – aumento de 0,001), como pode ser observado na Tabela 24.

Tabela 24: Análise estatística item a item do alfa da escala CWS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
S3c1	3.5091	33.482	.700	.961
S3c2	3.4727	32.747	.804	.960
S3c3	3.4091	32.042	.858	.959
S3c4	3.4273	32.247	.839	.959
S3c5	3.3636	31.903	.832	.959
S3c6	3.3727	31.942	.833	.959
S3c7	3.4727	32.985	.746	.960
S3c8	3.4091	32.116	.841	.959
S3c9	3.4455	32.726	.758	.960
S3c10	3.6182	35.926	.225	.964*
S3c11	3.3909	32.387	.759	.960
S3c12	3.5000	33.206	.750	.960
S3c13	3.5455	34.452	.523	.962
S3c14	3.4636	32.820	.768	.960
S3c15	3.4455	32.836	.733	.960
S3c16	3.4273	32.265	.835	.959
S3c17	3.5818	34.833	.528	.962
S3c18	3.5636	34.468	.578	.962
S3c19	3.4636	33.003	.724	.960
S3c20	3.4636	32.856	.759	.960
S3c21	3.4455	32.745	.754	.960
S3c99	3.5727	35.109	.391	.963*

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach
 Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.3 Consistência interna da subescala *Self-Efficacy Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens da SES codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala SES.

Tabela 25: Consistência interna da subescala *Self-Efficacy Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Dados sobre a escala						IC 95%	
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.125	3.572	1.789	5	-.163	.359
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 25, o índice de consistência interna da escala SES é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,125$) e o IC 95% para o α não contempla o valor de ponto de corte 0,7.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item S8m (você poderia evitar o uso de álcool e outras drogas em casa – aumento de 0,106), como pode ser visto na Tabela 26.

Tabela 26: Análise estatística item a item do alfa da escala SES, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
S8k	2.9909	2.780	.106	.069
S8m	2.7182	2.535	-.042	.231*
S8n	2.6455	3.020	.125	.091
S8p	2.8636	2.724	.178	.025
S8q	3.0727	1.426	.067	.110

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.4 Consistência interna da subescala *Substance Problem Scale* - *Lifetime*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens da SPS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala SPS.

Tabela 27: Consistência interna da subescala *Substance Problem Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala						IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	109	99.1	0.848	31.43	9.278	16	.803	.887
				1				
Excluídos	1	0.9						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 27, o índice de consistência interna da escala SPS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.848$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas dois deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens S9c (tentou esconder que estava usando AOD), e S9k (o uso de AOD lhe causou problemas com a lei – aumento de 0.010), como pode ser observado na Tabela 28.

Tabela 28: Análise estatística item a item do alfa da escala SPS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens					
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total		α se item deletado
S9c	29.7798	80.896	.186	.176	.855*
S9d	29.1101	79.840	.348	.306	.845
S9e	28.8899	81.043	.399	.452	.843

S9f	29.2752	76.738	.441	.406	.841
S9g	29.7156	74.705	.426	.300	.843
S9h	29.3028	73.713	.629	.588	.831
S9j	29.6422	74.213	.504	.358	.837
S9k	30.8899	84.840	.032	.233	.858*
S9m	29.5413	73.399	.578	.451	.833
S9n	29.5688	72.914	.584	.412	.832
S9p	29.4954	73.308	.546	.418	.835
S9q	29.0826	76.465	.605	.545	.834
S9r	29.4312	77.044	.454	.418	.840
S9s	29.2752	74.331	.568	.443	.834
S9t	29.2661	74.530	.660	.678	.830
S9u	29.2018	75.070	.575	.503	.834

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach
 Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.5 Consistência interna da subescala *Health Distress Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens da HDS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala HDS.

Tabela 29: Consistência interna da subescala *Health Distress Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala						IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.676	6.455	2.843	11	.578	.759
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 29, o índice de consistência interna da escala HDS é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.676$). Entretanto, o IC 95% para o α contempla o valor de ponto de corte 0,7.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item P3 (nos últimos 12 meses, você diria que a sua saúde, em geral, estava: – aumento de 0.005), como pode ser observado na Tabela 30.

Tabela 30: Análise estatística item a item do alfa da escala HDS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
P3	3.9455	4.749	.417	.681*
P3a	5.9818	6.990	.318	.655
P3b	6.3455	7.219	.456	.646
P3c	6.3545	7.314	.418	.651
P3d	5.7182	7.470	.173	.676
P3e	5.8727	6.699	.445	.635
P3f	5.7000	7.258	.275	.662
P3g	6.0091	6.780	.406	.641
P3h	6.0364	6.751	.423	.638
P3j	6.2727	7.430	.239	.667
P3k	6.3091	7.225	.386	.651

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach
Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.6 Consistência interna da subescala *Health Problem Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Um item da HPS foi codificado como *missing* no banco de dados. Dessa forma, 109 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala HPS.

Tabela 31: Consistência interna da subescala *Health Problem Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala							IC 95%	
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	109	99.091	0.659	15.541	40.474	3	0.531	0.757
Excluídos	1	0.909						

Total 110 100.000

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 31, o índice de consistência interna da escala HPS é inferior a 0,7 (coeficiente 0.659). Entretanto, o IC 95% para o α contempla o valor de ponto de corte 0,7.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item P9 (quando foi a última vez, caso isso já tenha acontecido, que você esteve preocupado acerca de algum problema de saúde, e isso lhe impediu de cumprir suas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa: – aumento de 0.158), como pode ser observado na Tabela 32.

Tabela 32: Análise estatística item a item do alfa da escala HPS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
P9	13.9633	1547.888	.640	.817*
P9a	6.4587	354.621	.751	.169
P9b	10.6606	654.208	.722	.175

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.7 Consistência interna da subescala *Internal Mental Distress Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Quatro itens da IMDS foram codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, 106 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala IMDS.

Tabela 33: Consistência interna da subescala *Internal Mental Distress Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala							IC 95%	
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	106	96.364	0.945	18.406	10.405	43	0.929	0.959

Excluídos	4	3.636
Total	110	100.000

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 33, o índice de consistência interna da escala IMDS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,945$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que nenhum deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, como pode-se ser observado na Tabela 34.

Tabela 34: Análise estatística item a item do alfa da escala IMDS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
M1a1	17.8208	103.101	.489	.944
M1a2	17.6981	102.594	.590	.943
M1a3	17.7925	103.899	.413	.945
M1a4	17.8491	102.548	.541	.944
M1b1	17.7075	103.009	.538	.944
M1b3	17.7358	102.939	.532	.944
M1b4	17.6226	104.580	.414	.944
M1b5	17.5849	104.302	.484	.944
M1b6	17.7075	103.352	.501	.944
M1b7	17.6698	103.309	.528	.944
M1b8	17.6981	103.394	.501	.944
M1b9	17.6038	105.784	.281	.945
M1b10	18.0283	105.037	.299	.945
M1c1	18.0377	103.656	.443	.944
M1c2	17.9528	102.579	.536	.944
M1c3	18.1698	104.733	.383	.945
M1c4	18.2736	105.382	.396	.944
M1c5	18.2642	105.453	.374	.945
M1d1	17.7170	102.110	.631	.943
M1d2	17.8396	102.212	.576	.943
M1d3	17.7925	103.023	.503	.944
M1d4	17.9151	102.478	.544	.944
M1d5	17.9623	102.475	.548	.944
M1d6	18.0849	104.212	.400	.945
M1d7	17.7453	103.049	.516	.944
M1d8	17.9340	102.710	.521	.944

M1d9	18.0000	102.838	.518	.944
M1d10	18.1698	105.133	.337	.945
M1d11	17.8868	103.206	.471	.944
M1d12	17.7925	102.414	.566	.943
M2a	18.2264	102.824	.677	.943
M2b	18.2075	102.623	.675	.943
M2c	18.3019	104.879	.524	.944
M2d	18.2453	103.196	.658	.943
M2e	18.2453	103.368	.635	.943
M2f	18.2264	103.034	.649	.943
M2g	18.2358	102.849	.689	.943
M2h	18.2170	103.295	.602	.943
M2j	18.2075	102.852	.646	.943
M2k	18.2547	103.296	.662	.943
M2m	18.2075	103.004	.627	.943
M2n	18.1887	102.916	.616	.943
M2p	18.2170	103.448	.583	.943

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.8 Consistência interna da subescala *General Mental Distress Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Quatro itens que fazem parte da GMDS foram codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, 106 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala GMDS.

Tabela 35: Consistência interna da subescala *General Mental Distress Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala							IC 95%	
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	106	96.364	0.922	15.236	7.127	26	0.898	0.942
Excluídos	4	3.636						
Total	110	100.000						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 35, o índice de consistência interna da escala GMDS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.922$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que nenhum deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, como pode ser observado na Tabela 36.

Tabela 36: Análise estatística item a item do alfa da escala GMDS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
M1a1	14.6509	46.972	.527	.919
M1a2	14.5283	46.461	.661	.917
M1a3	14.6226	47.799	.407	.921
M1a4	14.6792	46.391	.610	.917
M1b1	14.5377	46.956	.573	.918
M1b3	14.5660	46.800	.583	.918
M1b4	14.4528	48.174	.425	.920
M1b5	14.4151	47.445	.602	.918
M1b6	14.5377	47.089	.551	.918
M1b7	14.5000	46.976	.596	.918
M1b8	14.5283	47.185	.541	.919
M1b9	14.4340	48.934	.303	.922
M1b10	14.8585	48.256	.340	.922
M1c2	14.7830	46.972	.521	.919
M1d1	14.5472	46.212	.690	.916
M1d2	14.6698	46.338	.620	.917
M1d3	14.6226	46.656	.583	.918
M1d4	14.7453	46.839	.538	.919
M1d5	14.7925	46.528	.590	.918
M1d6	14.9151	47.678	.447	.920
M1d7	14.5755	46.742	.588	.918
M1d8	14.7642	46.639	.569	.918
M1d9	14.8302	47.019	.522	.919
M1d10	15.0000	48.495	.356	.921
M1d11	14.7170	46.814	.542	.919
M1d12	14.6226	46.409	.621	.917

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.9 Consistência interna da subescala *Emotional Problem Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens que fazem parte da EPS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala EPS.

Tabela 37: Consistência interna da subescala *Emotional Problem Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Dados sobre a escala					IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.614	85.445	93.483	7	0.493	0.715
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 37, o índice de consistência interna da escala EPS é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.614$). Entretanto, o IC 95% para o α contempla o valor de ponto de corte 0,7.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas três deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens M1e e M2 (quando foi a última vez, caso isso já tenha acontecido, que você ficou significativamente perturbado por problemas nervosos, mentais ou psicológicos, ou sentiu que não conseguiria continuar a viver; quando foi a última vez, caso já tenha acontecido, que você ficou significativamente perturbado ou traumatizado em relação a memórias e sentimentos referentes a algo que você fez, algo que você viu, algo que aconteceu com você ou algo que você soube que aconteceria com outra pessoa), M3 (quando foi a última vez, caso já tenha acontecido, que você teve problemas para prestar atenção, para controlar o seu comportamento, ou quebrou regras que você deveria seguir – aumento de 0,005), como pode ser visto na Tabela 38.

Tabela 38: Análise estatística item a item do alfa da escala EPS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens

Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
M1e	81.7364	8577.077	.413	.621*
M1f	50.9818	4595.578	.506	.509
M1g	68.1545	4962.077	.636	.435
M2	84.3273	8572.534	.513	.621*
M2q	74.2000	6485.850	.330	.577
M3	83.6000	8533.985	.481	.619*
M3c	69.6727	6108.809	.376	.560

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.10 Consistência interna da subescala *Behavior Complexity Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Cinco itens que fazem parte da BCS foram codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, 105 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala BCS.

Tabela 39: Consistência interna da subescala *Behavior Complexity Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Dados sobre a escala					IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	105	95.455	0.970	5.91	8.776	33	0.961	0.978
Excluídos	5	4.545						
Total	110	100.000						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 39, o índice de consistência interna da escala BCS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.970$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que o item m3b5 (foi fisicamente cruel com animais) aumentaria em 0.001 o coeficiente alfa da escala caso excluído, como pode ser verificado na Tabela 40.

Tabela 40: Análise estatística item a item do alfa da escala BCS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
M3a1	5.6952	71.425	.772	.969
M3a2	5.6762	70.894	.825	.968
M3a3	5.7333	72.082	.729	.969
M3a4	5.6857	71.218	.790	.968
M3a5	5.6667	70.801	.826	.968
M3a6	5.7048	71.460	.780	.968
M3a7	5.6476	70.384	.864	.968
M3a8	5.6286	70.255	.862	.968
M3a9	5.6095	70.125	.863	.968
M3a10	5.6571	70.920	.799	.968
M3a11	5.6476	70.307	.875	.968
M3a12	5.7619	72.722	.677	.969
M3a13	5.7524	72.938	.624	.969
M3a14	5.7429	72.693	.648	.969
M3a15	5.6762	71.625	.720	.969
M3a16	5.6286	70.140	.878	.968
M3a17	5.6762	71.356	.758	.969
M3a18	5.7429	72.404	.694	.969
M3b1	5.7524	72.746	.655	.969
M3b2	5.8000	74.008	.529	.970
M3b3	5.8286	74.605	.481	.970
M3b4	5.7905	73.725	.561	.970
M3b5	5.9048	76.606	.237	.971*
M3b6	5.8571	75.335	.403	.970
M3b8	5.8762	75.706	.382	.970
M3b9	5.8571	75.085	.466	.970
M3b10	5.7905	73.629	.578	.970
M3b11	5.6762	70.760	.844	.968
M3b12	5.8476	75.227	.398	.970
M3b13	5.6190	70.161	.866	.968
M3b14	5.7524	72.919	.627	.969
M3b15	5.6571	71.035	.783	.968

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach
 Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.11 Consistência interna da subescala *Environmental Risk Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens que fazem parte da ERS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala ERS.

Tabela 41: Consistência interna da subescala *Environmental Risk Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Dados sobre a escala					IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.724	19.436	11.877	21	0.643	0.793
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 41, o índice de consistência interna da escala ERS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.724$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas dois deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens E5a (pessoas com quem convive estavam trabalhando, na escola ou realizando treinamento em período integral – aumento de 0.002), e E5b (pessoas com quem convive estavam envolvidas em atividade ilegal – aumento de 0.003), como pode ser visto na Tabela 42.

Tabela 42: Análise estatística item a item do alfa da escala ERS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
E5a	18.4636	135.682	.118	.726*
E5b	19.1455	138.694	.059	.727*
E5c	19.0909	135.239	.258	.717
E5d	19.1000	134.733	.257	.717
E5e	18.6636	134.812	.139	.725
E5f	16.2636	127.168	.320	.710

E5g	16.2364	126.274	.356	.707
E6a	19.2182	131.475	.469	.707
E6b	19.3000	129.350	.418	.706
E6c	19.0455	132.980	.309	.713
E6d	19.0545	128.914	.336	.710
E6e	19.3000	136.634	.292	.718
E6f	17.9636	127.577	.158	.734
E6g	17.8273	125.594	.230	.723
E7a	18.9545	130.264	.372	.708
E7b	19.2636	131.389	.309	.712
E7c	18.7818	130.943	.277	.714
E7d	18.8455	122.939	.435	.699
E7e	19.1909	135.312	.256	.717
E7f	17.4818	114.619	.474	.692
E7g	17.5364	113.664	.435	.698

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.12 Consistência interna da subescala *General Victimization Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens que fazem parte da GVS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala GVS.

Tabela 43: Consistência interna da subescala *General Victimization Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala						IC 95%	
	N	%	A	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf. Limite sup.
Válidos	110	100	0.849	4.782	4.239	15	0.804 0.887
Excluídos	0	0					
Total	110	100					

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 43, o índice de consistência interna da escala GVS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,849$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item E9e18 (era menor do que 18 anos de idade quando sofreu abuso emocional, sexual ou físico – codificada pelo entrevistador – aumento de 0,02), como pode ser observado na Tabela 44.

Tabela 44: Análise estatística item a item do alfa da escala GVS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
E9a	4.3091	15.738	.498	.839
E9b	4.3091	15.390	.592	.833
E9c	4.6455	16.414	.514	.840
E9d	4.2455	15.728	.501	.839
E9e18	4.5182	14.894	.311	.869*
E9f	4.5000	15.720	.571	.835
E9g	4.4455	16.286	.381	.845
E9h	4.4000	16.132	.408	.844
E9j	4.3818	15.266	.640	.831
E9k	4.6818	16.586	.527	.840
E9m	4.4818	15.775	.542	.837
E9n	4.4727	15.976	.479	.840
E9p	4.4727	15.719	.553	.836
E9q	4.6091	16.112	.562	.837
E9r	4.4727	15.609	.585	.834

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach
Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.13 Consistência interna da subescala *Illegal Activities Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Não houve itens que fazem parte da IASS codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, os 110 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala IASS.

Tabela 45: Consistência interna da subescala *Illegal Activities Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala						IC 95%		
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	110	100	0.905	9.627	34.234	5	0.874	0.930
Excluídos	0	0						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 45, o índice de consistência interna da escala IAS é superior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.905$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas um deles aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído, sendo este o item L3 (quando foi a última vez, caso já tenha acontecido com você, que fez algo que poderia lhe deixar encrencado ou criar problemas com a lei, além de usar álcool e outras drogas de 0,046), como pode ser verificado na Tabela 46.

Tabela 46: Análise estatística item a item do alfa da escala IAS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
L3	8.6182	1120.550	.548	.951*
L3d	6.8455	605.985	.944	.843
L3e	7.1909	619.642	.930	.846
L3f	7.8636	750.101	.806	.874
L3g	7.9909	743.055	.881	.859

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.14 Consistência interna da subescala *Employment Activity Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Quatro itens que fazem parte da EMASp foram codificados como *missing* no banco de dados.

Dessa forma, 106 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da escala EMASp.

Tabela 47: Consistência interna da subescala *Employment Activity Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Dados sobre a escala							IC 95%	
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	106	96	0.626	42.755	56.863	5	0.500	0.727
Excluídos	4	3.6						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 47, o índice de consistência interna da escala EMASp é inferior a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0.626$). Entretanto, o IC 95% para o α contempla o valor de ponto de corte 0,7.

Por meio de análise item a item, verificou-se que apenas três deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens V6n (quantos dias perdeu de trabalho – aumento de 0.042), V6p (quantos dias teve problemas no trabalho por qualquer motivo – aumento de 0,013), e V6q (quantos dias foi suspenso do trabalho por qualquer motivo - aumento de 0,027), como pode ser verificado na Tabela 48.

Tabela 48: Análise estatística item a item do alfa da escala EMASp, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
V6k	24.1226	1136.756	.780	.263
V6m	25.4340	1184.515	.790	.254
V6n	37.4434	2825.906	.132	.668*
V6p	41.8585	3068.846	.329	.639*
V6q	42.1604	3099.507	.154	.653*

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.1.15 Consistência interna da subescala *General Individual Severity Scale*

Foram entrevistados 110 sujeitos com o AGNI-I. Dois itens que fazem parte da GISS foram codificados como *missing* no banco de dados. Dessa forma, 108 casos foram utilizados para a análise da consistência interna da subescala GISS.

A subescala GISS é composta pelas subescalas *Substance Dependence Scale* (SDS); *Substance Abuse Index* (SAI); *Substance Issues Index* (SII); *Somatic Symptom Index* (SSI); *Depressive Symptom Scale* (DSS); *Homicidal Suicidal Thought Scale* (HSTS); *Anxiety Symptom Scale* (ASS); *Traumatic Symptom Scale* (TSS); *Inattentive Disorder Scale* (IDS); *Hyperactivity-Impulsivity Scale* (HIS); *Conduct Disorder Scale* (CDS); *General Conflict Tactics Scale* (GCTS); *Property Crime Scale* (PCS); *Interpersonal Crime Scale* (ICS); e *Drug Crime Scale* (DCS).

Tabela 49: Consistência interna da subescala *General Individual Severity Scale*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Dados sobre a escala						IC 95%	
	N	%	α	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Limite inf.	Limite sup.
Válidos	108	98	0.700	-295.907	203.521	15	0.610	0.777
Excluídos	2	1.8						
Total	110	100						

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Como observado acima na Tabela 49, o índice de consistência interna da escala GISS é igual a 0,7 (coeficiente $\alpha = 0,700$).

Por meio de análise item a item, verificou-se que oito deles aumentariam o coeficiente alfa da escala caso excluídos, sendo estes os itens SDS, SAI, e SSI, com aumento de 0.001 cada, SII, PCS, ICS e DCS com aumento de 0,002 cada e GCTS, que aumentaria 0,032 caso excluída, como pode ser observado na Tabela 50.

Tabela 50: Análise estatística item a item do alfa da escala GISS, que faz parte do instrumento AGNI-I completo. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Estatísticas totais dos Itens				
Item	Média da escala se item deletado	Variância da escala se item deletado	Correlação corrigida do item com o total	α se item deletado
SDS	-301.3704	41125.506	.370	.701*
SAI	-298.2593	41211.689	.446	.701*
SII	-299.6852	41323.863	.207	.702*
SSI	-298.3519	41152.286	.449	.701*
DSS9	-302.0741	40927.808	.477	.699
HSTS	-282.0370	39499.214	.295	.691
AFSS	-301.7130	40472.636	.574	.695
TSS	-207.2037	32212.033	.334	.691
IDS	-247.2870	27499.197	.861	.585
HIS	-246.9537	27624.699	.862	.585
CDS	-212.8056	20815.205	.814	.573
GCTS	-256.0185	35152.243	.152	.732*
PCS	-296.4907	41262.944	.258	.702*
ICS	-296.2222	41278.997	.334	.702*
DCS	-296.2315	41283.862	.379	.702*

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.2 Diagramas de Distribuição dos Intervalos de Confiança para o alfa

Uma vez que a amostra utilizada para o presente estudo é resultante da soma das amostras em dois serviços de saúde diferentes, realizou-se uma análise dos intervalos de confiança para o alfa de cada uma das escalas que compõem o AGNI-I, e foram aqui avaliadas, com o objetivo de verificar se a amostra é homogênea para as consistências internas mensuradas. Os resultados podem ser visualizados nas figuras a seguir.

Com exceção da escala SFS, em todas as figuras pode-se observar que há sobreposição dos diagramas. Isso demonstra que os IC 95% se sobrepõem, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as amostras, apesar de em alguns casos a sobreposição ser bem discreta, como

nas escalas IASS e EMASp. Dessa forma, é possível realizar a junção das amostras sem prejuízo para a análise dos coeficientes alfa.

Destaca-se que, para a escala de gravidade global - a escala mais abrangente (GISS) -, a sobreposição é muito expressiva, sendo possível, portanto, realizar a junção das duas amostras para as análises aqui realizadas.

Figura 12: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala SFS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 13: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala CWS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 14: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala SES, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 15: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala SPS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 16: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala HDS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 17: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala HPS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 18: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala IMDS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 19: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala GMDS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 20: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala EPS7p, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 21: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala BCS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 22: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala ERS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 23: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala GVS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 24: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala IASS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 25: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala EMAS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Figura 26: Diagrama de distribuição dos intervalos de confiança para o alfa da escala GISS, São Paulo, SP, Brasil, 2015. Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

As sobreposições também podem ser observadas na Tabela 51 abaixo, onde está exposto o alfa para cada escala em cada uma das amostras e na amostra total.

Tabela 51: Distribuição dos IC 95% para o alfa por escala, de acordo com amostra. São Paulo, SP, 2014.

	IC 95% duas amostras			IC 95% SAID			IC 95% Sacomã		
	α amostra	Lim inf.	Lim Sup.	α SAID	Lim inf.	Lim Sup.	α Sacomã	Lim inf.	Lim Sup.
SFS	0.69	0.59	0.77	0.85	0.76	0.91	0.58	0.41	0.71
CWS	0.96	0.95	0.97	0.97	0.95	0.98	0.96	0.94	0.97
SES	0.13	-0.16	0.36	0.23	-0.22	0.55	0.06	-0.34	0.37
SPS	0.85	0.80	0.89	0.87	0.81	0.92	0.85	0.79	0.90
HDS	0.68	0.58	0.76	0.58	0.36	0.75	0.74	0.63	0.82
HPS	0.66	0.53	0.76	0.70	0.49	0.83	0.64	0.47	0.77
IMDS	0.95	0.93	0.96	0.93	0.89	0.96	0.95	0.93	0.97
GMDS	0.92	0.90	0.94	0.89	0.84	0.94	0.93	0.91	0.95
EPS7p	0.61	0.49	0.71	0.66	0.48	0.80	0.58	0.40	0.71
BCS	0.97	0.96	0.98	0.97	0.96	0.98	0.97	0.96	0.98
ERS21	0.72	0.64	0.79	0.72	0.58	0.83	0.73	0.63	0.81
GVS	0.85	0.80	0.89	0.82	0.73	0.89	0.86	0.81	0.90
IASS	0.91	0.87	0.93	0.93	0.89	0.96	0.87	0.81	0.91
EMASp	0.63	0.50	0.73	0.80	0.68	0.88	0.57	0.38	0.71
GISS	0.70	0.61	0.78	0.67	0.50	0.80	0.71	0.60	0.80

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

5.3.3 Modelo Rasch da *Substance Problem Scale*

A fim de dar início à análise do modelo Rasch para a escala SPS, foi realizada uma análise da distribuição da curva de características do item (ICC) para cada um dos 16 itens da escala.

Esta curva apresenta a probabilidade de resposta em cada categoria (0 - Nunca, 1 – Mais de 12 meses atrás, 2 – de 2 a 12 meses atrás ou 3 – no último mês) de acordo com a gravidade do indivíduo, observada pela escala estimada pelo modelo *Rating Scale Rasch Model*. No gráfico da Figura 27, abaixo, apresenta-se a ICC para o primeiro item da escala apenas, uma vez que para os 16 itens o comportamento da curva é o semelhante.

Figura 27: Curva de características do item (ICC) para o item S9c da escala SPS do AGNI-I. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

No gráfico da Figura 27, acima, podemos observar que as categorias de resposta intermediárias (curvas verde - 2 e vermelha - 1) são pouco informativas a respeito do dado, pois suas probabilidades de resposta não se diferenciam entre indivíduos com problemas mais ou menos graves. Os indivíduos com problemas menos graves (mais próximos do -4 no eixo x do gráfico), possuem probabilidade maior de responder 0 (curva preta), ao passo que os indivíduos com problemas mais graves (mais próximos do 4 no eixo x do gráfico) possuem maior probabilidade de responder 3 (curva azul).

Sendo assim, para uma melhor aplicação do modelo Rasch, faz-se necessária a recategorização da variável.

Optou-se por recategorizá-la em 0 = 0, 1 e 2 e 1 = 3, de forma que diferencia-se se o indivíduo relatou ter o problema questionado no item no último mês (1) ou não (0). Essa recategorização foi realizada em estudo anterior com a mesma escala na versão canadense¹⁵.

Após recategorização, procedeu-se à análise fatorial da escala. A análise exploratória foi feita por meio da análise de componentes principais com rotação varimax dos dados, que indicam uma solução de um fator. As primeiras três unidades de variância (eigenvalues) foram de 8,33, 1,44 e 1,01.

Os itens S9e a S9j e S9m a S9u apresentam carga fatorial (loading) superior a 0,6 em um primeiro fator (13 itens dos 16). Os itens S9c (você tentou esconder que estava usando álcool ou outras drogas), S9d (seus pais, família, parceiro, colegas de trabalho, colegas de sala ou amigos reclamaram de seu uso de álcool ou outras drogas) possuem carga fatorial (loading) superior a 0,6 em um fator 2 e S9k (seu uso de álcool ou outras drogas lhe causou problemas com a lei) em um fator 3, o que pode indicar existência de outras, ainda que menos relevantes, dimensões na escala, como pode ser visualizado na Figura 28 abaixo. O primeiro fator corresponde a 52,06% da variação dos dados, o segundo fator a apenas 9% e o terceiro 6,3%.

Figura 28: Análise fatorial da escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Foi verificada a adequabilidade dos dados ao modelo Rasch. A dificuldade dos itens varia entre os valores de -1,84 (item s9e - usou AOD todas as semanas ou com maior frequência) e 4,08 (item s9k - o uso de AOD lhe causou problemas com a lei).

O valor de gravidade dos problemas dos indivíduos varia de -3,12 a 3,59, sendo a gravidade média 0,29 (dp = 1,72).

Na Tabela 52, a seguir, são apresentados os valores de *infit* e *outfit* do modelo.

Tabela 52: Análise do modelo Rasch dos itens da escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Item			Statistics:			Mean Square		ZSTD	
Item	%	Gravidade	X2	Df	p-value	Outfit	Infit	Outfit	Infit
s9k	3.70	4.079	148.105	80	0.000	1.828	0.885	0.95	-0.17
s9c	40.74	0.917	131.573	80	0.000	1.624	1.498	1.79	3.49
s9j	48.15	0.503	59.859	80	0.955	0.739	0.877	-0.98	-0.95
s9r	48.15	0.503	58.149	80	0.969	0.718	0.869	-1.08	-1.02
s9m	51.85	0.291	57.53	80	0.973	0.71	0.8	-1.18	-1.59

s9n	54.32	0.147	54.675	80	0.986	0.675	0.802	-1.38	-1.55
s9g	55.56	0.074	76.377	80	0.594	0.943	0.999	-0.15	0.04
s9t	58.02	-0.074	56.607	80	0.978	0.699	0.86	-1.26	-1.01
s9p	61.73	-0.305	118.359	80	0.003	1.461	1.143	1.64	0.99
s9h	62.96	-0.384	41.752	80	1.000	0.515	0.724	-2.14	-2.02
s9f	66.25	-0.552	72.258	79	0.691	0.903	1.022	-0.26	0.19
s9s	67.90	-0.715	49.858	80	0.997	0.616	0.797	-1.4	-1.31
s9u	69.14	-0.802	58.525	80	0.966	0.723	0.851	-0.89	-0.9
s9q	70.37	-0.891	50.305	80	0.996	0.621	0.767	-1.26	-1.44
s9d	71.60	-0.983	148.324	80	0.000	1.831	1.61	2.1	3.03
s9e	81.48	-1.808	127.791	80	0.001	1.578	1.035	1.13	0.23

Fonte: Coleta de dados, 2011 e 2014.

Os valores de *mean square* de *infít* e *outfit* indicam que todos os itens são aceitáveis pelo modelo Rasch, apesar de alguns serem considerados improdutivos à mensuração. Nenhum item da escala SPS possui *infít* ou *outfit* para o *mean square* acima de 2, como pode ser verificado na Tabela 48.

Na análise de *infít* e *outfit*, não há nenhum indivíduo com *infít* superior a 2, mas cinco indivíduos possuem *outfit* superior a este valor, e, destes cinco, dois possuem valor de ZSTD superior a 2, ou seja, para eles, o resultado não é aleatório, significando que as respostas dessas duas pessoas não estão de acordo com o modelo Rasch – eles podem ser indivíduos graves em seu escore da SPS, mas não responderam positivamente aos itens mais graves, ou eles possuem baixa gravidade e responderam positivamente aos itens mais graves. O número de pessoas nesta condição é muito baixo, portanto não gera preocupações para a análise.

Figura 29: Mapa de Pessoas e Itens - Subescala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode-se observar na análise do mapa de pessoas e itens exposto acima na Figura 29, os itens não estão bem distribuídos na dimensão latente de gravidade, o que pode sugerir que a maior parte deles avalia o mesmo nível de gravidade – indicativo de redundância na escala.

Foi realizada, também, uma análise de funcionamento diferencial dos itens (DIF), de modo a verificar se há diferença na mensuração dos itens para uma determinada característica da amostra. Optou-se por verificar a presença de DIF por gênero, uma vez que estudos anteriores realizaram esta análise com a escala SPS¹⁵.

Figura 30: Análise de funcionamento diferencial do item (DIF) para a escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Como pode ser observado acima na Figura 30, há sobreposição dos traços para o gênero feminino (1 – traços azuis) e masculino (2 – traços vermelhos) para todos os itens da escala. Para os itens S9c (tentou esconder que estava usando AOD), e S9d (seus pais, família, parceiro, colegas de trabalho, colegas de sala ou amigos reclamaram de seu uso de AOD) e S9e (usou AOD todas as semanas ou com maior frequência) há um sugestivo distanciamento dos intervalos, ainda que não sejam estatisticamente significantes.

A análise de componente principal dos resíduos apresenta indícios de que ainda resta uma dimensão nos dados, uma vez que o primeiro componente dos resíduos responde por 2,3 unidades de variância, superando o valor do limite de 1,9 sugerido pela literatura de Rasch.⁵⁵ Os itens S9c

(você tentou esconder que estava usando AOD) e S9d (seus pais, família, parceiro, colegas de trabalho, colegas de sala ou amigos reclamaram de seu uso de AOD) possuem carga fatorial (carga fatorial (loading)) superior a 0,6, indicando multidimensionalidade na escala, como pode ser visualizado na Figura 31 abaixo.

Figura 31: Análise de Componente Principal dos Resíduos do modelo Rasch da Escala SPS. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

5.4 VALIDADE CONVERGENTE ENTRE AS ESCALAS DO AGNI-RR E AGNI-I

Com o objetivo de verificar se há validade convergente entre as escalas IDScr (AGNI-RR) e IMDS (AGNI-I); EDScr (AGNI-RR) e BCS (AGNI-I); SDScr – (AGNI-RR) e SPS; CVScr – (AGNI-RR) e CVS (AGNI-I); e TDScr (AGNI-RR) e GISS (AGNI-I), foram realizados cálculos dos índices de correlação de Pearson para cada uma das variáveis entre si.

Para esta análise, foram usados os dados dos 70 indivíduos entrevistados com o AGNI-I e AGNI-RR.

Tabela 53: Correlações entre as subescalas dos instrumentos AGNI-RR e AGNI-I. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Subescalas AGNI-I	Subescalas AGNI-RR				
	IDScr	EDScr	SDScr	CVScr	TDScr
IMDS	0.721	0.666	0.388	0.423	0.761
BCS	0.583	0.553	0.327	0.370	0.632
SPSL	0.522	0.443	0.581	0.285	0.614
CVS	0.328	0.487	0.241	0.652	0.553
GISS	0.690	0.686	0.461	0.526	0.801

Fonte: Coleta de dados 2014.

Negrito: Índices de correlação entre as escalas curtas (RR) e completas (I).

Como pode ser observado na Tabela 53, as escalas GISS e TDScr (rho: 0,801) apresentaram um índice de correlação forte, acima de 0,7, ponto de corte considerado como correlação forte pela literatura,^{53, 54} índice este também alcançado pelas escalas IDScr e IMDS.

Índices entre 0,4 e 0,6, atingidos por todas as outras comparações propostas nos objetivos deste estudo, indicam correlações positivas moderadas^{53, 54} (EDScr e BCS rho = 0,553; SDScr e SPSI rho = 0,581; CVScr e CVS rho = 0,652).

6. DISCUSSÃO

Com base na literatura, a qual nos mostra a premissa de que o monitoramento contínuo e a intervenção precoce impactam na trajetória de longo prazo na história de consumo de AOD, e nos dados expostos na introdução e justificativa deste estudo acerca do impacto econômico do consumo de drogas e possíveis problemas ou dificuldades na aplicação dos recursos disponíveis para tratamento, sugerimos que avaliações padronizadas e individualizadas sejam implementadas no Brasil⁵⁶.

Estudo americano de validação do instrumento GAIN-SS mostrou que ele possui um coeficiente de consistência interna de Alfa de Cronbach de 0,87, coeficiente semelhante ao alcançado pela versão brasileira do instrumento aqui estudada (0,828), e acima do ponto de corte de 0,7 da literatura²² Este dado mostra que a consistência interna do instrumento AGNI-RR em sua escala total é considerada boa e compatível com a sua versão original.

Abaixo, podemos visualizar o comparativo do coeficiente α de Cronbach entre as cinco escalas do AGNI-RR no Brasil e do GAIN-SS nos EUA.

Tabela 54: Comparativo entre os coeficientes das subescalas do AGNI-RR no Brasil e do GAIN-SS nos EUA. São Paulo, SP, Brasil, 2015 e Pooled Data EUA, 2013.

	n = 10.175	n = 126	IC 95% Brasil	
	α GAIN-SS EUA	α AGNI-RR Brasil	Lim. Inf.	Lim sup.
IDScr	0,78	0,762† *	0,692	0,821
EDScr	0,80	0,655**	0,554	0,740
SDScr	0,88	0,673**	0,575	0,755
CVScr	0,66	0,446	0,279	0,585
TDSer	0,88	0,828†	0,782	0,869

Fonte: Coleta de dados 2014 e Titus et al., 2013 e GAIN-SS Manual 3.0^{17, 56}

* Parâmetro americano está contido ou é inferior ao IC 95% brasileiro

** IC 95% contém o ponto de corte de 0.7 da literatura

† Alfa da versão AGNI-I ≥ 0.7

Como observado acima, na Tabela 54, para todas as escalas a performance da consistência interna no instrumento AGNI-RR é menor quando comparada ao instrumento original. Vale ressaltar que a amostra americana é mais de 80 vezes maior do que a atual brasileira, sugerindo que estudos futuros podem encontrar melhor desempenho do instrumento, com um tamanho amostral mais semelhante ao apresentado acima.

Com relação às subescalas do AGNI-RR, somente a subescala IDScr obteve coeficiente de alfa de Cronbach superior a 0,7 ($\alpha = 0,762$ IC 95% = 0,692-0,82), e as escalas EDScr e SDScr apresentaram coeficientes limítrofes, os quais alcançam o limite da consistência interna caso arredondados ($\alpha = 0,655$ IC 95% = 0,554-0,740 e $\alpha = 0,673$, IC 95% = 0,575-0,755, respectivamente). Entretanto, para todas elas o intervalo de confiança para o alfa inclui o 0,7, com exceção da subescala CVScr, que encontra-se consideravelmente abaixo do limite da consistência interna, e na qual o intervalo de confiança não contempla este valor ($\alpha = 0,446$ IC 95% = 0,279-0,585). O problema nesta escala também foi verificado na versão americana. Os autores problematizam que comportamentos relacionados a crime e violência são extremamente complexos e variados, ainda não sendo bem capturados pela presente escala⁵⁶.

Este dado pode estar também relacionado a um obstáculo conhecido pela literatura, denominado “cego de conveniência social”, em que, com frequência, instrumentos de autorrelato sofrem a consequência da negação de comportamentos em razão do estigma social, conceito de imoralidade, agressividade, entre outros⁵⁷⁻⁵⁹.

Entretanto, um dos propósitos do presente estudo é justamente reunir em um só instrumento informações que sejam capazes de nos orientar quanto à gravidade global dos problemas do indivíduo, norteando seu cuidado para as suas necessidades mais proeminentes. Os 23 itens reunidos em uma escala total que classifica a potencial gravidade dos problemas do indivíduo, para fins de rastreamento, possui coeficiente de alfa de Cronbach considerado confiável pela literatura.

Tabela 55: Comparativo entre os coeficientes das subescalas do AGNI-I no Brasil e do GAIN-I nos EUA. São Paulo, SP, Brasil, 2015 e Pooled Data EUA, 2012.

	Alfa n = 110	IC 95%		Alfa Americano n = 9.061
		Limite inferior	Limite Superior	
SFS	0.687**	0.590	0.768	0.826
CWS	0.962† **	0.951	0.972	0.952*
SES	0.125	-0.163	0.359	0.664
SPS	0.848† **	0.803	0.887	0.924
HDS	0.676**	0.578	0.759	0.793
HPS	0.659**	0.531	0.757	0.771*
IMDS	0.945† **	0.929	0.959	0.955*
GMDS	0.922† **	0.898	0.942	0.935*
EPS7p	0.614**	0.493	0.715	0.829
BCS	0.970† **	0.961	0.978	0.951
ERS21	0.724† **	0.643	0.793	0.639*
GVS	0.849† **	0.804	0.887	0.861*
IASS	0.905† **	0.874	0.930	0.808*
EMASp	0.626**	0.500	0.727	0.953
GISS	0.7† **	0.610	0.777	0.887

* Parâmetro americano está contido ou é inferior ao IC 95% brasileiro

** IC 95% contém o ponto de corte de 0.7 da literatura

† Alfa da versão AGNI-I ≥ 0.7

Fonte: Coleta de dados 2014 e Modisette et al. 2012⁶⁰

Na análise do instrumento AGNI-I, nove das 15 subescalas estudadas apresentaram o coeficiente α maior do que 0,7, (CWS, SPS, IMDS, GMDS, BCS, ERS21, GVS, IASSp, GISS), como pode ser visto na Tabela 55 acima. Para 14 das 15 escalas estudadas, o IC 95% contempla ou ultrapassa o valor 0,7, podendo sugerir que, com o aumento da amostra estudada, estes índices podem ser atingidos mesmo naquelas em que o 0,7 não foi atingido. Vale ressaltar que, quando considerada apenas a amostra CAPSad, as escalas SPS e HDS possuem índice de consistência interna superior a 0,7.

Observa-se também, em comparação com os dados americanos, que em sete das 15 subescalas estudadas o parâmetro americano está contido no IC 95% brasileiro, mostrando compatibilidade dessas subescalas com a

versão original, uma vez que não há diferença estatisticamente significativa entre essas medidas.

Com o objetivo de realizar-se uma análise cautelosa dos dados para o AGNI-I, os quais foram reunidos em dois serviços diferentes, foi feita uma análise de diagramas para os IC 95% do alfa das escalas, o que permitiu concluir que a consistência interna do instrumento, em suas diferentes subescalas, só foi considerada diferente para os dois serviços em uma subescala: a SFS. Mostrou-se que, para 13 escalas, não houve prejuízo da homogeneidade dos dados, uma vez que não são estatisticamente diferentes.

A consistência interna de uma medida quantitativa é o principal requisito para que uma investigação tenha qualidade. Esta se refere à consistência com a qual um determinado instrumento mede um atributo: quanto menor a variação produzida pelo instrumento - nas mensurações de um atributo -, maior a sua consistência interna. Um instrumento é confiável se suas medidas refletirem exatamente as medidas verdadeiras do atributo.⁴² A forma mais utilizada é a avaliação da consistência interna, que consiste na verificação da correlação dos itens entre si e com o total. Para isso, é realizada uma análise estatística (alfa de Cronbach) que reflete o grau de covariância dos itens entre si, os quais devem apresentar correlação uns com os outros, uma vez que medem os mesmos fenômenos, expressando a consistência interna da medida⁴².

É relevante ressaltar que, apesar da literatura científica a respeito das aplicações do coeficiente nas diversas áreas do conhecimento ser ampla e abrangente, ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da consistência interna de um questionário, obtida a partir do valor deste coeficiente. Não há um valor mínimo definido para que o coeficiente alfa de Cronbach seja aceito como bom, mas encontra-se na literatura o valor de 0,70 como mínimo comumente aceitável, valor que a versão do AGNI-RR, escala total TDSr aqui estudada, superou, bem como a escala GISS, escala mais abrangente do AGNI-I aqui estudada, que atingiu o valor exato de 0,70. Existem, no entanto, autores que utilizam o alfa sem fazer nenhuma menção a um valor mínimo⁶¹.

Outros autores fazem menção a um valor de alfa bom a 0,6, a depender da quantidade de indivíduos na amostra e da quantidade de itens em cada subescala. Dessa forma, entende-se que o coeficiente alfa de uma amostra aumenta conforme o n aumenta, sugerindo que futuros estudos, com amostras maiores, podem atingir índices ainda mais altos de consistência interna para essas versões do instrumento. No presente estudo, considerando esta literatura que faz ponderação com relação ao tamanho amostral, 13 das 15 subescalas do AGNI-I e quatro das cinco subescalas do AGNI-RR possuem consistência interna de nível bom ou superior⁶².

Para quatro escalas do AGNI-I aqui estudadas, o coeficiente alfa foi superior a 0,9 (CWS, IMDS, GMDS, IASSp). Embora alguns autores considerem este valor desejável⁶², outros estudos sugerem que escalas com alfa superior a 0,9 podem ser redundantes, mostrando que há uma correlação muito forte entre itens que poderiam ser retirados da escala, em busca da mensuração mais curta possível, que possua consistência interna aceitável⁶³.

No que diz respeito às escalas SPS, IMDS, GMDS, BCS, GVS, CWS e HDS do AGNI-I, o SPSS detectou que alguns de seus itens possuem correlação muito alta, demonstrando que alguns deles podem ser redundantes. Este fato foi verificado também pelos desenvolvedores do instrumento em algumas escalas, os quais sugeriram que, nas versões mais longas do instrumento, isso pode ocorrer por excesso de itens⁶⁴.

Embora sejam repetitivos, alguns deles representam informações clínicas consideradas importantes para o conhecimento da equipe. Um exemplo são os itens M2h e M2n do AGNI-I (usou álcool e outras drogas para conseguir dormir ou para esquecer-se de coisas que aconteceram no passado; sentiu-se culpado por coisas que aconteceram no passado e sentiu que deveria ter feito algo para que elas não tivessem acontecido). Embora faça sentido teórico que as duas variáveis estejam altamente correlacionadas, elas representam problemas diferentes para o indivíduo, e que são importantes para o conhecimento da equipe cuidadora, muito embora a análise estatística as considere “redundantes”.

Pretende-se, em futuros estudos, trabalhar as propriedades psicométricas de versões intermediárias dos instrumentos, como é o caso do AGNI-R3, que leva cerca de 30 minutos para ser conduzido com o usuário e possui escalas menores, que nas versões americanas dos instrumentos possuem boa correlação com as escalas maiores do AGNI-I¹⁷. Entende-se que esta versão (AGNI-R3) é mais rápida e possui performance semelhante nas versões americanas, o que facilitaria seu uso na prática clínica. Estudos futuros são necessários para a adaptação cultural e validação desta versão do instrumento.

Uma vez que a versão longa do instrumento contempla quase todos os itens das versões mais curtas, o projeto matricial do qual esta tese faz parte partiu do pressuposto de que seria um percurso metodológico assertivo trabalhar inicialmente com a versão mais abrangente do instrumento, de onde seriam derivadas as versões menores – como foi o caso do AGNI-RR.

Acerca da correlação entre as subescalas do AGNI-RR e AGNI-I, as escalas GISS e TDSr (ρ : 0,801) apresentaram um índice de correlação considerado forte, de acordo com a literatura especializada^{53, 54}. O ponto de corte da literatura para o índice de correlação de Pearson ser considerado forte é 0,7, índice também alcançado pelas escalas IDSr e IMDS. Índices entre 0,4 e 0,6 são considerados correlações positivas moderadas, índice atingido por todas as outras comparações propostas nos objetivos deste estudo (EDSr e BCS ρ = 0,553; SDSr e SPSI ρ = 0,581; CVScr e CVS ρ = 0,652).

Dessa forma, é possível dizer que as escalas totais do AGNI-I e AGNI-RR apresentam forte correlação, possuindo validade convergente, e que as subescalas têm correlação positiva moderada, também possuindo validade convergente com as versões maiores do instrumento^{53, 54}.

Foram realizadas, também, análises de validade do modelo Rasch para as quatro subescalas do AGNI-RR e para a escala SPS do AGNI-I.

As análises de modelo de Rasch aqui realizadas não levam em conta os casos em que os indivíduos são extremos, isto é, responderam positiva ou negativamente a todos os itens. A razão pela qual estes casos são eliminados

decorre do fato que uma análise deles possuiria erro infinito, uma vez não é possível mensurar o grau exato da gravidade dos problemas dos indivíduos.

Um indivíduo que responde negativamente a todos os itens pode ter um grau de gravidade próximo à dificuldade do item mais fácil ou mesmo uma gravidade muito menor do que essa. Já um indivíduo que responde positivamente a todos os itens pode possuir uma gravidade um pouco maior que o item mais difícil ou mesmo uma gravidade muito maior. Assim, os itens utilizados não permitem a separação desses casos, impossibilitando uma estimação das gravidades dos problemas desses indivíduos que tenha erros aceitáveis. Portanto, para estimar o modelo, o *software* R elimina os casos extremos da análise.

A análise do modelo Rasch para a escala SPS replica análise realizada no Canadá com a mesma escala, analisando uma amostra de pacientes adultos que estavam iniciando tratamento naquele país. Uma vez que a análise foi feita com uma recategorização binária das respostas aos itens da escala, os resultados se limitam à análise de dados da escala com dois pontos – e não com os quatro da escala original¹⁵.

Foi possível visualizar uma dimensão predominante na escala, o que é consistente com achados anteriores de estudos no EUA e Canadá, realizados com a mesma escala.⁶⁵

Entretanto, não foi relatado nesses estudos anteriores a presença de outra dimensão detectada na análise de resíduos, o que aconteceu no presente estudo. Uma vez que a amostra dos estudos anteriores é muito maior do que a presente, esse teste deve ser realizado novamente no futuro.

Foram realizadas tentativas de recálculo do modelo de Rasch sem os itens S9c, S9d e S9k para a escala SPS, entretanto o desempenho geral da escala piora. O item S9d é com frequência afirmado pelos indivíduos, e o S9k é mais raro – o que pode sugerir que, na verdade, a escala necessita de mais itens fáceis como os dois primeiros e difíceis como o último, a fim de que possa avaliar melhor a gravidade dos problemas dos indivíduos.

O item S9c, apesar de ser referido com frequência pelos usuários, não demonstrou ser um item fácil pelo modelo, sendo, na verdade, o segundo mais difícil. Este resultado é compreensível, uma vez que quase todos os indivíduos tentaram, em algum momento, esconder o uso de amigos e familiares. Entretanto, no momento de busca pelo tratamento, é comum que não estejam mais escondendo o uso, uma vez que os problemas se tornaram muito difíceis de suportar. Referem que não há como esconder algo que causa tanto sofrimento no momento da admissão ao tratamento. Sendo assim, faz sentido que o item seja com frequência reportado – mas não no mês que precedeu o tratamento.

Retomemos, novamente, o fato de que o número de indivíduos entrevistados com o AGNI-I é de 110 – número muito inferior ao dos estudos internacionais realizados com a escala^{15, 65, 66}. Dessa forma, novos estudos com amostras maiores precisam ser realizados.

Ainda quanto à escala SPS, percebeu-se uma redundância dos itens, concentrando-se nos locais de gravidade média, o que aponta uma possível falta de itens de baixa e alta gravidade. Esse dado também foi encontrado nos estudos anteriores com a escala, realizados nos EUA e Canadá^{15, 65}. Futuros estudos podem buscar a retirada de alguns itens da escala, substituindo-os por itens de menor e maior gravidades.

A análise de funcionamento diferencial dos itens (DIF) indicou que não há diferença de desempenho da escala para homens e mulheres, apesar de que, para 3 itens, haja um distanciamento das retas, indicando sugestão de diferença. Da mesma forma, no estudo canadense e no estudo americano, houve sugestão de diferença nas respostas de homens e mulheres, embora não tenha sido estatisticamente significativa e, portanto, não justifica a aplicação de alguns itens só para este ou aquele gênero^{15, 65}.

Retomemos a diferença no tamanho amostral para que essa diferença seja analisada com cautela. Estudos futuros com amostras maiores precisam ser realizados a fim de verificar se essa diferença perde a significância. Além disso, a porcentagem de mulheres no presente estudo é muito mais baixa do que a de homens.

Sendo assim, a análise Rasch da escala SPS aponta resultados semelhantes aos encontrados no Canadá e EUA, com três dos 16 itens que possuem *infit* e *outfit* sugestivos de serem improdutivos para a escala, embora não prejudiquem o seu desempenho, podendo, portanto, ser considerada válida para usuários de CAPSad e serviço de internação, sem diferença de performance entre homens e mulheres.

Como mencionado na introdução, o instrumento AGNI-RR possui quatro subescalas que mensuram quatro dimensões diferentes e necessárias ao rastreamento eficaz do indivíduo que faz uso de AOD. Seriam elas: sintomas de saúde mental (sintomas de internalização na escala IDScr e sintomas de externalização na escala EDScr), sintomas relacionados a uso de AOD (escala SDSr) e problemas relacionados a crime e violência (CVScr)^{22, 56, 67}. Uma vez que o modelo Rasch foi idealizado para medidas unidimensionais, a análise foi realizada para cada uma dessas subescalas separadamente⁵¹.

As quatro subescalas do AGNI-RR adequam-se ao mesmo Rasch. Em todos os itens de cada uma das subescalas, os *infits* e *outfits* ficam entre 0,5 e 1,5, o que corresponde ao parâmetro ótimo do modelo. Percebe-se, entretanto, que para as escalas SDSr e CVScr os itens não estão muito bem distribuídos no contínuo da gravidade, o que pode indicar falta de itens mais fáceis – menos raros – na subescala SDSr e falta de itens intermediários – medianamente raros – na subescala CVScr⁵¹.

As subescalas IDScr e EDScr possuem uma distribuição homogênea dos itens ao longo do contínuo de gravidade. O modelo mostra que possuem itens fáceis, médios e difíceis, representando o que o modelo Rasch refere como desejável⁵¹.

Na escala CVScr, o modelo Rasch sugere uma possível segunda dimensão. Este resultado também é compreensível, uma vez que a escala reúne itens que falam sobre violência (como o item SCR4a – brigou ou teve um desentendimento, no qual empurrou, agarrou ou esbarrou em alguém de alguma maneira), itens que falam sobre infrações mais frequentes (como o item SCR4d – dirigiu um veículo sob o efeito de AOD), e até tráfico

(SCR4c – vendeu, distribuiu ou ajudou a fazer drogas ilegais), que são coisas muito diferentes. Isso é reconhecido no título “Escala de Crime e Violência”, o que sugere a existência de duas dimensões da escala.

A análise de DIF dos itens para as subescalas do AGNI-RR não indicou diferenças estatisticamente significativas nas respostas de homens e mulheres.

Dessa forma, as escalas do AGNI-RR são consideradas válidas pelo modelo Rasch, sem diferenças estatisticamente significativas para a resposta de homens e mulheres. A escala CVScr possui um indicativo de multidimensionalidade, ao passo que as outras escalas (IDScr, EDScr e SDScr) são claramente unidimensionais.

No que tange à análise das associações entre as subescalas do AGNI-RR e a escala SDScr, destaca-se a relação entre a gravidade de uso de AOD e sintomas relacionados à saúde mental e crime e violência, com resultados altamente significativos no modelo múltiplo da regressão OLS aqui realizada.

Esse resultado indica que o instrumento é capaz de levantar necessidades do indivíduo nessas duas áreas específicas, as quais estão de fato associadas a uma maior gravidade do uso de AOD, o que é de extrema importância para o conhecimento da equipe que cuidará do indivíduo. Portanto, além de ser uma escala confiável, o AGNI-RR é capaz de identificar necessidades que agravam e associam-se ao uso de AOD.

Estudo realizado nos EUA mostrou que indivíduos em tratamento para consumo de AOD com sintomas relacionados à culpa, baixa autoestima e vergonha, compatíveis com sintomas de internalização, possuíram maior gravidade, o que resultou em internações significativamente mais longas⁶⁸. Transtornos de internalização se referem a comportamento tímido, ansioso, depressivo e inibido, ao passo que transtornos de externalização se referem a comportamentos agressivos, transtornos de conduta, entre outros⁶⁹.

Outros autores também confirmam a associação entre a vivência de indivíduos com distúrbios de internalização e diferentes níveis e efeitos de

consumo de AOD, enfatizando, inclusive, a importante associação de transtorno bipolar - por exemplo - ao uso de AOD e tabagismo^{69, 70}.

Estudo realizado nos EUA, derivado da *Survey* nacional epidemiológica sobre álcool e problemas relacionados, destacou como principal achado a prevalência e as associações entre transtornos por consumo de substâncias e transtornos de humor e ansiedade, sendo estes efeitos independentes. O estudo também usou instrumentos de autorrelato para a coleta de dados, e seus resultados corroboram os achados do presente estudo⁷¹.

A associação da depressão ao consumo de drogas (sobretudo o álcool) é reconhecida pela literatura. Alguns estudos mostram incidência maior de depressão em indivíduos considerados dependentes de álcool do que naqueles considerados usuários abusivos. O consumo de substâncias também se relaciona com o aumento do risco de tentativa de suicídio⁷²⁻⁷⁴. Uma revisão sistemática e metanálise da literatura aponta que o consumo de AOD como cigarro, maconha e múltiplas drogas é considerado um comportamento de risco para depressão, devendo ser prevenidos⁷⁵.

Estudos anteriores verificaram a associação entre transtornos de externalização, como desvio de conduta e consumo de AOD⁷⁶⁻⁷⁸. Apesar de significativos na análise univariada, os transtornos de externalização não mostraram no presente estudo um efeito relevante independente dos transtornos de internalização e problemas relacionados a crime e violência. Este dado pode dever-se ao fato de que o efeito de EDSr é, na verdade, um efeito espúrio que pertence a IDSr. Estudos futuros devem examinar a relação entre as duas variáveis.

Os problemas relacionados a crimes e violência, bem como sua associação ao consumo de AOD, também são constantemente estudados no mundo todo⁷⁹⁻⁸¹. Dessa forma, entende-se que ações intersetoriais de cuidado e prevenção a usuários de AOD são estritamente necessárias.

Estudo americano realizou análise do custo-benefício do tratamento na área de álcool e outras drogas, e, após análise da economia de recursos resultantes do tratamento, aumento na produtividade relacionada ao trabalho

de cada indivíduo, e redução do custo de ações criminais por eles cometidas, chegou-se a um benefício total por indivíduo na faixa de U\$ 2.197 a U\$ 14.565 (intervalo de confiança de 95% na faixa de U\$2,067 a \$7,697). Constatou-se nesta análise que o tratamento resultou, especificamente na área criminal, em uma redução de custos variando de U\$ 788 (um crime a cada um ou dois dias) até U\$ 7880 (cinco crimes por dia)⁸².

Pode-se, portanto, afirmar que o consumo de AOD tem impacto econômico e social. Quaisquer medidas que busquem investimento mais eficiente dos recursos públicos e redução dos custos nesta área são necessárias para o enfrentamento da problemática. Reforça-se, com isso, a importância do investimento em rastreamento, alocação correta e tratamentos mais individualizados, baseados em evidências científicas, e que abranjam não somente a gravidade dos problemas do indivíduo relacionada ao consumo de AOD em si, mas também a abordagem de questões de saúde mental e relacionadas a crime e violência - as quais estão associadas à gravidade de seus problemas.

Justifica-se, portanto, a utilização do AGNI-RR como instrumento de rastreamento, uma vez que não se preocupa apenas em localizar o indivíduo em um espectro de gravidade relacionada ao consumo de AOD, mas também em incorporar ao seu cuidado necessidades antes subestimadas por outros instrumentos, e que agravam e reforçam o uso de AOD.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação de maior destaque do presente estudo refere-se ao número de sujeitos entrevistados. Dos 444 planos terapêuticos realizados no CAPSad Sacomã, no período de 11 de março a 20 de dezembro de 2014, apenas 128 entraram para o estudo. Destes, apenas 126 foram utilizados nas análises de consistência interna presentes para o instrumento AGNI-RR e 70 para o instrumento AGNI-I. No serviço SAID, 40 entrevistas foram realizadas com o instrumento AGNI-I, totalizando 109 entrevistas feitas com esta versão do instrumento. O objetivo inicial era realizar de 150 a 250 entrevistas para a presente pesquisa, com cada uma das versões do instrumento. Entretanto, ao início do projeto, a intenção era que a coleta de dados fosse realizada no SAID, local onde foram coletadas as 40 entrevistas do pré-teste. No entanto, o referido serviço foi fechado no início do ano de 2013, impossibilitando a continuidade da coleta de dados.

Ao replanejar o estudo, após a eventualidade da descontinuidade do serviço, optou-se pela coleta de dados em CAPSad. O processo de análise da nova versão do projeto nos CEP da EEUSP, da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, e do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), iniciou-se em 14 de janeiro de 2013, e a aprovação por todas essas instituições, bem como a autorização para o início da coleta de dados, deram-se apenas em fevereiro de 2014 (anexo 6), atrasando de modo considerável o cronograma de coleta de dados. A coleta tinha seu início previsto para 01 de outubro a dezembro de 2011 no SAID, retomando-se após o estágio de doutorado sanduíche da doutoranda, em janeiro de 2013, e finalizando em dezembro de 2013 na mesma instituição, o que foi modificado para 01 de outubro a dezembro de 2011 no SAID, retomando-se apenas em março de 2014 no CAPSad quando foi autorizada a continuação do projeto.

Para sanar essa limitação do presente estudo, pretende-se continuar a coleta dos dados até que seja atingido o número de sujeitos entrevistados previsto no projeto matricial de que esta tese faz parte.

O projeto deste estudo foi submetido a Comitês de Ética da EEUSP e do Hospital Samaritano em 2011 para o início da coleta de dados, onde foi autorizada a coleta com indivíduos maiores de 12 anos de idade, como pode ser verificado nos anexos 2 e 3 desta tese. Como mencionado acima, o projeto precisou voltar a ser submetido a outros CEP após o fechamento do SAID, os quais sugeriram que a pesquisa fosse realizada apenas com indivíduos com idade entre 18 e 60 anos, evitando, assim, a entrevista com adolescentes e idosos – populações consideradas vulneráveis pelos pareceristas. Nesse ínterim, foi possível realizar coleta de dados com uma quantidade limitada de sujeitos de uma das populações de interesse inicial, os adolescentes, o que impossibilitou a generalização dos resultados desta pesquisa para essa população.

Em razão do número reduzido de entrevistas realizadas com a versão AGNI-I do instrumento, não foi possível realizar a análise do modelo de Rasch para todas as suas subescalas, priorizando-se a escala SPS, que mensura a gravidade do consumo de AOD, sendo por isso considerada a de maior relevância para a população aqui estudada. Pretendia-se aplicar as propriedades deste modelo em todas as subescalas do instrumento AGNI-I, para as quais foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach. Visto que esta tese trata-se de uma análise preliminar dos dados de um projeto matricial, como mencionado anteriormente, as propriedades psicométricas do modelo de Rasch serão mensuradas no futuro para as referidas subescalas, quando atingido o *n* necessário, citado na seção 4.3 deste estudo. O convênio internacional, bem como o projeto matricial financiado, continuam a ser conduzidos pelo GEAD.

O modelo Rasch foi calculado para as subescalas do instrumento AGNI-RR e subescala SPS do AGNI-I sem que fosse respeitado o número de sujeitos necessários (150 a 250), como citado na seção 4.3. Entrevistas continuam a ser conduzidas com ambas as versões do instrumento, e quando o número necessário de sujeitos for alcançado, novas análises serão realizadas.

Destacamos como limitação também o fato de a coleta de dados ter sido realizada em apenas um hospital e um serviço CAPSad da cidade de São Paulo, o que não permitiu generalizações. O estudo limitou-se, também, à faixa de idade entre 18 e 60 anos para a maior parte dos indivíduos. Estudos futuros devem englobar a população idosa e de adolescentes, bem como o uso do presente instrumento em outras cidades, a fim de que seu desempenho seja verificado.

8. CONCLUSÕES

Por meio do presente estudo pode-se verificar que o instrumento AGNI-RR possui nível de consistência interna compatível com a versão original do instrumento e consideravelmente superior ao preconizado como mínimo aceitável pela literatura.

Da mesma forma, o instrumento AGNI-I apresenta nível de consistência interna superior ao preconizado como mínimo aceitável pela literatura em nove das 15 subescalas aqui estudadas, e, em 14 dessas escalas, possui ou ultrapassa o parâmetro 0,7 em seu IC 95%, com consistência interna considerada boa (acima de 0,6) a excelente (acima de 0,9) por estudos que ponderam o tamanho amostral para a interpretação do coeficiente alfa de Cronbach.

É possível concluir que o AGNI-I e o AGNI-RR possuem validade convergente. As quatro subescalas do AGNI-RR mostraram-se correlacionadas em nível moderado a alto com as escalas do AGNI-I, e a escala total de transtorno (TDS_{cr}) do AGNI-RR, bem como a escala de gravidade geral do AGNI-I (GISS), apresentam correlação forte, sendo consideradas válidas em sua convergência.

O modelo Rasch mostra que as subescalas do instrumento AGNI-RR e a subescala SPS do AGNI-I possuem validade, uma vez que os dados se encaixam no modelo Rasch. A escala SPS parece ter alguns itens redundantes, e para as subescalas SPS do AGNI-I, bem como para as escalas SDS_{cr} e CVSc_{cr}, são necessários itens de menor e maior gravidade para que se possa classificar melhor os indivíduos. Há uma diferença de mensuração em dois itens da escala SPS entre homens e mulheres, que no entanto parece dever-se à baixa quantidade de mulheres na amostra.

De modo geral, as versões dos instrumentos assemelham-se à versão americana em seu desempenho (no caso do AGNI-I e do AGNI-RR), e no caso da escala SPS também foi possível perceber semelhanças com a versão canadense da escala.

Pôde-se verificar que o número de sintomas relacionados ao consumo de AOD relatados pelos indivíduos possui associação estatisticamente significativa com o número de sintomas de saúde mental relacionados a transtornos de internalização e a problemas relacionados a crime e violência, o que demonstra ser importante trabalhar em conjunto essas diferentes problemáticas. Quando o levantamento das necessidades individuais é feito de forma abrangente, mensurando-se aquilo que mais impacta na gravidade geral dos problemas relacionados ao consumo de AOD pelo indivíduo, é possível fornecer um cuidado mais completo e humanizado.

Saúde mental, ambiente, relações sociais e comportamentos reforçados pela desigualdade social (crime e violência), têm impacto direto na gravidade dos problemas relacionados ao consumo de AOD. Estes resultados enfatizam a necessidade de um caráter interdisciplinar e intersetorial na atenção ao usuário.

9. REFERÊNCIAS

1. UNODC. World Drug Report 2014. Naciones Unidas Nueva York; 2014.
2. Bastos F, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
3. WHO WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011. xii, 286 p. p.
4. Gallassi AD, Alvarenga PGd, Andrade AGd, Couttolenc BF. The cost of problems caused by alcohol abuse. Rev psiquiatr clín (São Paulo). 2008;35(supl 1):6.
5. Carlini E, Galduróz J, Noto A, Carlini C, Oliveira L, Nappo A. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília - Distrito Federal: Centro Brasileiro de Informação sobre drogas – CEBRID; 2005.
6. Paglione HB, Claro HG, de Oliveira MAF, Titus J, Lima M, Pereira TC. Contribuições do instrumento “Global Appraisal of Individual Needs” para a assistência e pesquisa: revisão da literatura. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2012;23(1):81-8.
7. Chisholm D, Saxena S, Ommeren Mv, World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Dollars, DALYs and decisions : economic aspects of the mental health system. Geneva: World Health Organization; 2006. 56 p. p.
8. Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E, World Health Organization. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organizations; 2010. xxviii, 74 p. p.
9. Santos MJd, Kassouf AL. Uma Investigação Econômica da Influência do Mercado de Drogas Ilícitas Sobre a Criminalidade Brasileira. Economia. 2007;8(2).
10. Pereira Filho OA, Tannuri-Pianto ME, Sousa MdCSd. Medidas de custo-eficiência dos serviços subnacionais de segurança pública no Brasil: 2001-2006. Economia Aplicada. 2010;14:313-38.
11. Claro HG. Tradução e adaptação cultural do instrumento Global Appraisal of Individual Needs-INITIAL: Universidade de São Paulo.
12. Claro HG. DESAFIOS NA ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS “AVALIAÇÃO GLOBAL DAS NECESSIDADES INDIVIDUAIS” PARA USO NO BRASIL.
13. Claro HG, Oliveira MAFd. Adaptação Cultural do Instrumento "Global Appraisal of Individual Needs" para uso com Adolescentes no Brasil. 2010.
14. Dennis M, White M, Titus J, Unsicker J. Global Appraisal of Individual Needs: Administration Guide for the GAIN and related Measures. Bloomington: 2003.
15. Kenaszchuk C, Wild TC, Rush BR, Urbanoski K. Rasch model of the GAIN Substance Problem Scale among Canadian adults seeking

residential and outpatient addiction treatment. *Addictive behaviors*. 2013;38(7):2279-87.

16. Dennis M. Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): A standardized biopsychosocial assessment tool. 16th Annual Drug Court Training Conference of the National Association of Drug Court Professionals; Boston, MA. 2010.

17. Titus JC, Feeney T, Smith DC, Rivers TL, Kelly LL, Dennis ML, et al. GAIN-Q3: Administration, Clinical Interpretation, and Brief Intervention. 2012.

18. Gotham H, White M, Bergethon H, Feeney T, Cho D, Keehn B. An implementation story: moving the GAIN from pilot project to statewide use. *J Psychoactive Drugs*. 2008 Mar;40(1):97-107. PubMed PMID: 18472669. eng.

19. Titus J, Dennis M, Lennox R, Scott C. Development and validation of short versions of the internal mental distress and behavior complexity scales in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN). *J Behav Health Serv Res*. 2008 Apr;35(2):195-214. PubMed PMID: 18286375. eng.

20. Dennis M, Feeney T, Stevens L, Bedoya L. Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS): Administration and Scoring Manual. Normal - Illinois: Chestnut Health Systems; 2008.

21. Dennis M, Funk R, Godley S, Godley M, Waldron H. Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction*. 2004 Nov;99 Suppl 2:120-8. PubMed PMID: 15488110. eng.

22. Dennis M, Chan Y, Funk R. Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *Am J Addict*. 2006;15 Suppl 1:80-91. PubMed PMID: 17182423. eng.

23. Mee-Lee D. American Society of Addiction Medicine patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders: American Society of Addiction Medicine; 1996. 205 p.

24. Andrade RLdP, Villa TCS, Pillon S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2005;1:0-.

25. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Hunkeler EM, Hu T, et al. The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Serv Res*. 2000 Oct;35(4):791-812. PubMed PMID: 11055449. Pubmed Central PMCID: PMC1089153. eng.

26. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med*. 1989 Feb;320(6):358-65. PubMed PMID: 2913493. eng.

27. Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira RR, Ferraz MB. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006;28:321-5.

28. Ives M, Funk R, Ihnes P, Feeney T, Dennis M, Center GC. Global Appraisal of Individual Needs Evaluation Manual. 2012.
29. Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. In: Saúde Md, Saúde SdAà, Humanização NTdPNd, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
30. Conrad K, Dennis M, Bezruczko N, Funk R, Riley B. Substance use disorder symptoms: evidence of differential item functioning by age. *Journal of Applied Measurement*. 2006;8(4):373-87.
31. Riley B, Conrad K, Bezruczko N, Dennis M. Relative precision, efficiency and construct validity of different starting and stopping rules for a computerized adaptive test: the GAIN substance problem scale. *J Appl Meas*. 2007;8(1):48-64. PubMed PMID: 17215565. eng.
32. Dennis M, Titus J, Diamond G, Donaldson J, Godley S, Tims F, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*. 2002 Dec;97 Suppl 1:16-34. PubMed PMID: 12460126. eng.
33. White MK, Funk R, White W, Dennis M. *Predicting violent behavior in adolescent cannabis users: The GAIN-CVI. Predicting violent behavior in adolescent cannabis users: The GAIN-CVI*. 2003;3(5):67-9.
34. Womack S, Compton W, Dennis M, McCormick S, Fraser J, Horton J, et al. Improving treatment services for substance abusers with comorbid depression. *Am J Addict*. 2004 2004 May-Jun;13(3):295-304. PubMed PMID: 15370949. eng.
35. Perry P, Hedges Duroy T. Adolescent and young adult heroin and non heroin users: a quantitative and qualitative study of experiences in a therapeutic community. *J Psychoactive Drugs*. 2004 Mar;36(1):75-84. PubMed PMID: 15152711. eng.
36. Subramaniam G, Stitzer M, Clemmey P, Kolodner K, Fishman M. Baseline depressive symptoms predict poor substance use outcome following adolescent residential treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8):1062-9. PubMed PMID: 17667484. eng.
37. Chan Y, Dennis M, Funk R. Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jan;34(1):14-24. PubMed PMID: 17574804. Pubmed Central PMCID: PMC2238174. eng.
38. Ramchand R, Morral A, Becker K. Seven-year life outcomes of adolescent offenders in Los Angeles. *Am J Public Health*. 2009 May;99(5):863-70. PubMed PMID: 19299674. eng.
39. Dennis M, Dawud-Noursi S, Muck R, McDermeit M. The need for developing and evaluating adolescent treatment models. *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary Models from a National Evaluation Study*. Binghamton, NY: Haworth Press; 2002. p. 3-34.
40. Lennox R, Dennis M, Scott C, Funk R. Combining psychometric and biometric measures of substance use. *Drug Alcohol Depend*. 2006 Jun;83(2):95-103. PubMed PMID: 16368199. eng.
41. Lennox R, Dennis M, Ives M, White M. The Construct and Predictive Validity of Different Approaches to Combining Urine and Self-

Reported Drug Use Measures Among Older Adolescents After Substance Use Treatment. *Am J Addict*. 2006;15(1):92-101.

42. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª Edição ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

43. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec;25(24):3186-91. PubMed PMID: 11124735. eng.

44. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dec;46(12):1417-32. PubMed PMID: 8263569. eng.

45. Samaritano. SAID-Serviço de Atenção Integral ao Dependente: Hospital Samaritano; 2010 [cited 2015 17/01/2015]. Available from: <http://www.samaritano.org.br/pt-br/imprensa/noticias/Paginas/SAID-servicode-atencao-integral-ao-dependente.aspx>.

46. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial, (2002).

47. Linacre JM. Sample Size and Item Calibration Stability. *Rasch Measurements Transactions*. 1994;7(4).

48. Zeller RA. Measurement in the social sciences: The link between theory and data: CUP Archive; 1980.

49. Ong AD, Van Dulmen MH. Oxford handbook of methods in positive psychology: Oxford University Press New York; 2007.

50. Chachamovich E. Teoria de Resposta ao Item: Aplicação do modelo Rasch em desenvolvimento e validação de instrumentos em saúde mental. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

51. Boone WJ, Staver JR, Yale MS. Rasch analysis in the human sciences: Springer; 2014.

52. Baldi B, Moore DS. The practice of statistics in the life sciences: WH Freeman; 2014.

53. Dancey CP, Reidy J. Statistics without maths for psychology: Pearson Education; 2007.

54. Dancey C, Reidy J. Statistics Without Maths for Psychology: Using Spss for Windows. 2008.

55. Humphreys LG, Montanelli Jr RG. An Investigation of the Parallel Analysis Criterion for Determining the Number of Common Factors. *Multivariate Behavioral Research*. 1975 1975/04/01;10(2):193-205.

56. Dennis M, Feeney T, Titus J. Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS): Administration and Scoring Manual. Normal - Illinois: Chestnut Health Systems; 2013. Available from: http://gaincc.org/_data/files/Instruments%20and%20Reports/Instruments%20Manuals/GAIN-SS_Manual_3_0.pdf.

57. De Torres L, Tamajón V, Barquero M, García J, Palomino M. Validación del Müncher Alkoholismus Test Subjektiv para el diagnóstico de alcoholismo en la población adulta. *Aten Primaria*. 2009;41(8). Epub 452.

58. Gan V, Sanz B, Valladolid G, Clavo F. Validación de la Escala sobre el Deseo de Beber - EDB. *Clinica y Salud*. 2006;17(2):20.

59. Fabbri C, Furtado E, Laprega M. [Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-

- ACE]. Rev Saude Publica. 2007 Dec;41(6):979-84. PubMed PMID: 17923888. por.
60. Modisette K, Hunter B, Ives M, Funk R, Dennis M. NORMS including alpha, mean, N, sd, ICC for Adolescents (by demographics) and overall for Young Adults (18-25) and Adults (18+) using the SAMHSA/CSAT 2012 SA Dataset [Electronic version]. Normal, IL: Chestnut Health Systems. Chestnut Health Systems. 2012.
 61. da Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach Produto & Produção. 2010;11(2):17.
 62. Ponterotto JG, Ruckdeschel DE. AN OVERVIEW OF COEFFICIENT ALPHA AND A RELIABILITY MATRIX FOR ESTIMATING ADEQUACY OF INTERNAL CONSISTENCY COEFFICIENTS WITH PSYCHOLOGICAL RESEARCH MEASURES 1. Perceptual and motor skills. 2007;105(3):997-1014.
 63. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. International journal of medical education. 2011;2:53-5.
 64. Funk R, Ives M, Dennis M. Reliability: Calculating Cronbach's Alpha (α) 2007. Available from: http://www.gaincc.org/_data/files/Psychometrics_and_Publications/Resources/Training_Memos/Alpha.pdf.
 65. Conrad KJ, Conrad KM, Dennis ML, Riley BB, Funk R. Conrad et al 2011 Validation of the Substance Problem Scale to the Rasch Measurement Model 2011.
 66. Riley BB, Conrad KJ, Bezruczko N, Dennis ML. Relative precision, efficiency and construct validity of different starting and stopping rules for a computerized adaptive test: The GAIN substance problem scale. Journal of Applied Measurement. 2007;8(1):48.
 67. McDonell M, Comtois K, Voss W, Morgan A, Ries R. Global Appraisal of Individual Needs Short Screener (GSS): psychometric properties and performance as a screening measure in adolescents. Am J Drug Alcohol Abuse. 2009;35(3):157-60. PubMed PMID: 19462299. eng.
 68. Luoma JB, Kulesza M, Hayes SC, Kohlenberg B, Larimer M. Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. The American journal of drug and alcohol abuse. 2014;40(3):206-12.
 69. Sher KJ, Martinez JA, Littlefield AK. Alcohol Use and Alcohol Use. The Oxford Handbook of Clinical Psychology: Updated Edition. 2014:410.
 70. Wilens TE, Zulauf CA. Substance use in youth with bipolar disorder. Mental Health in Adolescents: Bipolar Disorder. 2014:57.
 71. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of general psychiatry. 2004;61(8):807-16.
 72. Grant BF. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. Journal of substance abuse. 1995;7(4):481-97.

73. Ortíz-Gómez L, López-Canul B, Arankowsky-Sandoval G. Factors associated with depression and suicide attempts in patients undergoing rehabilitation for substance abuse. *Journal of affective disorders*. 2014.
74. Kaur J, Cheong SM, Naidu BM, Kaur G, Manickam M, Noor MM, et al. Prevalence and correlates of depression among adolescents in Malaysia. *Asia-Pacific journal of public health*. 2014;1010539514544356.
75. Cairns KE, Hui Yap MB, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*. 2014.
76. Neighbors B, Kempton T, Forehand R. Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents. *Addictive behaviors*. 1992;17(4):379-86.
77. King SM, Iacono WG, McGue M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*. 2004;99(12):1548-59.
78. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*. 2004;56(10):730-7.
79. Prateek S, Banerjee A, Dhingra D. Effect of Tobacco, Misuse and Alcohol Abuse. *A Practical Guide to First Trimester of Pregnancy*. 2014:86.
80. Petering R, editor Violence experiences, mental health, and substance use of homeless youth Juggalos. 142nd APHA Annual Meeting and Exposition (November 15-November 19, 2014); 2014: APHA.
81. Hussin SFM, Aziz NSA, Hasim H, Sahril N. Prevalence and factors associated with physical fight among Malaysian adolescents. *Asia-Pacific journal of public health*. 2014;1010539514542423.
82. French MT, Salomé HJ, Sindelar JL, McLellan AT. Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Serv Res*. 2002 Apr;37(2):433-55. PubMed PMID: 12036002. Pubmed Central PMCID: PMC1430361. eng.

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DOS DESENVOLVEDORES PARA USO DOS INSTRUMENTOS GAIN

Chestnut Health Systems
Lighthouse Institute

June 5, 2009

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 - São Paulo - SP

Attn: Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Dear Sirs:

Esta carta representa a autorização da Chestnut Health Systems para que a estudante de pós graduação Heloísa Garcia Claro da universidade de são paulo - Programa de Pós Graduação em Enfermagem realize o estudo que adaptará culturalmente o nosso instrumento de coleta de dados "Global Appraisal of Individual needs" para o Português e realidade Brasileira. Estamos cientes dos métodos que serão utilizados em sua pesquisa e concordamos com eles. Declaramos ainda que forneceremos suporte para a estudante para a retirada de dúvidas relacionadas ao instrumento

This letter serves as a Chestnut Health Systems authorization for Heloisa Garcia Claro, post-graduation student of the Nursing post-graduation course – São Paulo University, to proceed with the translation and cultural adaptation of the GAIN "Global Appraisal of Individual Needs" materials into Portuguese and the Brazilian environment. We hereby confirm to be aware and in agreement with the methodology she proposes to use for her research what includes the validation test applying the questionnaires to a adolescents sample population. We confirm as well our commitment to provide Heloisa with the adequate support to clarify any doubts she may have with respect to the aforementioned tool.

Please review these terms and let me know if you have questions.

Sincerely,

Michael L. Dennis, Ph.D.
Senior Research Psychologist
GAIN Coordinating Center Director
Chestnut Health Systems
448 Wylie Drive, Normal, IL 61761
Voice: 309-451-7801, Fax: 309-451-7763
Email: mdennis@chestnut.org

Cc: File

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEUSP 2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 18 de agosto de 2009.

Ilm.^a Sr.^a

Heloísa Garcia Claro

Ref.: Processo nº 809/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **Tradução e Validação Cultural do Instrumento “Global Appraisal of Individual Needs” para Uso com Adolescentes no Brasil**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP), a ser desenvolvido sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SAMARITANO 2011

São Paulo, 27 de setembro de 2011.

À

Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Ref.: PROJETO DE PESQUISA: Validação do instrumento "Global Appraisal of individual needs - initial" para uso no Brasil

Prezada doutora,

Em atenção a sua solicitação para avaliação do documento em referência, o Comitê de Ética em Pesquisa, por intermédio de seu Coordenador **APROVA** a realização da pesquisa nos termos e métodos previstos, desde que observada a seguinte determinação:

- Manter o Comitê informado sobre o trabalho realizado, encaminhando-lhe relatório de acompanhamento e, ao final, o resultado da pesquisa inserido no contexto do projeto.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Dr. Roberto Alexandre Franken
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Conselheiro Brotero, 1486 | Higienópolis | 01232-010
São Paulo | SP | Brasil | Tel. 55 11 3821 5300 | Fax. 55 11 3824 0070

www.samaritano.org.br

ANEXO 4 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEUSP 2013

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação dos instrumentos "Avaliação Global das Necessidades Individuais" para uso no Brasil

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 4

CAAE: 15450713.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 498.471

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto voltou da CONEP à pesquisadora e esta reencaminhou ao CEP EEUSP, como parte do processo de análise ética.

Para que a instituição co-participante tenha acesso aos pareceres anteriores e à aprovação, foi necessário este trâmite.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o Parecer Consubstanciado do CEP n. 278.613, de 21/05/2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o Parecer Consubstanciado do CEP n. 278.613, de 21/05/2013.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o Parecer Consubstanciado do CEP n. 278.613, de 21/05/2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com o Parecer Consubstanciado do CEP n. 278.613, de 21/05/2013.

Recomendações:

não há.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edlpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 498.471

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

reitera-se a necessidade de registro dos resultados da pesquisa na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização das instituições co-participantes, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 17 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

ANEXO 5 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS 2014

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação dos instrumentos "Avaliação Global das Necessidades Individuais" para uso no Brasil

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 4

CAAE: 15450713.5.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 600.747-0

Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

O uso de álcool resulta na morte de 2,5 milhões de pessoas por ano. Dados especulativos estimam que o Brasil gaste, anualmente, 7,3% do PIB com problemas relacionados ao álcool. Cerca de uma em cada cinco pessoas que faz uso de drogas ilegais possui critério para diagnóstico de dependência. Mais de 10% dos anos perdidos de vida saudável e mais de 30% de todos os anos vividos com incapacidade são atribuídos a transtornos mentais. O Global Appraisal of Individual Needs (Avaliação Global das Necessidades Individuais) é uma família de avaliações baseada em evidências. Os instrumentos vão desde um rastreamento que leva de 5-10 minutos para ser administrado, até uma avaliação biopsicossocial completa que leva de 90-120 minutos para ser administrada. Considerando que as informações coletadas com o paciente são de extrema importância para a detecção de problemas, prevenção, alocação do indivíduo e planejamento do tratamento, pretende-se no presente estudo mensurar as propriedades psicométricas dos instrumentos da família AGNI, bem como traduzir o aplicativo on-line das avaliações para uso no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Mensurar as propriedades psicométricas dos instrumentos AGNI-I e AGNI-RR para uso no Brasil.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 600.747-0

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador aponta como eventual risco o estresse emocional do sujeito, uma vez que os itens questionados na entrevista são de ordem pessoal e avaliam saúde mental e problemas relacionados ao uso de substâncias.

O pesquisador refere que caso seja avaliado que o indivíduo está sofrendo de estresse emocional, será encaminhado ao profissional de referência deste indivíduo para que o mesmo seja avaliado e verificada a necessidade de intervenção a respeito. Uma vez que as entrevistas serão conduzidas nos serviços de atenção psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição desconforto ao sujeito da pesquisa foi considerada pela pesquisadora, havendo possibilidade de desconforto para o voluntário na aplicação do questionário. Neste caso a pesquisadora refere que fará o encaminhamento devido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. Os currículos dos pesquisadores estão de acordo com a proposta da pesquisa. Foram incluídos sujeitos entre 18 a 80 anos de idade.

O cronograma de execução foi atualizado, de forma que o início da coleta de dados será posterior à aprovação deste CEP.

O orçamento foi apresentado detalhadamente.

O TCLE está adequado.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria Regional de Saúde).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 600.747-0

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 11 de Abril de 2014

Assinador por:
Luís Gracindo Costa Bastos
 (Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 600747 gerado na data 16/01/2014 21:53:13, onde o número CAAE foi alterado de 15450713.8.0000.5392 para 15450713.5.3001.0086.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA COLETA DE DADOS

Ofício N° 004/2014 SMS.G

São Paulo, 6 de fevereiro de 2014

Sr Coordenador da CRS e Gerentes dos CAPS

Autorizo o início da coleta de dados para a realização da pesquisa "Validação dos instrumentos – Avaliação global das Necessidades Individuais – para uso no Brasil", de autoria de Heloisa Claro da Escola de Enfermagem da USP, e sob a responsabilidade de Dra Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira. A pesquisa está cadastrada na Plataforma Brasil sob o CAAE sob o número 15450713.8.0000.5392, e já foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-SP.

Atenciosamente,

Dra. Myres M Cavalcanti
Coordenadora de Saúde Mental Alcool e Drogas
SMS-SP

APÊNDICE 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Colaborador(a),

Meu nome é Heloísa Garcia Claro, sou estudante de Pós Graduação na Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Estou fazendo a pesquisa “Validação dos Instrumentos “Avaliação Global das Necessidades Individuais” para Uso no Brasil”, que tem por objetivo verificar o desempenho de dois instrumentos de avaliação americanos denominados AGNI-I e AGNI-RR para uso no Brasil. Isso significa que o nosso objetivo é verificar se estas ferramentas são adequadas e se podem ser utilizadas no Brasil como parte da avaliação inicial para o tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas. Para realizar este objetivo, precisamos entrevistar usuários de álcool e outras drogas.

Para coleta de dados será pedido para que você responda a diversas questões. Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários, e para outras informações também pode-se contactar a secretaria do Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde, Rua General Jardim, 36, 1º andar - Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, no email: edipesq@usp.br e telefone: 3061-7548 ou Heloísa Garcia Claro, no telefone (11) 97692-9345 ou e-mail helois.claro@usp.br.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Como vamos falar, durante a entrevista, sobre questões pessoais relacionadas a seu uso de álcool e outras drogas e sobre a sua vida, de uma forma geral, existe uma chance de que esta entrevista lhe cause desconforto emocional. O CAPSad onde você realiza o tratamento e eu, a entrevistadora, estamos à sua disposição para acolher quaisquer reações emocionais que a entrevista lhe provoque.

Por outro lado, uma vez que vamos lhe fazer diversas perguntas que consideramos importantes para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, sobre suas necessidades (o que você deseja do tratamento, quais são suas queixas, o que você gostaria de melhorar) as informações aqui coletadas podem auxiliar em seu tratamento. Caso informações relevantes ao seu tratamento sejam percebidas durante a sua avaliação, as forneceremos aos seus profissionais de referência no CAPSad. Além disso, ao participar desta pesquisa, você estará contribuindo com estudos na área de álcool e outras drogas, que objetivam melhorar a assistência prestada a outras pessoas que, assim como você, realizam tratamento nesta área.

Nós lhe asseguramos que:

- Esta pesquisa não traz nenhum risco para a sua segurança física e psíquica;
- Não terá despesas financeiras;

- Você tem liberdade de deixar de participar, a qualquer momento, da pesquisa, e isso não vai causar nenhum problema ou mal, nem prejudicar o tratamento, agora ou mais tarde;
- Tudo o que for dito durante a entrevista será mantido em segredo;
- O que você falar será transformado em trabalho e apresentado para as pessoas que estiverem em congressos e que lerem revistas que tratam do tema;
- Em nenhum momento o seu verdadeiro nome será falado para outras pessoas ou escrito;
- Você terá chances de esclarecer dúvidas sobre temas relacionados à pesquisa quando desejar;
- Caso concorde, as informações coletadas serão disponibilizadas a seus profissionais de referência, caso seja considerado que são relevantes para o seu tratamento.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito de pesquisa
ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)