**ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

ROSANA RIBEIRO TARIFA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA
"EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE - EARS"
PARA USO NO BRASIL**

São Paulo

2019

ROSANA RIBEIRO TARIFA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA
"EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE - EARS"
PARA USO NO BRASIL**

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

São Paulo

2019

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: ____/____/____

Catlogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Tarifa, Rosana Ribeiro

Adaptação transcultural e validação da escala “emerging adult reasons for substance use – EARS” para uso no Brasil / Rosana Ribeiro Tarifa. São Paulo, 2019.

119 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. Enfermagem. 2. Estudos de validação. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Título.

Nome: ROSANA RIBEIRO TARIFA

Título: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA "EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE - EARS" PARA USO NO BRASIL.

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

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

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

Instituição: Escola de Enfermagem da USP Assinatura: _____

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: _____

*Ao meu marido, sempre presente;
Aos que acreditaram que isso seria possível;
À todos que possam ler ou se interessar por este trabalho.*

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

À Deus sempre.

À minha orientadora, Professora Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Ao meu segundo orientador, ainda que não tenha sido oficialmente denominado dessa forma, Professor Dr. Douglas C. Smith.

Aos professores que estiveram presentes em minha vida no início dessa trajetória, quando ainda cursada a Graduação em Enfermagem, Professor Dr. Ronny Francy Campos e Professora Dr^a Sônia Alves de Paiva.

Aos colegas e amigos que acompanharam essa longa jornada, ainda que à distância.

À família, em especial ao meu marido, Edmilson Rocha Marques, pela compreensão, amizade, companhia, solicitude, apoio e incentivos. Você foi essencial nessa trajetória!

Aos que pensam não estarem contemplados por esse agradecimento, tenham certeza de que também sou grata a vocês. Em meu coração serei eternamente grata a todos que compartilharam o caminho e as experiências comigo ao longo dessa trajetória.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento (CNPq) pela bolsa de Doutorado, que me permitiu ter uma das melhores experiências da minha vida, além da oportunidade de poder me dedicar à realização de um sonho.

TARIFA R.R.; OLIVEIRA M.A.F. Adaptação transcultural e validação da escala "Emerging Adult Reasons for Substance Use" para uso no Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: O abuso de substância psicoativas é considerado um problema no mundo todo, seja para a área da saúde, ou outras áreas do conhecimento. Estima-se que milhões de pessoas morram ou adoeçam ano a ano devido ao abuso dessas substâncias. Entre os principais problemas estão os riscos para a saúde e a qualidade de vida dos usuários e seus familiares, situações de crime e violência e acidentes de trânsito. Embora muitos estudos e informes nacionais e internacionais mostrem o impacto do abuso de álcool e outras drogas na saúde das pessoas, poucas são as estratégias inovadoras em saúde, elaboradas com base em evidências científicas, disponíveis para uso na prática profissional em saúde e de fácil compreensão.

Objetivos: Adaptar transculturalmente e mensurar as propriedades psicométricas da Escala "Emerging Adult Reasons for Substance Use - EARS" para uso no Brasil. Conhecer o perfil dos entrevistados com uso de questionário sociodemográfico e aplicação das escalas: MacArthur e AUDIT (que mensura uso de substâncias psicoativas. Testar associação entre características dos entrevistados com a escala em questão (EARS).

Método: A escala EARS apresenta bons índices psicométricos e pode ser utilizada para estimar razões para abuso de substâncias psicoativas e associação dessas razões com a fase do desenvolvimento humano da Adulter Emergente. Trata-se de estudo metodológico, com duas etapas: adaptação transcultural da escala EARS e mensuração de suas propriedades psicométricas. Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas foram campo de coleta de dados. Obteve-se parecer ético sob o número CAAE: 72502017.8.0000.5392.

Resultados: Na fase de adaptação transcultural da escala EARS foram seguidas as etapas de tradução, retrotradução e reunião com um Comitê de Juízes Especialistas. O instrumento foi utilizado para pré-teste após concordância de pelo menos 80% entre os juízes para cada item da escala e em relação aos aspectos de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural. Foram mensuradas propriedades psicométricas pelo método de análise fatorial confirmatória e pelo alpha de Cronbach. A escala apresentou propriedades psicométricas

semelhantes da escala original em inglês. Entrevistou-se 217 pessoas com 21 a 87 anos de vida, maioria do sexo masculino (85,25%) e de raça autodeclarada branca (46,54%).

Conclusão: As hipóteses nulas do presente estudo foram rejeitadas, uma vez que a escala EARS apresentou-se adequada para uso no Brasil. Sugere-se a realização de mais estudos sobre o tema da Adulter Emergente e o abuso de substâncias psicoativas, uma vez que a amostra do presente estudo difere, em relação à idade, da amostra dos estudos realizados com a EARS em seu país de origem (Estados Unidos da América - EUA). Para a Enfermagem esse tema é inovador e pouco explorado, o que reforça a necessidade de exploração da temática.

Descritores: Enfermagem; Estudos de Validação; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

TARIFA R.R.; OLIVEIRA M.A.F. Transcultural adaptation and validation of the scale "Emerging Adult Reasons for Substance Use" for use in the Brazil [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: The psychoactive substances abuse is a worldwide problem, not only for the healthcare providers but for other knowledge areas. Millions of people die or fall ill year by year because of substances abuse. Among the main problems are the risks for health and life quality for users and their families such as crime, violence and traffic accidents. Although there is a variety of studies and guidelines who demonstrate the impact of alcohol abuse e other drugs in healthcare, there are just few innovate strategies, evidence based, available for the healthcare providers that can be used in clinical practice and easy understanding.

Objectives: Cross-Cultural adaptation and measurement of psychometric properties of "Emerging Adult Reasons for substance Use – EARS" scale translated into Portuguese in Brazil. To know the profile of the interviewees using social-demographic questionnaire and applying MacArthur and AUDIT scales (these scales measure psychoactive substances uses and were applied to confirm the association among the interviewees features and EARS Scale).

Methods: EARS Scale presents good psychometric indexes and can be performed to evaluate association between reasons psychoactive substances abuse and the emerging adult development. It is a methodological study with two steps: cross-Cultural adaptation of EARS scale and measurement of psychometric properties. The data was collected in Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs. Ethic Committee approved before data collection, CAAE: 72502017.8.0000.5392

Results: EARS Cross-Cultural adaptation step was analyzed by a committee of experts judges following translation and Back-translations of the items. The final version was assessed in a pilot study after an agreement of 80% among the experts for each item of the scale considering equivalence in semantic, idiomatic, conceptual and cultural aspects. Psychometric properties were measured by factor analysis confirmatory method and by Cronbach' alpha. Thoroughly developed and tested, proved equivalent to the original version

in English. We interviewed 217 users between 21 and 87 years old, mainly Male (85,25%) and self-declared white color (46,54%).

Conclusion: Null hypotheses were rejected, since the EARS scale presented itself as adequate for use in Brazil. It is suggested to carry out more studies about Emerging Adult and the psychoactive substances abuse once the present study sample differs, regarding the age, for the sample conducted with EARS in the origin country (United State of America – USA). In Nursing areas this theme is innovative and poor explored what reinforces needs of these thematic development.

Descriptors: Nursing; Validation Studies; Substance-related Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Análise psicométrica da escala EARS conforme suas subescalas: 1) <i>Subjective Invulnerability</i> ; 2) <i>Developmental Expectance</i> ; e 3) <i>Developmental Strain</i>	52
Quadro 2 - Versão original e versões de tradução da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019	59
Quadro 3 - Versões Retrotraduzidas da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019	63
Quadro 4 - Versão final da escala e índice de validade de conteúdo conforme pontos atribuídos pelos Juízes do Comitê de Especialistas aos aspectos de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural para cada item da escala	65
Quadro 5 - Diagrama da análise fatorial confirmatória realizada para os 19 itens da escala EARS, 2019 (n=217)	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil social e econômico dos entrevistados, 2019 (n=217)	56
Tabela 2 - Drogas ilícitas de abuso utilizadas pelos entrevistados, 2019 (n=177)	57
Tabela 3 - Escores dos entrevistados em cada uma das subescalas que compõem a Emerging Adults Scale for Substance Use, 2019 (n=217)	57
Tabela 4 - Modelo de análise fatorial confirmatória estimado por mínimos quadrados ponderado robusto, 2019 (n=217).....	67
Tabela 5 - Teste de covariância entre os fatores da escala, 2019 (n=217).....	68
Tabela 6 - Coeficiente de confiabilidade Alpha de Cronbach, 2019 (n=217).....	69
Tabela 7 - Comparação entre as cargas fatoriais dos 19 itens que compõem a versão adaptada da EARS com a versão original, 2019 (n=217).....	77

LISTA DE SIGLAS

AUDIT – *Alcohol Use Disorder Identification Test*

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas

EARS – *Emerging Adult Reasons for Substance Use*

IDEA – *Inventory Dimensions of Emerging Adulthood*

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Consumo de álcool e outras drogas	26
1.2 Serviços de assistência em álcool e outras drogas no Brasil.....	28
1.3 “Emerging Adulthood” ou Adultez Emergente	31
2 OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E FINALIDADE.....	35
2.1 Objetivos	37
2.2 Justificativa	37
2.3 Resultados Esperados	38
3 MÉTODO	41
3.1 Etapas 1 e 2: Tradução e síntese das traduções.....	43
3.2 Etapa 3: Retrotradução.....	44
3.3 Etapa 4: Comitê de Juízes Especialistas	45
3.3.1 Avaliação pelo comitê de juízes	46
3.4 Análise dos dados	47
3.5 Amostragem e Abordagem Dos participantes.....	47
3.6 Coleta de dados	48
3.7 Critérios de Inclusão e exclusão	48
3.8 Aspectos éticos da pesquisa	49
3.9 Riscos, danos e benefícios	49
3.10 Escala em processo de adaptação transcultural e validação para uso no Brasil – EARS	51
4 RESULTADOS	53
4.1 Dados descritivos.....	55
4.2 Adaptação Transcultural	58
4.3 Propriedades psicométricas da <i>Emerging Adults Scale</i>	67
4.3.1 Análise Fatorial Confirmatória – análise dimensional.....	67
4.3.1 Análise da confiabilidade da escala – Alpha de Cronbach.....	69

5 DISCUSSÃO	71
6 CONCLUSÕES	79
7 REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES	91
APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – ao Comitê de Juízes Especialistas	93
APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – aos que serão entrevistados.....	97
APÊNDICE III –Escala para verificação de prejuízo cognitivo	101
APÊNDICE IV – Instrumento de Coleta de dados	103
ANEXOS.....	111
ANEXO I – Autorização para uso da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use” (em inglês).	113
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	115
ANEXO III – Autorização para realização da pesquisa no município de Campinas (São Paulo, Brasil).....	119

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde o consumo de álcool e drogas vem crescendo no mundo, tendo ainda aumentado o consumo dessas substâncias psicoativas por pessoas cada vez mais jovens (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014). Muitos problemas podem advir disso, entre eles estão problemas de saúde atrelados ao abuso de substâncias psicoativas, como as situações de overdose e *Binge*, além de consequências de longo prazo, como problemas cardiovasculares.

Em 2007, no Brasil, cerca da metade dos usuários de álcool relataram ter algum problema relacionado ao próprio consumo de álcool (LARANJEIRA et al., 2007). Problemas físicos advindos desse uso foram citados por 38% dos entrevistados, seguidos dos problemas familiares (relatado por 18% dos entrevistados) e problemas com violência (mencionados por 23% da população mais jovem, de 18 a 24 anos) (LARANJEIRA et al., 2007). Esses problemas decorrem, principalmente, do abuso de álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Conhecer os padrões de consumo de substâncias psicoativas na população, assim como as razões e motivações para isso podem ser alguns dos parâmetros necessários para o planejamento de ações em saúde para prevenção, promoção e reabilitação da saúde nessa temática sobre álcool e outras drogas.

Para isso, por sua vez, são necessárias tecnologias inovadoras em saúde para a coleta de informações de fato pertinentes ao planejamento de ações em saúde. No caso, as tecnologias estariam no uso de instrumentos de coleta de dados padronizados e desenvolvidos com base nas melhores evidências científicas disponíveis, bem como validados e com bons índices psicométricos (LOUREIRO; MIRANDA, 2010).

Tomando-se por base o impacto do consumo de álcool e/ ou outras drogas na vida das pessoas e os elevados custos a todo sistema de saúde decorrentes desse impacto, a busca de tecnologias inovadoras em saúde se faz bastante necessária (LOUREIRO; MIRANDA, 2010; NIMTZ et al., 2014). A principal justificativa estaria, inclusive, na busca tecnologias e formas de se prestar assistência em saúde com olhar para a minimização de riscos e danos associados ao uso nocivo de substâncias psicoativas (LOUREIRO; MIRANDA, 2010; NIMTZ et al., 2014)

Desta feita, essa é a principal proposta deste estudo, dado seu objetivo central de traduzir, adaptar culturalmente e validar para o contexto Brasileiro a escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use (EARS)” (título original em língua inglesa) (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016). Essa escala oferece parâmetros para identificação das razões pelas quais as pessoas fazem uso de substâncias psicoativas, que podem diferir conforme as características sociais e econômicas das pessoas e impactar em todo planejamento do cuidado (SMITH;

DAVIS; DUMAS, 2016). O tempo necessário para o tratamento e as ações de cuidado em saúde mais efetivas para cada caso também podem ser melhor identificados com o uso de tal escala, daí o interesse em disponibilizá-la para uso no Brasil.

1.1 CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em 2012 aproximadamente 5,2% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos usaram alguma droga ilícita ao menos uma vez no ano anterior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Os homens estão duas a três vezes mais propensos ao uso de substâncias psicoativas do que as mulheres, no entanto as mulheres fazem uso equivalente ou maior do que os homens de produtos farmacêuticos (sem prescrição médica) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Entre 2003 e 2012 observou-se que em países como a África, Oceania e as Américas ocorreu maior uso de substâncias derivadas da *cannabis*; a proporção de internações para tratamento dessa substância aumentou na Europa Ocidental e Central (de 19 por cento para 25 por cento), no Oriente e Sudeste da Europa (de 8 por cento para 15 por cento), na América Latina e no Caribe (de 24 por cento para 40 por cento) e na Oceania (de 30 por cento para 46 por cento) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A maior procura por tratamento no Sudeste da Europa Oriental e da Ásia acontece para o uso de *opioides*, enquanto nas Américas, principalmente América Latina e Caribe a maior procura por tratamento ocorre para o uso de *cocaína* e derivados como o *crack*; na Ásia e na Oceania ocorre maior uso de *estimulantes do tipo anfetamina* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nas Américas Latina, Central e Sul, assim como no Caribe, o uso de *cocaína* é bastante elevado, com maior uso na América do Sul¹. O uso de substâncias por estudantes dos países andinos (Colômbia, Bolívia, Equador e Peru) entre os anos 2009 e 2012 aumentou para *cannabis* (de 4,8% em 2009 para 7,9% em 2012) e *estimulantes do tipo anfetamina*, enquanto se manteve estável para *cocaína*; entre estudantes universitários identificou-se alta prevalência no uso de *Dietilamina do Ácido Lisérgico (LSD)*, principalmente na Colômbia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Especificamente em relação ao consumo mundial de bebidas alcoólicas, em 2005 foi registrado consumo *per capita* de 6,13 litros de álcool puro por pessoas com 15 anos ou mais

(WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014). Cerca de 28,6% desse consumo, o que equivale a 1,76 litros por pessoa, refere-se ao consumo estimado de bebida alcoólica produzida ilegalmente (bebida alcoólica caseira) (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014). Acredita-se que a bebida produzida ilegalmente ofereça risco aumentado de danos à saúde devido a impurezas e outros contaminantes que possam conter (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

Segundo dados do *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*, 22,8% dos brasileiros já fizeram uso de drogas na vida (com exceção de tabaco e álcool) e 49,8% dos entrevistados consumiram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa. Por região o consumo de álcool nos últimos 12 meses foi feito por 49,8% dos habitantes da região Centro-Oeste, 56,6% da região Sul, 56,3% da região Sudeste, 35,6% da região Norte e 49,8% da região Nordeste (CARLINI et al., 2006).

Na mesma pesquisa identificou-se que 38,3% da população brasileira consumiu bebida alcoólica nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa (CARLINI et al., 2006). O consumo pelos habitantes de cada região do país foi 32,8% na região Centro-Oeste, 41,9% na região Sul, 41,4% na região Sudeste, 12,5% na região Norte e 34,6% na região Nordeste, considerando o total de habitantes em cada região (CARLINI et al., 2006).

Em 2005 a proporção de dependentes de álcool era de 12% dos brasileiros com idade entre 12 e 65 anos (CARLINI et al., 2006). A proporção de bebidas alcoólicas mais consumidas foi de 68% para cerveja e chope, 17% para vinho, 8% para cachaça e pinga, 3,5% para uísque, vodca e conhaque e 3,5% para outras bebidas (CARLINI et al., 2006). O número de doses ingeridas no último ano foi de 1-2 doses/dia por 46,8% dos entrevistados, 3-4 doses/dia por 23,7%, 5-6 doses/dia por 12,0%, 7-10 doses/dia por 7,8% e de mais de 10 doses/dia por 9,9% (CARLINI et al., 2006).

De forma geral, aproximadamente 5.799.005 brasileiros, em 2005, eram dependentes de *álcool* e 4.700.635 eram dependentes de *tabaco* (CARLINI et al., 2006). O uso de *maconha*, na vida, aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas mais consumidas (8,8% dos entrevistados) (CARLINI et al., 2006). A prevalência de uso da *cocaína*, do *crack* e da *merla* foi, respectivamente, de 2,9%, 0,7%, 0,2% (CARLINI et al., 2006). Para uso de medicamentos sem receita médica, os *benzodiazepínicos* (ansiolíticos) tiveram uso na vida de

5,6% e a dependência dessa substância atingiu 0,5% dos entrevistados (CARLINI et al., 2006).

Cerca da metade dos usuários de álcool, no Brasil, relatam ter problemas relacionados ao uso de álcool (LARANJEIRA et al., 2007). Os problemas físicos foram citados por 38% dos entrevistados de um estudo, seguidos dos problemas familiares (relatado por 18% dos entrevistados), problemas com violência (mencionados por 23% da população mais jovem, de 18 a 24 anos) (LARANJEIRA et al., 2007). Os problemas ocorrem, principalmente, por padrão de consumo de alto risco (LARANJEIRA et al., 2007).

Outro ponto relevante é o hábito de beber e dirigir, dos adultos que dirigem, no Brasil, cerca de 25% dos homens relata ter bebido ao menos em 1 vez antes de dirigir e quase dois terços dos adultos que dirigem alcoolizados relataram dirigir de 2 a 3 vezes no último ano após consumir pelo menos 3 doses de álcool (LARANJEIRA et al., 2007). Muitas consequências podem advir do hábito de dirigir sob efeito de álcool, não só para aquele que dirige o veículo (LARANJEIRA et al., 2007).

Outro estudo, publicado em 2007, encontrou alto consumo de álcool entre adolescentes (9% dos entrevistados de 14 a 17 anos), que bebem mais do que 1 vez por semana (12% meninos e 6% meninas) (LARANJEIRA et al., 2007). Quase 50% dos meninos relataram beber mais de 3 doses por situação habitual e cerca de um terço relatou consumo de 5 doses ou mais (LARANJEIRA et al., 2007).

Ao se entrevistar jovens adultos, com idade entre 18 e 15 anos, constatou-se que iniciaram uso de álcool, em média, aos 15,3 anos; no mesmo estudo, em contrapartida, adolescentes com idade entre 14 e 17 anos relataram início de uso de álcool aos 13,9 anos de idade, com uso regular a partir dos 14,8 anos (LARANJEIRA et al., 2007). Tais dados mostram tendência de consumo de álcool cada vez mais cedo pela população, sendo necessária a implementação de ações voltadas para tal população (LARANJEIRA et al., 2007).

1.2 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

No Brasil, a evolução política relacionada ao tema álcool e outras drogas acompanhou movimentos sociais reacionários, marcados por debates e disputas de diferentes setores buscando cuidado mais digno, humanizado e que valorizem os direitos humanos (SANTOS; DE OLIVEIRA, 2013).

Mudanças na legislação, como a implantação da Lei 10.216 (de 06 de abril de 2001), possibilitaram a ratificação das diretrizes constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que garantiu aos usuários do serviço de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2001; SANTOS; DE OLIVEIRA, 2013).

A diretriz principal para o tema de álcool e outras drogas foi a publicação pelo Ministério da Saúde, em 2003, da *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (SILVEIRA et al., 2003). Essa *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* está voltada para a especificidade de seu público alvo e se embasa nos princípios do SUS e no Movimento de Reforma Psiquiátrica (SILVEIRA et al., 2003). Estabelecer e fortalecer o trabalho em rede, proporcionar atenção integral, facilitar e aumentar acesso aos serviços, incluir a participação dos usuários e da comunidade e criar serviços de atenção diária como alternativa ao Hospital Psiquiátrico são suas principais orientações (SILVEIRA et al., 2003).

Serviços denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad) foram implementados seguindo um modelo assistencial não asilar, sendo uma alternativa para o oferecimento de assistência dentro da temática da saúde mental, mas com valorização aos direitos humanos (BRASIL, 2007). As ações desses serviços centram-se na comunidade, são realizadas por equipe multiprofissional especializada e, na área de álcool e outras drogas, articula ações para redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de abuso (SILVEIRA et al., 2003).

Existem várias modalidades de CAPS (I, II, III, infanto-juvenil e álcool/drogas); as diferenças principais estão no porte, na complexidade e na abrangência populacional dos serviços (BRASIL, 2002). Cada modalidade de CAPS caracteriza-se por (BRASIL, 2002):

- **CAPS I** - capacidade para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, sob coordenação do gestor local, com funcionamento no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

- **CAPS II** - capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; com funcionamento das 8 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;

- **CAPS III** - capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, como serviço ambulatorial de atenção contínua,

oferecendo assistência durante 24 horas, diariamente, inclusive em feriados e finais de semana; sob coordenação do gestor local, estando referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica;

- **CAPSi II** – serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes; o serviço deve destinar atenção diária a crianças e adolescentes com transtornos mentais; com funcionamento das 8 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas;

- **CAPSad II e III** – serviços para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas; capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000; caráter ambulatorial de atenção diária; sob coordenação do gestor local; funcionamento das 8 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas para CAPSad II e funcionamento 24 horas durante todos os dias da semana para CAPSad III; existência de leitos para desintoxicação e repouso (conforme porte do serviço e determinação legal) (BRASIL, 2002).

Independente da modalidade de serviço, os CAPS devem oferecer atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração na comunidade e inserção familiar e social; desenvolver ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (para CAPSi); atendimento de desintoxicação (para CAPSad); acolhimento noturno (para modalidade III), nos feriados e finais de semana, sendo que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados para um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002).

Em relação aos recursos humanos, o número de profissionais em cada serviço varia também conforme a modalidade do mesmo (BRASIL, 2002). De forma geral, a equipe técnica é composta por: médico com formação em saúde mental, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2002).

No caso de acolhimento noturno, para plantões de 12 horas, a equipe deve ser composta por: técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e

profissional de nível médio da área de apoio; para plantões de 12 horas diurnas aos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico), técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002).

Tomando por base os dados apontados e a preocupação mundial com questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, no Brasil, em 2009, foi elaborado um Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), a partir de uma reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, da qual participaram representantes dos municípios, dos estados e da união (BRASIL, 2009).

Estabeleceram-se três objetivos primordiais em relação ao uso de álcool e/ou outras drogas no país, os quais referiam-se à necessidade por ampliação do acesso ao tratamento e ações voltadas para a prevenção no uso de álcool e outras drogas, diversificação das ações praticadas no sentido da prevenção, da promoção da saúde, do tratamento e da redução dos riscos e danos à saúde, assim como a construção de respostas intersetoriais efetivas ao problema uso de álcool e outras drogas, sensíveis ao meio cultural, aos direitos humanos e à complexidade da clínica com esta temática (BRASIL, 2009).

Na primeira etapa do PEAD foram priorizados os 100 maiores municípios brasileiros, incluindo todas as capitais estaduais e municípios de fronteira; as primeiras ações praticadas teriam como foco as populações em maior situação de vulnerabilidade, ou seja, as crianças, os jovens e os adolescentes (BRASIL, 2009). O grande desafio é atender as demandas considerando a extensão territorial do país, portanto a ampliação do acesso aos serviços foi planejada junto à maior qualificação para o atendimento, articulação intra e intersetorial, promoção da saúde, dos direitos e melhora no enfrentamento do estigma relacionado ao alcoolismo e à drogadição (BRASIL, 2009).

1.3 “EMERGING ADULTHOOD” OU ADULTEZ EMERGENTE

No ano 2000 sugeriu-se utilização do termo *Emerging Adulthood* (original do inglês) para representar uma nova fase no desenvolvimento humano que teria início após o fim da adolescência e que marcaria o início da vida adulta, mais especificamente o período entre 18 e

25 anos (ARNETT, 2000, 2010). O embasamento teórico dessa teoria está na identificação deste período de vida como uma fase de exploração da própria identidade e subjetividade, principalmente em culturas em que a adolescência ou a dependência dos pais é prolongada, ou seja, ocorre mesmo após os 18 anos, quando supostamente atinge-se a idade adulta (ARNETT, 2000).

Considera-se que, atualmente, grande parte das pessoas entre 18 e 25 anos de idade estão experimentando sentimentos e necessidades diferentes das pessoas em outras fases de desenvolvimento, isso porque nessa faixa etária estão, por exemplo, preocupados com a busca por independência financeira, casamento ou início de vida conjugal, ambiguidade em relação a sua subjetividade (no que se refere ao que gostariam de fazer/ ter ou ser em suas vidas) e exploração contínua de seu universo pessoal (ARNETT, 2000, 2007, 2010; MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2009). Quatro áreas principais poderiam, portanto, ser consideradas para a classificação de uma pessoa como sendo ou não *Emerging Adult*: aspectos demográficos, percepções subjetivas e exploração de identidade (ARNETT, 2000, 2007, 2010; MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2009).

Posteriormente, em 2005, o autor da teoria sobre *Emerging Adults* publicou estudo em que mostra elevados índices de uso de substâncias psicoativas por pessoas com idade entre 18 e 25 anos de idade, o que, em sua opinião, poderia ter relação com a fase do desenvolvimento humano em que se encontram (ARNETT, 2005). Naquela ocasião expôs cinco características que poderiam fazer com que essa fase fosse considerada de risco para o uso de substâncias psicoativas: momento de exploração da própria identidade, instabilidade, foco em si mesmo, sentimento de estar no meio de algo e fase de muitas possibilidades (ARNETT, 2005).

No Brasil o termo *Emerging Adulthood* é traduzido do inglês para o português como *Adultez Emergente* e considera-se que seja o mais apropriado por ter relação com a teoria de desenvolvimento a que se refere, ao contrário do termo *Jovens Adultos*, comumente utilizado para em referência a pessoas com idade entre 18 a 25 anos, mas que não traz consigo o arcabouço teórico que permeia a teoria da Adultez Emergente (MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2009). O termo *Emerging Adults*, por sua vez, é traduzido para o português como *Adultos Emergentes* (MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2009).

Por ser uma teoria desenvolvida há pouco menos de 20 anos, apresenta diferentes críticas e necessita de estudos aprofundados para melhor e maior caracterização e consideração de sua adequação a diferentes contextos, entre eles o Brasileiro (MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2009). De forma geral, essa teoria apresenta boa aceitação e

adequabilidade em países industrializados, mas provavelmente sofrerá alterações ao longo dos próximos anos (MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2009; ARNETT, 2010; SMITH, 2017).

De forma geral, estudos publicados ao redor do mundo vêm mostrando maior prevalência de abuso de substâncias psicoativas por pessoas com idade entre 18 e 25 anos em comparação com pessoas de outras faixas etárias (SMITH, 2017). O fato de uma teoria sugerir associação entre esse abuso de substâncias com características de desenvolvimento levanta questionamentos, inclusive no que se refere à identificação de quais características dos Adultos Emergentes de fato poderiam ter relação com o abuso de substâncias e ao que poderia ser feito com essa informação (SMITH, 2017).

Em 2007 estudo mostrou associação entre os escores de um *Inventory of the dimensions of emerging adulthood*¹ (IDEA) com o abuso de substâncias psicoativas (REIFMAN; ARNETT; COLWELL, 2007). Em 2013 outro estudo mostrou que as pessoas entre 18 a 25 anos que consideram essa fase de suas vidas como um momento de centrar-se em si mesmos estão mais propensas ao abuso de substâncias psicoativas (ALLEM et al., 2013).

Entretanto, o IDEA apresenta valores de consistência interna (α) que variam de 0,58 a 0,88, questões muito gerais e instruções para que o entrevistado considere os seus últimos cinco anos de vida para responder as questões, ou seja, os resultados do inventário podem não oferecer parâmetro suficiente para a identificação das características de desenvolvimento que poderiam ter associação com o abuso de substâncias psicoativas (REIFMAN; ARNETT; COLWELL, 2007; SMITH, 2017).

No intuito de oferecer uma escala mais adequada à mensuração das características de desenvolvimento de Adultos Emergentes associadas com o abuso de substâncias psicoativas desenvolveu-se a escala *Emerging Adults Reason for Substance Use* (EARS) (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017). Essa escala refere-se a uma lista de 31 itens que mensuram as razões que as pessoas costumam ter para o consumo de substâncias (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017). Seu embasamento teórico está em diferentes resultados de pesquisa apontando razões para uso de substâncias (COOPER, 1994; CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2014; MARTIN et al., 2014; NEVES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2015).

¹ Inventory of the dimensions of emerging adulthood (IDEA) – idioma original: inglês. Inventário das dimensões da adultez emergente em tradução literal para o português brasileiro.

Por exemplo, estudo desenvolvido com 1.243 adolescentes de diferentes raças, gêneros e idade aponta que, independente do perfil das pessoas, podem fazer uso de substâncias por razões semelhantes (COOPER, 1994). Conhecer essas razões pode auxiliar no planejamento de ações visando prevenção e promoção da saúde, e diminuir o impacto que o uso descontrolado de substâncias psicoativas pode provocar na vida das pessoas (COOPER, 1994; DE ALMEIDA et al., 2014; NIMTZ et al., 2014; BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

**2 OBJETIVOS,
JUTIFICATIVA E FINALIDADE**

2.1 OBJETIVOS

- I. Adaptar a escala EARS transculturalmente para uso no Brasil;
- II. Mensurar as propriedades psicométricas da Escala "*Emerging Adult Reasons for Substance Use - EARS*" com amostra de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, no Brasil.
- III. Conhecer o perfil dos entrevistados com uso de questionário sociodemográfico e aplicação das escalas: MacArthur, AUDIT e IDEA.

2.2 JUSTIFICATIVA

A atuação do profissional de Enfermagem na prevenção e promoção de cuidado pode ocorrer em serviços de saúde de diferentes complexidades (ARNOLD; BOGGS, 2015). O cuidado se origina a partir do relacionamento entre o profissional e as pessoas que buscam manter ou restabelecer a saúde, sendo assim, a prevenção, a promoção ou o restabelecimento da saúde será alcançado à medida que o profissional conheça as necessidades das pessoas que procuram pelo serviço de saúde (STUART, 2014; ARNOLD; BOGGS, 2015).

Comumente o enfermeiro assume parte do processo organizacional referente às práticas de cuidado planejadas e executadas num serviço de saúde, portanto seu engajamento na utilização de ferramentas para maior conhecimento acerca da população assistida pode determinar o sucesso das atividades programadas e desenvolvidas (JUDD; KELEHER, 2013).

Dentro da temática álcool e outras drogas, na qual se verifica a necessidade de intervenções nas três dimensões do cuidado, prevenção, promoção e reabilitação da saúde, considerando-se ainda o impacto negativo que o uso de álcool e outras drogas podem causar na vida das pessoas, mostra-se necessária a busca de meios para o desenvolvimento de ações de impacto positivo na saúde das pessoas com potencial risco para desenvolver dependência de substâncias psicoativas, assim como das pessoas que já abusam de substâncias psicoativas (LOUREIRO; MIRANDA, 2010; FERTONANI et al., 2015).

No campo das políticas de saúde no Brasil, a recomendação constante no Plano Nacional de Promoção da Saúde é de que o escopo das intervenções em saúde tomem os problemas, as necessidades e os determinantes de saúde como base para organização do cuidado de tal forma que se olhe para fora dos muros dos serviços e dos sistemas de saúde,

promovendo-se ações para impactar positivamente as condições de vida das pessoas e favorecer a ampliação de escolhas saudáveis (ROCHA et al., 2014).

Fora isso, os custos de doenças relacionadas com o abuso de substâncias para o sistema de saúde podem ser potencialmente evitados se ocorrer um maior investimento em recursos de prevenção, intervenção precoce e tratamento em níveis primários. Detectar precocemente, com o uso de instrumentos de rastreamento, os fatores que levam as pessoas a fazer uso de álcool e outras drogas, poderia resultar em economia de custos consideráveis, no curto e longo prazo.

Embora alguns argumentem que essas economias seriam todas para o futuro, porque os efeitos do abuso de drogas na saúde de uso são cumulativos e de longo prazo, estudos publicados desde os anos 1990 mostram que cerca de dois terços do impacto no custo das ações em cuidados de saúde é de curto prazo (HOLDER et al., 1991; FINNEY; MONAHAN, 1996).

Entre outras constatações, a literatura mostra que (PEREIRA et al., 2010):

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.

Com base na literatura, que nos mostra a premissa de que o monitoramento contínuo e intervenção precoce impacta na trajetória de longo prazo da dependência de substâncias psicoativas, além dos dados expostos acerca do impacto do uso de drogas na vida das pessoas e possíveis problemas ou dificuldades na aplicação dos recursos disponíveis para tratamento, justifica-se a utilização de avaliações padronizadas e individualizadas, como a utilização da escala EARS, no Brasil.

2.3 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para uma reflexão, por parte da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, acerca dos fatores relacionados com o processo de tomada de decisões positivas em relação à própria saúde das pessoas em abuso de substâncias psicoativas.

Equilibrar ações de prevenção e tratamento, atentar para a saúde individual e comunitária, buscar melhor estado de saúde para a população como um todo, com bom custo-efetividade e integrar serviços para maximizar a contribuição de toda força de trabalho são alguns dos objetivos pelos quais se batalha durante uma prática profissional pautada em princípios éticos e de cidadania (BEATON et al., 2000a; JUDD; KELEHER, 2013).

Espera-se fornecer, portanto, com o desenvolvimento deste estudo, não só uma ferramenta de trabalho baseada em evidências científicas, mas também parâmetros para uma prática profissional pautada nas singularidades daqueles que buscam o serviço de saúde e que permitam o melhor desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde dentro da temática álcool e outras drogas.

3 MÉTODO

Trata-se de estudo metodológico de adaptação transcultural e validação da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use” para uso no Brasil. Este é um estudo metodológico, pois faz menção às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação do instrumento na sua adaptação transcultural. A meta, nesse tipo de estudo, é a adaptação de um instrumento preciso e utilizável para a língua portuguesa, para que possa ser empregado por outros pesquisadores e por profissionais de saúde (POLIT; HUNGLER, 1995). Entende-se por “adaptação transcultural” o processo de tradução e adaptação cultural de uma escala (BEATON et al., 2000a), enquanto a validação refere-se ao processo de análise quantitativa da pertinência de uma escala ao contexto em que será utilizada (BEATON et al., 2000b).

Guillemin, Bombardier e Beaton, em 1993, sugerem diretrizes para o desenvolvimento de estudos de adaptação transcultural com base na literatura científica e nas diferenças existentes entre o cenário em que determinada escala foi desenvolvida e o cenário para onde se pretende adaptar essa escala para uso (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Para cenários que diferem em relação à linguagem/ idioma, cultura e nacionalidade sugere-se que esse processo contenha cinco etapas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993): 1) tradução; 2) síntese das traduções; 3) retrotradução; 4) análise por um comitê de especialistas; 5) pré-teste da versão adaptada com amostra de 20 a 40 pessoas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000a).

Essas cinco etapas propostas para a adaptação transcultural estão presente em muitas pesquisas desenvolvidas no Brasil para adaptação transcultural e validação de escalas (LINO et al., 2017), motivo pelo qual optou-se por segui-la. Por razões éticas, solicitou-se autorização ao autor da escala EARS para seu uso neste estudo. Sua autorização pode ser visualizada no Anexo I (documento no idioma original em inglês).

3.1 ETAPAS 1 E 2: TRADUÇÃO E SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

Nessa etapa inicial do processo de adaptação transcultural de uma escala sugere-se (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; LINO et al., 2017) que pelo menos dois tradutores independentes realizem traduções da escala e, posteriormente, discutam essas traduções para a elaboração de uma terceira versão de tradução. Características dos tradutores, como a língua materna, o nível de escolaridade e a área de atuação profissional podem

interferir na qualidade das traduções individuais realizadas, assim como da versão final (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Sendo assim, para o presente estudo, optou-se pela realização de 2 traduções independentes com tradutores dentro das seguintes características: 1) Português Brasileiro como língua materna; 2) Formação acadêmica na área da saúde; 3) Fluência no idioma original da escala a ser traduzida (inglês) e com certificação válida internacionalmente (certificação Toelf ou equivalente), ou experiência comprovada de vivência em país de língua inglesa. Durante o processo de tradução das escalas, cada versão de tradução será identificada como T1 e T2 respectivamente. Concluídas as traduções, os dois tradutores se reuniram para a elaboração de uma síntese das traduções (ST) realizadas, discutindo possíveis discrepâncias.

3.2 ETAPA 3: RETROTRADUÇÃO

Denomina-se por retrotradução o processo de tradução da tradução de uma escala (BEATON et al., 2000a). No caso, a tradução para o inglês da versão da escala traduzida para o português Brasileiro. Recomenda-se a realização da mesma quantia de traduções em retrotraduções, ou seja, para um estudo com a realização de duas traduções independentes, sugere-se a realização de duas retrotraduções independentes (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Espera-se que discrepâncias presentes na primeira versão da escala fiquem ainda mais evidentes durante o processo de retrotradução, o que viabilizaria sua identificação e correção (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Também se espera que os profissionais responsáveis pela retrotradução tenham características que viabilizem a qualidade das retrotraduções realizadas. Para isso, sugere-se que tenham conhecimento profundo na língua original da escala (incluindo conhecimento em termos coloquiais) (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000a).

Desta feita definiu-se que, neste estudo, seriam realizadas duas retrotraduções da escala EARS, cada uma a ser denominada como R1 e R2, respectivamente. Os profissionais a serem selecionados nessa etapa deverão: 1) ter como língua materna o inglês; ou ter fluência no idioma inglês, com certificação válida internacionalmente (certificação Toelf ou equivalente); ou experiência comprovada de vivência em país de língua inglesa e 2) não conhecer a versão original da escala.

As duas versões da escala elaboradas nesta etapa, R1 e R2, foram submetidas ao autor da escala original para que avaliasse se houve perda de significado e sentido no processo de tradução da EARS para o Português Brasileiro. No presente estudo o retorno do autor da escala foi de que as versões de retrotradução mantinham seu significado original.

3.3 ETAPA 4: COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS

Na quarta etapa do processo de adaptação transcultural de uma escala pode-se realizar uma análise quantitativa e qualitativa das versões traduzidas da escala (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000a; LINO et al., 2017). Para essa análise elabora-se um Comitê de Juízes Especialistas, cuja composição pode garantir maior acurácia metodológica (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000a; LINO et al., 2017).

Espera-se que, minimamente, esse Comitê seja multiprofissional e contenha: 1) um especialista em metodologia; 2) um especialista em linguagem; 3) todos os tradutores (4 profissionais); 4) profissionais da área de atuação da escala (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000a). O autor da escala pode participar indiretamente dessa etapa, principalmente prestando esclarecimentos sobre a escala original (BEATON et al., 2000a).

Com base nessas premissas elaborou-se um Comitê de Juízes, neste estudo, composto por: a) Dois profissionais que realizaram a tradução da escala; b) Dois profissionais com domínio em estudos metodológicos relacionados à adaptação transcultural e validação de escalas; c) Um profissional com formação específica na área de álcool e outras drogas e atuante nessa mesma área (considerando-se que o presente estudo tem justamente o objetivo de proporcionar uma escala para uso por profissionais atuantes na área de álcool e outras drogas).

Sendo assim, o Comitê de Especialistas teve, ao todo, sete profissionais com diferentes áreas de formação. Optou-se por realizar uma reunião com todos os juízes ao mesmo tempo, para análise e discussão dos itens que compõem a escala. Todos tiveram acesso às versões T1, T2, V1, R1 e R2 da escala, elaboradas durante o processo de tradução e retrotradução da EARS. Todos também receberam o contato do autor da escala original para o esclarecimento de dúvidas e uma carta-convite/ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice 1). Todos os juízes tinham o português como língua materna e fluência no idioma original da escala EARS (inglês).

3.3.1 Avaliação pelo comitê de juízes

Os juízes foram instruídos a avaliar quatro aspectos referentes a cada item da escala, no intuito de avaliar equivalências *semântica* e *idiomática* entre as versões original e traduzida da escala, além de avaliação *conceitual* e *cultural* (RIBEIRO et al., 2015). Cada item foi avaliado considerando-se uma escala do tipo *Likert* com cinco pontos. Para itens com pontuação total igual a um (1), dois (2) ou três (3), foi solicitado que os juízes fizessem novas sugestões acerca das adaptações necessárias ao item. Tais sugestões e alterações foram discutidas entre o grupo de Juízes até o alcançasse pelo menos 80% de consenso entre todos (índice de validade de conteúdo)

O índice de validade de conteúdo é uma análise em que os itens que compõem uma escala são considerados válidos se existe concordância entre os juízes num nível pré-determinado pela literatura de 0,80 ou 80%. Este índice é calculado ao dividir-se o número de juízes que avaliaram o item pelo escore equivalente do total de número de juízes (POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; RIBEIRO et al., 2015; SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

No presente estudo o índice de validade de conteúdo foi calculado com base na seguinte fórmula:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "4" ou "5"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Finalizada essa fase, outra versão da escala foi originada (versão de pré-teste). Essa versão de pré-teste foi aplicada a 30 pessoas, para que as pesquisadoras pudessem averiguar o nível de compreensão da escala pelo seu público alvo. Para a validação do instrumento estipulou-se inicialmente que seriam coletadas, ao menos, 200 entrevistas com usuários de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, já que a escala se destina a usuários de álcool e outras drogas. Essas amostras foram definidas com base na literatura científica, que sugere amostra de 20 a 40 pessoas para a fase de pré-teste de uma escala (a ser realizada ao final do processo de adaptação transcultural) e uma amostra de 150 a 250 pessoas para a fase de validação da escala (BEATON et al., 2000b; LINO et al., 2017).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi mensurada a consistência interna do instrumento (pelos coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach) e a dimensionalidade do instrumento (por meio de Análise Fatorial Confirmatória). Para essas análises foi utilizado o software RStudio versão 3.4.3 (2017-11-30) (R CORE TEAM, 2017). A análise Fatorial Confirmatória foi realizada com o pacote Lavaan versão 0.5-23.1097 (ROSSEEL, 2012).

Para a Análise Fatorial Confirmatória foram considerados os índices de ajuste CFI, TLI, RMSEA e SRMR. Os índices CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker Lewis Index*) calculam o ajuste relativo do modelo observado, sendo que valores acima de 0,95 indicam ótimo ajuste e os superiores a 0,90 indicam ajuste adequado (LOMAX; SCHUMACKER, 2004; STUART, 2014). Já no RMSEA (*Root-Mean-Square Error of Aproximation*), que também é uma medida de discrepância, são esperados resultados menores que 0,05, mas valores de até 0,08 são aceitáveis. Por fim, o SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) reporta a média padronizada dos resíduos (discrepâncias entre a matriz observada e a modelada) e índices menores que 0,10 são indicativos de bom ajuste (LOMAX; SCHUMACKER, 2004; STUART, 2014).

3.5 AMOSTRAGEM E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES

Todos os sujeitos elegíveis foram convidados a participar do estudo de forma consecutiva e não aleatória até que fosse atingido o número amostral (30 entrevistas para o pré-teste da escala e 200 entrevistas para o processo de validação). Para a fase de pré-teste da escala, recomenda-se amostra de 20-40 pessoas para a fase de pré-teste de uma escala (BEATON et al., 2000a). Para a fase de validação, sugere-se amostra 150 a 250 indivíduos, em média (BEATON et al., 2000a). Desta forma, optou-se por uma amostra de pelo menos 200 pessoas para o processo de validação da escala.

As pessoas que aceitaram participar do estudo foram conduzidas a ambiente privativo, confortável e onde não pudessem ocorrer interrupções, para receber informações mais detalhadas sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 2). A privacidade dos entrevistados foi protegida, assim como o sigilo de suas informações. A entrevista foi realizada somente na presença do entrevistador e do entrevistado.

3.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em quatro Centros de Atenção em Álcool e Outras Drogas do município de Campinas (São Paulo, Brasil) pelas pesquisadoras envolvidas no estudo. No período de coleta de dados foram realizados convites, para participação neste estudo, dentro de cada campo de coleta.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados (Apêndice 4) contendo aproximadamente 100 questões, parte foi elaborada pelas autoras e parte compõe outras escalas. Esse instrumento de coleta de dados foi definido em parceria com os autores originais da escala (EARS) e levam em consideração os itens utilizados para análise das propriedades psicométricas e de confiabilidade da EARS pelos seus autores originais (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017). Considerou-se que, dessa forma, haveria maior fidedignidade na análise comparativa dos.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ter idade acima de 18 anos de idade, fazer algum uso de álcool e/ou outras drogas e ser frequentador do serviço de saúde em que a coleta de dados foi realizada. Foram excluídas do estudo as pessoas que apresentaram prejuízo cognitivo, mensurado conforme escala de prejuízo cognitivo (Apêndice 3). Ao todo foram excluídos três participantes.

Inicialmente estipulou-se que em casos de: a) manifestação de desconforto com a participação na entrevista; b) prestação de informações a terceiros que pudessem viabilizar a associação de respostas com a identidade dos entrevistados; e c) casos em que as pessoas não pudessem responder legalmente por si mesmas, seria realizada a exclusão do sujeito da amostra, no entanto não houve necessidade em fazê-lo.

3.8 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No intuito de atender os pressupostos legais da Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012, o projeto foi submetido aos Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (BRASIL, 2012).

Considerando-se que a coleta de dados foi realizada em serviços públicos de saúde, antes do início da coleta de dados foi solicitada autorização para realização da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde do município de Campinas (São Paulo, Brasil). Assim como dos gestores dos serviços de saúde em que a coleta de dados seria realizada.

Antes do início da coleta de dados foram seguidos os seguintes procedimentos éticos:

- ✓ Envio do projeto de pesquisa e carta solicitando autorização para realização do estudo à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e dos instrumentos de coleta de dados;
- ✓ Envio do projeto de pesquisa e de carta de pedido de autorização institucional para realização da pesquisa endereçada ao gestor de cada um dos serviços em que se daria a coleta de dados;
- ✓ Agendamento de reunião para exposição do estudo e esclarecimento de dúvidas sobre o mesmo nos serviços em que a coleta de dados ocorreria (à critério do gestor das unidades);
- ✓ Organização dos dias e horários de coleta de dados conforme disponibilidade de espaço para a realização das entrevistas e em pactuação com os gestores dos serviços em que a coleta de dados seria realizada.

3.9 RISCOS, DANOS E BENEFÍCIOS

Todos os dados coletados foram tratados conforme critérios estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012 (BRASIL, 2012), em que se incluem aspectos referentes ao sigilo e à confidencialidade de todas as informações prestadas pelos entrevistados.

Nesse sentido, um dos principais riscos aos quais os participantes do estudo estavam sujeitos era a possibilidade de sua identificação, ou do vazamento não intencional de seus

dados. Estipulou-se inicialmente que em suspeita de vazamento de dados, os dados suspeitos de vazamento seriam excluídos do banco de dados e o entrevistado deixaria de compor a amostra deste estudo. Não houve nenhum caso de suspeita dessa espécie.

Considerando que o presente estudo contaria com o próprio espaço do serviço de saúde campo da coleta de dados para a realização das entrevistas, existia o risco de identificação dos entrevistados como sujeitos da pesquisa, o que poderia gerar desconforto nos entrevistados e viabilizar vazamento de dados. No intuito de evitar que isso ocorresse o nome dos entrevistados não foi especificado no banco de dados, ou no questionário utilizado para a entrevista. A identificação dos usuários foi feita por meio de números aleatórios, não consecutivos, aos quais somente as pesquisadoras tinham acesso. Ainda, os serviços em que a coleta de dados foi realizada não tiveram acesso à lista de participantes incluídos ou excluídos do estudo.

No momento de publicação dos resultados da pesquisa, igualmente, serão mantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados. Qualquer informação que possa viabilizar a identificação do autor dos dados apresentados será omitida.

Poderia ocorrer, também, do presente estudo causar danos por ofensa, desconforto ou constrangimento nos entrevistados em função do teor das perguntas que compõem o instrumento de coleta de dados. Nesse caso seria oferecido todo suporte psíquico e emocional para minimizar e tentar reparar tais danos. Informações relacionadas aos possíveis danos em participar do presente estudo também foram fornecidas às pessoas quando foram convidadas a participar da pesquisa.

Todos os participantes também teriam direito de receber indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/ 2012 (BRASIL, 2012). Mesmo se acontecesse dessa pesquisa ser interrompida por algum motivo, as ações assistenciais desenvolvidas para reparar danos seriam mantidas enquanto perdurasse a necessidade pela mesma.

O principal benefício atrelado a esta pesquisa está na disponibilidade de informações de relevância para a temática álcool e outras drogas, principalmente em relação à prática de assistência às pessoas em uso de substâncias psicoativas. Após validação da escala *“Emerging Adults Reason for Substance – EARS”* os profissionais de saúde que prestam assistência aos entrevistados poderão utilizá-la na prática profissional como parâmetro para a elaboração de planos de cuidado. Acredita-se que os entrevistados também possam beneficiar-se do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde praticados na temática álcool e outras drogas a partir da publicação dos dados coletados neste estudo.

3.10 ESCALA EM PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL – EARS

A escala EARS é do tipo *Likert* com cinco pontos referentes ao grau de concordância com razões identificadas pela literatura científica como comuns às pessoas que fazem uso de substâncias e estão na fase do desenvolvimento humano da Adulter Emergente (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017). Maiores escores na escala indicam maior concordância com os itens apresentados por ela e, por conseguinte, maior presença de razões relacionadas à fase de desenvolvimento Humano denominada de Adulter Emergente para uso de substâncias psicoativas (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017).

Considera-se que a escala apresenta bons índices psicométricos e validade interna e externa (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017). Análises psicométricas e de validade são essenciais para verificar se uma escala realmente mensura aquilo que se propõe a mensurar (PASQUALI, 1996, 2007, 2017). Nesse processo, ainda que ocorra uma única coleta de dados é possível determinar a confiabilidade dos itens da escala (PASQUALI, 1996, 2007, 2017).

Para mensurar as propriedades psicométricas da versão original da escala EARS considerou três aspectos da teoria sobre Adulter Emergente para dividir a escala entre subescalas. As subescalas receberam os títulos² (em inglês) de: 1) *Subjective Invulnerability*; 2) *Developmental Expectance*; e 3) *Developmental Strain*.

No processo de análise fatorial exploratória somente os itens com mensurações de α de Cronbach acima de 0.40 foram retidos para a escala e passaram a compor cada uma de suas subescalas (ver Quadro 1) (SMITH; DAVIS; DUMAS, 2016; SMITH, 2017). O α de Cronbach é um coeficiente geralmente utilizada para avaliar a precisão de um instrumento e consiste em verificar se há correlação dos itens dos instrumentos entre si e com a pontuação total do mesmo (PASQUALI, 2007, 2017). Valores menores de 0.40 são considerados ruins (PASQUALI, 2007, 2017).

² Tradução sugerida para as subescalas da escala EARS:

1) *Subjective Invulnerability*: Invulnerabilidade Subjetiva;
2) *Developmental Expectance*: Expectativa de desenvolvimento;
3) *Developmental Strain*: Tensão de Desenvolvimento.

Quadro 1 - Análise psicométrica da escala EARS conforme suas subescalas: 1) *Subjective Invulnerability*; 2) *Developmental Expectance*; e 3) *Developmental Strain*, 2019 (n=217)

You use substances because...	1*	2*	3*
1. At your age, you can do what you want.	0.416	0.619	0.01
2. At your age, you can make your own decisions.	0.439	0.749	-0.119
3. You think substance use is a rite of passage.	0.036	0.08	0.543
4. It won't throw your life off track.	-0.011	0.654	0.310
5. At your age, substance use does not hurt other people.	0.017	0.562	0.395
6. You are in no rush to grow up.	0.264	0.062	0.515
7. It is what people your age are supposed to do before they grow up.	0.12	0.002	0.679
8. You don't have many serious responsibilities in life.	0.361	0.037	0.440
9. You're not ready to settle down yet.	0.472	-0.043	0.370
10. You are getting all your partying done before you start a family.	0.328	-0.016	0.525
11. It will not affect your future.	-0.121	0.735	0.322
12. You have a lot of free time.	0.471	0.212	0.104
13. You've been through a lot of changes recently in housing, relationships and jobs.	0.708	-0.021	-0.096
14. Things are changing so fast during this time of your life.	0.775	0.062	-0.004
15. This part of your life is a difficult period of time.	0.859	0.029	-0.145
16. There are few people who depend on you at this point in your life.	0.409	-0.007	0.418
17. You are focusing on your wants and needs.	0.574	0.244	0.051
18. This is just a phase.	0.380	0.031	0.479
19. Nothing bad will happen.	-0.008	0.797	0.340
20. There won't be any long-term consequences.	0.055	0.771	0.273
21. There hasn't been a lot of consistency during this time of your life.	0.740	-0.116	0.200
22. You don't feel stable at this age.	0.689	-0.244	0.229
23. So many things are "up in the air" during this stage of your life.	0.840	-0.139	0.155
24. It helps you to lessen the strain from trying to figure out what you want in your life.	0.961	0.03	-0.220
25. It helps you take your mind off of the pressures of making choices about the future.	0.992	-0.025	-0.209
26. It is stressful to explore what you want your life to be like.	0.924	-0.004	-0.057
27. It's overwhelming to sort out all your choices in life.	0.904	0.008	-0.197
28. You don't know what to expect in your future.	0.781	0.069	0.009
29. You are not a "full" adult yet.	0.383	0.059	0.416
30. Because you won't have a chance to do this when you're older.	0.015	-0.001	0.934
31. Because it won't be acceptable for you to do this when you're older.	-0.015	-0.05	0.937

Fonte: SMITH, D. C.; DAVIS, J. P.; DUMAS, T. M. What's development got to do with it? A new measure of emerging adults' motives for substance use. In: *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*. 111 River St, Hoboken 07030-5774, NJ USA: Wiley-Blackwell, 2016.

* Os 19 itens em negrito são os itens que compuseram a Análise Fatorial Confirmatória no presente estudo.

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 217 pessoas ao todo, dos quais 177 relataram uso de drogas ilícitas e 179 relataram uso de álcool nos últimos 12 meses. Os dados coletados caracterizam a amostra quanto ao perfil social, econômico e clínico.

4.1 DADOS DESCRITIVOS

A idade dos entrevistados variou de 21 a 87 anos (Média: 44,77; Mediana: 45; Desvio Padrão: 10,79), com 25% da amostra concentrada na faixa etária de 52 a 87 anos. Pelo menos 50% dos entrevistados tinha mais de nove anos de estudo, o que representa ter, no Brasil, pelo menos Nível Fundamental Completo. A escolaridade variou de zero a 26 anos de estudo, com média: 9,36, desvio padrão: 3,86 e intervalo de confiança de 9 a 10 anos. Metade dos entrevistados divide a moradia com mais duas pessoas.

Aplicada a *escala de MacArthur para avaliação da percepção de nível social* verificou-se que metade dos entrevistados se considera no terceiro degrau da escada representativa do seu status social (média: 3,61; desvio padrão: 2,22 e intervalo de confiança: 3-4). Essa escala varia de 1 a 10 e é representada por uma escada que simboliza o lugar que as pessoas ocupam na sociedade.

A despesa mensal dos entrevistados variou de zero a oito mil reais, entretanto 25% gasta cerca de R\$ 400,00 ao mês e metade dos entrevistados gasta R\$ 900,00 ao mês com despesas domésticas (média: 1031,07; desvio padrão: 1037,24 e intervalo de confiança: 800 a 1000 reais). Já a renda dos entrevistados varia de zero a 12 mil reais, com média: 1699,88; mediana de 1000,00; desvio padrão de 2015,09 e intervalo de confiança de 1150 a 1500 reais.

Outros dados descritivos da amostra, coletados por meio de variáveis categóricas, são apresentados na Tabela 1, na qual se verifica que a maioria dos entrevistados era do sexo masculino (85,25%), gênero masculino (82,49%), etnia autodeclarada branca (46,54%), estado civil solteiro (55,30%), não trabalha ou estuda (68,20%), mora em casa própria (49,77%), usa drogas ilícitas (81,54%) e/ ou usou álcool nos últimos 12 meses (82,49%).

Tabela 1 - Perfil social e econômico dos entrevistados, 2019 (n=217)

Variável	Categorias	Frequência		Intervalo de	
		n	%	Confiança (95%)	
Sexo	Feminino	32	14,75	10,64	20,08
	Masculino	185	85,25	79,92	89,36
Gênero	Bissexual	3	1,38	0,47	3,99
	Feminino	31	14,29	10,25	19,56
	Homossexual	1	0,46	0,08	2,56
	Masculino	179	82,49	76,88	86,97
	Transsexual	3	1,38	0,47	3,99
Etnia	Amarela	1	0,46	0,08	2,56
	Branca	101	46,54	40,02	53,18
	Indígena	1	0,46	0,08	2,56
	Negra	37	17,05	12,63	22,62
	Parda	75	34,56	28,55	41,11
	Nenhuma	2	0,92	0,25	3,30
Estado civil	Casado/ União estável	48	22,12	17,11	28,10
	Separado	44	20,28	15,47	26,12
	Solteiro	120	55,30	48,65	61,77
	Viúvo	5	2,30	0,99	5,28
Trabalha ou estuda	Não	148	68,20	61,74	74,04
	Sim	69	31,80	25,96	38,26
Moradia	Na rua	34	15,67	11,43	21,10
	Abrigo	8	3,69	1,88	7,11
	Casa invadida	6	2,77	1,27	5,90
	Em casa ou apartamento alugado	44	20,28	15,47	26,12
	Em casa ou apartamento emprestado	17	7,83	4,95	12,19
	Em casa ou apartamento próprio	108	49,77	43,18	56,37
Responsável pela renda doméstica	Não	108	49,77	43,18	56,37
	Sim	109	50,23	43,63	56,82
Uso de drogas	Não	40	18,43	13,84	24,13
	Sim	177	81,57	75,87	86,16
Uso de álcool nos últimos 12 meses	Não	38	17,51	14,67	25,07
	Sim	179	82,49	78,09	88,26

Da aplicação do AUDIT para mensurar abuso de álcool nos últimos 12 meses verificou-se que metade dos entrevistados obteve o escore 30, como valor mínimo=1 e valor máximo=40 (Média=27,06; Desvio Padrão=10,51 e Intervalo de Confiança (95%)=26-30). As drogas ilícitas de uso pelos entrevistados são apresentadas por grupos na Tabela 2.

Tabela 2 - Drogas ilícitas de abuso utilizadas pelos entrevistados, 2019 (n=177)

Droga de abuso	Frequência*		Intervalo de confiança (95%)	
	n	%		
Maconha	153	70,51	64,13	76,18
Cocaína	160	73,73	67,50	79,14
Crack	107	49,31	42,73	55,92
Cola de sapateiro	31	14,29	10,25	19,56
Lança perfume	36	16,59	12,23	22,11
LSD – ou figurinha	35	15,67	11,43	21,10
Tinner	16	7,37	4,59	11,64
Chá de lírio	18	8,29	5,31	12,73
Chá de cogumelo	23	10,60	7,17	15,40
Artane	8	3,69	1,88	7,11
Heroína	1	0,46	0,08	2,56
Medicamento sem prescrição	18	1,38	0,47	3,99
Skank	1	0,46	0,08	2,56
Benzina	1	0,46	0,08	2,56
Bentil	1	0,46	0,08	2,56
Ecstasy	12	5,53	3,19	9,42
Charas	1	0,46	0,08	2,56
Droga sintética - Anfetamina	8	3,69	1,88	7,11
Gás de bico	1	0,46	0,08	2,56

*Ocorre uso de mais de uma substância psicoativa pela mesma pessoa.

Os escores dos entrevistados às subescalas da escala em processo de validação, *EARS*, são apresentados na Tabela 3. Maiores escores sugerem possível uso de álcool ou outras drogas em relacionada à fase do desenvolvimento *Adulter Emergente*.

Tabela 3 - Escores dos entrevistados em cada uma das subescalas que compõem a Emerging Adults Scale for Substance Use, 2019 (n=217)

Subescalas	Média	Desvio padrão	Valor Mínimo	Mediana	Valor Máximo	Intervalo de confiança (95%)	
EARS - S1	37,50	9,27	11	40	55	37	40
EARS - S2	7,08	2,77	3	6	15	6	7
EARS - S3	11,83	3,77	5	11	25	11	12
EARS -							
Total	56,42	12,16	22	58	95	55	58,5

4.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Conforme a proposta metodológica do estudo, inicialmente foram realizadas duas traduções independentes da escala “*Emerging Adult Reasons for Substance Use*”, dando origem às versões T1 e T2 do instrumento. Posteriormente os tradutores independentes fizeram uma reunião para discussão das traduções e elaboração de uma versão síntese das traduções, chamada de T3, com total concordância entre os mesmos no que se refere às traduções de cada item da escala. O Quadro 2 apresenta a versão original da escala e as versões de tradução.

A versão síntese de tradução, T3, foi enviada para dois profissionais elaborarem retrotraduções, ou seja, traduções independentes para o idioma original da escala (inglês). Mais uma vez foram elaboradas versões independentes da escala R1 e R2 (retrotradução 1 e retrotradução 2). Essas versões de retrotradução foram enviadas ao autor original da escala para análise e seu retorno foi de que todos os itens mantinham significado quando comparados à escala original (Quadro 3 - **Versões Retrotraduzidas da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019**).

Todas as versões de tradução (T1, T2, T3) e as versões de retrotradução (R1 e R2) foram apresentadas em reunião a um Comitê de Juízes Especialistas, composto por cinco membros. Todos sugeriram novas alterações aos itens, resultando numa versão final da escala. Solicitou-se ainda que os juízes pontuassem aspectos de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural para cada item da escala, com pontuação de 1 a 5, em que 1 representa pouca equivalência e 5 representa muita equivalência com o português falado no Brasil. A versão final da escala e a pontuação final obtida em cada item, após análise pelos Juízes do Comitê de Especialistas, são apresentadas no Quadro 4.

A escala foi considerada pronta para pré-teste após obtenção do grau de concordância de 80% entre os Juízes do Comitê de Especialista, para cada item da escala (pontuação de cada item disponível no Quadro 4). Realizou-se coleta de dados com 30 participantes e, posteriormente, as pesquisadoras reuniram-se para revisão dos itens e discussão sobre a possibilidade de alteração em algum item da escala. Não foram realizadas alterações, portanto deu-se continuidade à coleta de dados.

Quadro 2 - Versão original e versões de tradução da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019 (continua)

Item	Versão original	Tradução Independente 1 (T1)	Tradução independente 2 (T2)	Síntese das traduções (T3)
Título	Emerging Adult Reasons for Substance Use - EARS	Razões de Adultos Emergentes para Uso de Substâncias	Motivos do uso de substância em jovens adultos	Razões de Adultos Emergentes para Uso de Substâncias
Instruções	Instructions: Below is a list of reasons people sometimes give for drinking alcohol and using drugs. Thinking of times you drink or use drugs, how much would you agree or disagree with each of the following reasons people sometimes use? You use substance use because...	Instruções: Abaixo está uma lista de razões que as pessoas costumam dar para beber álcool e usar drogas. Pensando nos momentos em que você bebe ou usa drogas, quão de acordo ou desacordo você se sente com relação a cada uma das seguintes razões que as pessoas costumam usar? Você faz uso de substâncias porque...	Instruções: Abaixo há uma lista de motivos que às vezes as pessoas falam para justificar o uso de bebidas alcoólicas e/ou o uso de outras drogas. Pensando nas vezes que você bebeu e/ou usou outras drogas, o quanto você concorda ou discorda de cada um dos motivos que as pessoas às vezes usam? Você consome álcool ou outras substâncias porque...	Instruções: Abaixo há uma lista de motivos que às vezes as pessoas dão para justificar o uso de bebidas alcoólicas ou o uso de outras drogas. Pensando nas vezes que você bebeu ou usou outras drogas, o quanto você concorda ou discorda de cada um dos motivos que as pessoas às vezes usam? Você consome álcool ou outras substâncias porque...
1	At your age, you can do what you want.	Na sua idade, você pode fazer o que quiser.	Na sua idade, você pode fazer o que você quiser.	Na sua idade, você pode fazer o que você quiser.
2	At your age, you can make your own decisions.	Na sua idade, você pode tomar suas próprias decisões.	Na sua idade, você pode tomar suas próprias decisões.	Na sua idade, você pode tomar suas próprias decisões.
3	Your think substance use is a rite of passage.	Você pensa que o uso de substâncias é um rito de passagem.	Você acredita que usar essas substâncias é um rito de passagem.	Você pensa que o uso de substâncias é como um rito de passagem.
4	It won't throw your life off track.	Isso não vai jogar sua vida para fora da pista.	Não vai tirar sua vida do trilho. (Não vai mudar o rumo da sua vida.)	Não vai mudar o rumo da sua vida.
5	At your age, substance use does not hurt other people.	Na sua idade, o uso de substâncias não machuca outras pessoas.	Na sua idade o uso de substâncias não machuca outras pessoas.	Na sua idade o uso de substâncias não machuca outras pessoas.

Quadro 2 - Versão original e versões de tradução da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019 (continua)

Item	Versão original	Tradução Independente 1 (T1)	Tradução independente 2 (T2)	Síntese das traduções (T3)
6	You are in no rush to grow up.	Você não tem pressa para crescer.	Você está com pressa de crescer.	Você não tem pressa para crescer.
7	It is what people your age are supposed to do before they grow up.	Isso é o que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescerem.	É o que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer.	Isso é o que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer.
8	You don't have many serious responsibilities in life.	Você não tem muitas responsabilidades sérias na vida.	Você não tem muitas responsabilidades sérias na sua vida.	Você não tem muitas responsabilidades sérias na sua vida.
9	You're not ready to settle down yet.	Você não está pronto para se acalmar ainda.	Você ainda não está pronto para levar uma vida calma.	Você ainda não está pronto para levar uma vida calma.
10	You're getting all your partying done before you start a family.	Você está pegando todas as festas antes de começar uma família.	Você está aproveitando a vida antes de começar uma família.	Você está aproveitando todas as festas antes de começar uma família.
11	It will not affect your future.	Isso não afetará seu futuro.	Isso não vai afetar seu futuro.	Isso não afetará seu futuro.
12	You have a lot of free time.	Você tem muito tempo livre.	Você tem muito tempo livre.	Você tem muito tempo livre.
13	You've been through a lot of changes recently in housing, relationships and jobs.	Você passou por muitas mudanças recentemente em habitação, relacionamentos e empregos.	Recentemente, você passou por muitas mudanças na sua casa, nos relacionamentos próximos e no trabalho.	Você passou por muitas mudanças recentemente na sua casa, nos relacionamentos e no trabalho.
14	Things are changing so fast during this time in your life.	As coisas estão mudando tão rápido durante este período da sua vida.	As coisas estão mudando muito rápido nesse momento da sua vida.	As coisas estão mudando muito rápido nesse momento da sua vida.
15	This part of your life is a difficult period of time.	Esta parte da sua vida é um período difícil de tempo.	Essa parte da sua vida é um período difícil.	Essa parte da sua vida é um período difícil.
16	There are few people who depend on you at this point in your life.	Há poucas pessoas que dependem de você neste momento da sua vida.	São poucas as pessoas que dependem de você nesse ponto da sua vida.	Há poucas pessoas que dependem de você nesse momento da sua vida.
17	You are focusing on your wants and needs.	Você está se concentrando em seus desejos e necessidades.	Você está focando no que você quer e no que você precisa.	Você está se concentrando em seus desejos e necessidades.
18	This is just a phase.	Essa é apenas uma fase.	É só uma fase.	Essa é apenas uma fase.

Quadro 2 - Versão original e versões de tradução da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019 (continua)

Item	Versão original	Tradução Independente 1 (T1)	Tradução independente 2 (T2)	Síntese das traduções (T3)
19	Nothing bad will happen.	Nada de ruim vai acontecer.	Nada de ruim acontecerá.	Nada de ruim acontecerá.
20	There won't be any long-term consequences.	Não haverá consequências a longo prazo.	Não haverá consequências no longo prazo.	Não haverá consequências no longo prazo.
21	There hasn't been a lot of consistency during this time of your life.	Não tem havido muita consistência durante este período da sua vida.	Esse período da vida não tem tido muita consistência.	Esse período da vida não tem tido muita consistência.
22	You don't feel stable at this age.	Você não se sente estável nesta idade.	Você não se sente estável nessa idade.	Você não se sente estável nessa idade.
23	So many things are “up in the air” during this stage of your life.	Tantas coisas estão “no ar” durante esta fase da sua vida.	Tantas coisas estão mal resolvidas nessa fase da minha vida.	Tantas coisas estão “no ar” durante esta fase da sua vida.
24	It helps you to lessen the strain from trying to figure out what you want in your life.	Isso ajuda você a diminuir a tensão de tentar descobrir o que você quer em sua vida.	Ajuda a aliviar a tensão de tentar resolver o que você quer na sua vida.	Isso ajuda você a diminuir a tensão de tentar descobrir o que você quer em sua vida.
25	It helps you take your mind off of the pressures of making choices about the future.	Isso ajuda você a tirar sua mente das pressões de fazer escolhas sobre o futuro.	Ajuda a esquecer as pressões de tomar decisões sobre o futuro.	Isso ajuda você a tirar sua mente das pressões de fazer escolhas sobre o futuro.
26	It's stressful to explore what you want your life to be like.	É estressante explorar o que você quer que sua vida seja.	É estressante pensar sobre como você deseja que a sua vida seja.	É estressante explorar o que você quer que sua vida seja.
27	It's overwhelming to sort out all your choices in life.	É esmagador resolver todas as suas escolhas na vida.	É opressivo demais escolher entre todas as oportunidades na vida.	É esmagador resolver todas as suas escolhas na vida.
28	You don't know what to expect in the future.	Você não sabe o que esperar no futuro.	Você não sabe o que esperar no futuro.	Você não sabe o que esperar no futuro.
29	You are not a "full" adult yet.	Você ainda não é um "completo" adulto.	Você não é completamente "adulto" ainda.	Você não é "completamente adulto" ainda.

Quadro 2 - Versão original e versões de tradução da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019 (continuação)

Item	Versão original	Tradução Independente 1 (T1)	Tradução independente 2 (T2)	Síntese das traduções (T3)
30	Because you won't have a chance to do this when you're older.	Porque você não terá chance de fazer isso quando for mais velho.	Porque você não terá uma chance de fazer isso quando for mais velho.	Porque você não terá chance de fazer isso quando for mais velho.
31	Because it won't be acceptable to do this when you're older.	Porque não será aceitável fazer isso quando você for mais velho.	Porque isso não será aceito quando você for mais velho.	Porque não será aceitável fazer isso quando você for mais velho.
Opções de resposta	Strongly agree	Concordo plenamente	Concordo fortemente	Concordo plenamente
	Agree	Concordo	Concordo	Concordo
	Neutral	Neutro	Neutro	Neutro
	Disagree	Discordo	Discordo	Discordo
	Strongly disagree	Discordo plenamente	Discordo fortemente	Discordo plenamente

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quadro 3 - Versões Retrotraduzidas da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019 (continua)

Item	Retrotradução 1 (R1)	Retrotradução 2 (R2)
Título	Emerging adults reasons for use of substances	Reasons for substance use among young adults
Instruções	"Below is a list of reasons why people sometimes justify their use of alcohol or other drugs. Thinking about the times you drank or used other drugs, how much do you agree or disagree with each of the reasons people generally give? You use alcohol or other substances because ... "	The list below presents the reasons people usually give to justify the use of alcohol beverages or other drugs. With the moment when you drink and/or use drugs in mind, how much do you feel in agreement or disagreement to each of the following reasons people usually give?
1	At your age, you can do what you feel like doing	At your age, you can do whatever you want.
2	At your age, you can make your own decisions	At your age, you can make your own decisions.
3	You think about alcohol and other drugs use as a rite of passage	You believe substance use is a rite of passage.
4	It will not interfere with your life's route	It will not set your life off the tracks.
5	At your age, the use of alcohol and other drugs do not hurt other people	At your age, substance uses does not hurt others.
6	You are not in a hurry to grow up	You are not in a hurry to grow up.
7	This is what everyone at your age do before growing up	That is what people your age are supposed to do before they grow up.
8	You do not have much serious responsibilities in your life	You do not have many serious responsibilities.
9	You are not ready to live a calm life yet	You are not ready for a quiet life yet.
10	You are enjoying all the parties before starting a family	You are enjoying life before starting a family.
11	This will not affect your future	This will not affect your future.
12	You have a lot of free time	You have a lot of free time.
13	You have been through a lot of changes recently in your home, relationships and work	Lately, you have been through a lot of changes at home, close relationships, and at work.
14	Things are moving too quickly in your life right now	Things are changing very fast in your life, right now.
15	This part of your life is a tough time	This period of your life is very hard.
16	There are few people who depend on you at this time of life	There are few people who depend on you at this time in your life.

Quadro 3 - Versões Retrotraduzidas da escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use”, 2019 (continuação)

Item	Retrotradução 1 (R1)	Retrotradução 2 (R2)
17	You are focusing your desires and needs	You are focusing on your needs and desires.
18	This is just a phase	This is just a phase.
19	Nothing bad will happen	Nothing bad will happen.
20	There will be no consequences in the long run	There won't be long-term consequences.
21	This period of life is not very consistent	There hasn't been too much consistency in life lately.
22	You do not feel stable at this age	You don't feel you have both feet on the ground at your age.
23	Too much is hanging loose at this phase of your life	There are so many things 'up in the air' in your life right now.
24	This helps to release the tension of finding out what to do with your life	It helps alleviate the tension from trying to figure out what you want from life.
25	This helps you to take your mind off the pressure of making choices about your future	It helps take the pressure from making choices for the future off your mind.
26	It is stressful to explore what you want your life to be	It is stressing having to think about what want your life to be.
27	It is crushing to solve all your life choices	It is too overwhelming having to choose from all life's opportunities.
28	You do not know what to expect from the future	You don't know what to expect in the future.
29	You are not completely grown up yet	You are not 'quite adult' yet.
30	Because you will not have a chance to do this once you are older	Because you are not going to have the chance to do this when you are older.
31	Because it is not acceptable to do this when you are older	Because it won't be acceptable to do this when you are older.
Opções de Resposta	Fully agree	Completely agree.
	Agree	Agree.
	Neutral	Impartial
	Disagree	Disagree
	Fully disagree	Strongly disagree.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quadro 4 - Versão final da escala e índice de validade de conteúdo conforme pontos atribuídos pelos Juízes do Comitê de Especialistas aos aspectos de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural para cada item da escala (continua)

ITENS DA ESCALA		Equivalência semântica		Equivalência idiomática		Equivalência conceitual		Equivalência cultural	
		ICV	%	Total	%	Total	%	Total	%
Título	Razões para Uso de Substâncias por Adultos Emergentes	1	100	1	100	1	100	1	100
Instruções	Instruções: Abaixo há uma lista de razões que as pessoas costumam dar para justificar o uso de bebidas alcoólicas ou o uso de outras drogas. Pensando nas vezes em que você bebeu ou usou outras drogas, o quanto você concorda ou discorda com cada uma das razões que as pessoas costumam usar? Você consome álcool ou outras substâncias porque...	1	100	1	100	1	100	1	100
1	Na sua idade, você pode fazer o que você quiser.	1	100	1	100	1	100	1	100
2	Na sua idade, você pode tomar suas próprias decisões.	1	100	1	100	1	100	1	100
3	Você pensa que o uso de substâncias é como um ritual de passagem.	1	100	1	100	1	100	0,80	80
4	Isso não vai tirar sua vida do rumo.	1	100	1	100	1	100	1	100
5	Na sua idade, o uso de substâncias não prejudica outras pessoas.	1	100	1	100	1	100	1	100
6	Você não tem pressa para crescer.	1	100	1	100	1	100	1	100
7	É isso que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer.	1	100	1	100	1	100	1	100
8	Você não tem muitas responsabilidades na sua vida.	1	100	1	100	1	100	1	100
9	Você ainda não está pronto para levar uma vida calma.	1	100	1	100	1	100	1	100
10	Você está curtindo tudo o que tem para curtir antes de começar uma família.	1	100	1	100	1	100	1	100
11	Isso não afetará seu futuro.	1	100	1	100	1	100	1	100
12	Você tem muito tempo livre.	1	100	1	100	1	100	1	100
13	Você passou por muitas mudanças recentemente em moradia, relacionamentos e trabalho.	1	100	1	100	1	100	1	100
14	As coisas estão mudando muito rápido nesse momento da sua vida.	1	100	1	100	1	100	1	100

Quadro 4 - Versão final da escala e índice de validade de conteúdo conforme pontos atribuídos pelos Juízes do Comitê de Especialistas aos aspectos de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural para cada item da escala (continuação)

ITENS DA ESCALA		Equivalência semântica		Equivalência idiomática		Equivalência conceitual		Equivalência cultural	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
15	Essa é uma fase difícil da sua vida.	1	100	1	100	1	100	1	100
16	Há poucas pessoas que dependem de você nesse momento.	1	100	1	100	1	100	1	100
17	Você está focado em seus desejos e necessidades.	1	100	1	100	1	100	1	100
18	Essa é apenas uma fase.	1	100	1	100	1	100	1	100
19	Nada de ruim acontecerá.	1	100	1	100	1	100	1	100
20	Não terá consequências de longo prazo.	1	100	1	100	1	100	1	100
21	Você não está num momento muito organizado (da sua vida).	1	100	1	100	1	100	1	100
22	Você não se sente estável nessa idade.	1	100	1	100	1	100	0,80	80
23	Tem muitas coisas mal resolvidas nessa fase da sua vida.	1	100	1	100	1	100	1	100
24	Isso ajuda você a diminuir a tensão de tentar descobrir o que você quer para sua vida.	1	100	1	100	1	100	1	100
25	Isso ajuda você a tirar as pressões de fazer escolhas sobre o futuro da sua cabeça.	1	100	1	100	1	100	1	100
26	É estressante pensar sobre o que você quer para a sua vida.	1	100	1	100	1	100	1	100
27	É muito pesado dar conta de todas as suas escolhas na vida.	1	100	1	100	1	100	1	100
28	Você não sabe o que esperar do futuro.	1	100	1	100	1	100	1	100
29	Você não é "completamente adulto" ainda.	1	100	1	100	1	100	1	100
30	Você não terá chance de fazer isso quando for mais velho.	1	100	1	100	1	100	1	100
31	Não será aceitável fazer isso quando você for mais velho.	1	100	1	100	1	100	1	100
Opções de resposta	Concordo plenamente	1	100	1	100	1	100	1	100
	Concordo	1	100	1	100	1	100	1	100
	Indiferente	1	100	1	100	1	100	1	100
	Discordo	1	100	1	100	1	100	1	100
	Discordo plenamente	1	100	1	100	1	100	1	100

4.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA *EMERGING ADULTS SCALE*

4.3.1 Análise Fatorial Confirmatória – análise dimensional

A análise fatorial confirmatória revelou os seguintes valores para cada um dos índices analisados: CFI=0,949; RMSEA=0,061 (IC 90%=0,029 a 0,044; p-valor=0,133), RMSEA robusto=0,045 (IC 90%=0,036 a 0,053); CFI=0,972; TLI = 0,968; todos esses índices sugerem aceitação do modelo em teste. Outro índice, da categoria de índices absolutos, o SRMR, que diz respeito às discrepâncias obtidas a partir da média padronizada dos resíduos, sugere também a aceitação no modelo (SRMR = 0,069, portanto, < 0,10). As estimativas padronizadas (Tabela 4) apresentam cargas fatoriais aceitáveis, variando de 0,258 a 0,995.

Tabela 4 - Modelo de análise fatorial confirmatória estimado por mínimos quadrados ponderado robusto, 2019 (n=217)

		Estimativa	Erro padronizado	z-valor	P-valor	Intervalo de confiança	
S1 =~	EARS13	0,657	0,088	7,437	< 0.001	0,483	0,83
	EARS14	0,712	0,082	8,738	< 0.001	0,553	0,872
	EARS15	0,794	0,078	10,200	< 0.001	0,641	0,946
	EARS21	0,737	0,082	8,990	< 0.001	0,576	0,898
	EARS22	0,848	0,080	10,623	< 0.001	0,691	1,004
	EARS23	0,695	0,085	8,192	< 0.001	0,528	0,861
	EARS24	0,851	0,076	11,258	< 0.001	0,703	0,999
	EARS25	0,927	0,070	13,163	< 0.001	0,789	1,065
	EARS26	0,844	0,074	11,434	< 0.001	0,699	0,988
	EARS27	0,828	0,080	10,325	< 0.001	0,671	0,985
	EARS28	0,875	0,063	13,829	< 0.001	0,751	0,999
S2 =~	EARS4	0,572	0,124	4,631	< 0.001	0,330	0,814
	EARS11	0,908	0,092	9,832	< 0.001	0,727	1,089
	EARS20	0,874	0,102	8,606	< 0.001	0,675	1,073
S3 =~	EARS3	0,533	0,098	5,465	< 0.001	0,342	0,724
	EARS6	0,445	0,108	4,138	< 0.001	0,234	0,656
	EARS7	0,258	0,106	2,421	0,015	0,049	0,466
	EARS30	0,977	0,076	12,886	< 0.001	0,828	1,126
	EARS31	0,995	0,074	13,525	< 0.001	0,850	1,139

A covariância entre os fatores da escala (Tabela 5) variam de 0,139 a 0,582, o que sugere pequena amplitude.

Tabela 5 - Teste de covariância entre os fatores da escala, 2019 (n=217)

		Estimativa	Erro padronizado	z-valor	p-valor	Intervalo de confiança	
S1 ~~	S2	0,139	0,093	1,489	0,136	-0,044	0,322
	S3	0,471	0,070	6,718	< 0.001	0,334	0,608
S2 ~~	S3	0,582	0,088	6,600	< 0.001	0,409	0,755

O Quadro 5 apresenta um diagrama com os resultados da análise confirmatória da escala.

Quadro 5 - Diagrama da análise fatorial confirmatória realizada para os 19 itens da escala EARS, 2019 (n=217)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

4.3.1 Análise da confiabilidade da escala – Alpha de Cronbach

Os coeficientes de Alpha de Cronbach da escala e suas subescalas são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Coeficiente de confiabilidade Alpha de Cronbach, 2019 (n=217)

	Alpha	Std. Error	Average r	Median item correlation
Subescala 1	0,895	0,0196	0,437	0,429
Subescala 2	0,710	0,0692	0,449	0,454
Subescala 3	0,718	0,0493	0,337	0,311

5 DISCUSSÃO

No que se refere ao perfil dos entrevistados, estudos mostram que, no Brasil, a maior parte das pessoas atendidas em serviços de saúde destinados a usuários de álcool e outras drogas, como o CAPSad, possui idade entre 20 e 50 anos (ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2018). Faz-se relevante a observação de que na presente pesquisa, assim como em outros estudos, encontrou-se uma quantia razoável de pessoas maiores de 50 anos em tratamento por uso abusivo de álcool ou outras drogas (ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2018).

Estudos de base populacional tem apontado para abuso de álcool e outras drogas por uma parcela pequena da população acima de 50 anos, em torno de 3%. No entanto, estudos desenvolvidos nos últimos cinco anos mostram aumento no abuso de drogas lícitas e ilícitas por pessoas acima dos 50 anos (ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2018).

Sobre a etnia ou raça com base na cor da pele dos entrevistados verifica-se diferentes métodos de coleta de dados em cada pesquisa. Geralmente utiliza-se, no Brasil, o autorrelato como fator de relevância para a definição da cor da pele, assim como foi feito na presente pesquisa, tendo predominância de entrevistados de etnia branca (46,54%), seguidos da etnia parda (34,56%).

Outros estudos mostram predominância das etnias *negra* e *parda*, ou não citam informações desta monta (MATOS et al., 2015; ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2017, 2018). De forma geral poder-se-ia dizer que estudos realizados nos estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil costumam apresentar maior percentual de entrevistados de raça *branca* e *parda*, enquanto outros estados Brasileiros apresentariam maiores proporções de *negros* e *pardos* (SILVA et al., 2017).

Revisão Integrativa publicada em 2017 mostra que o quesito raça/ cor ainda é pouco discutido no Brasil e em pesquisas na área de álcool e outras drogas, mesmo em meio a tantas discussões acerca deste quesito como sendo importante marcador de desigualdade social (ARAÚJO et al., 2009; SILVA et al., 2017). Situações como a não coleta de informações sobre a raça/ cor de um paciente por um profissional de saúde, por exemplo, poderiam ser interpretadas como preconceituosas, principalmente por ignorar as razões que justificam o uso desta variável como marcador de desigualdade social (ARAÚJO et al., 2009; SILVA et al., 2017).

Determinantes sociais do processo saúde/ doença mental apontam para a centralidade da variável raça/ cor na configuração e reprodução das iniquidades sociais (SILVA et al., 2017). Se considerarmos que a variável raça/ cor geralmente vem acompanhada de outros marcadores de desigualdade social, como baixa escolaridade, baixa renda, abuso de substâncias psicoativas e pouco acesso a bens e serviços, passaríamos a valorizar sua

utilização nos estudos na área de álcool e outras drogas, assim como na assistência em saúde no geral (ARAÚJO et al., 2009; SILVA et al., 2017).

Quanto à escolaridade, observa-se que a maioria dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad) tem Ensino Fundamental Incompleto ou Ensino Médio Completo, o que representa, no Brasil, ter menos de nove anos de estudo, ou menos de 12 anos de estudo, respectivamente (ALBINI et al., 2015; MATOS et al., 2015; ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2017, 2018).

No presente estudo, metade dos entrevistados relatou que reside sozinho. Entretanto, encontram-se diferentes informações a esse respeito na literatura científica. Alguns estudos referem principalmente a quantidade de pessoas vivendo na mesma casa que seus familiares, ou amigos, mas não a quantidade de pessoas que vivem sozinhas (SILVA et al., 2018). Mas estado civil predominante nos usuários dos CAPSad costuma ser *solteiro*, precedido dos estados civis *casado ou com união estável*, *separado e viúvo*, o que pode justificar o fato da maioria dos entrevistados no presente estudo residirem sozinhos (ALBINI et al., 2015; MATOS et al., 2015; SILVA et al., 2017, 2018).

Nesse sentido as quantidades variam do encontrado no presente estudo. Andrade (2016) identificou 7,7% dos entrevistados vivendo sozinhos, enquanto Silva e outros (2018) não apresenta dados sobre os usuários que moram sozinhos, mas sim sobre os que moram com familiares (76,3%), com amigos (11,56%) ou com companheiro(a) (9,83%) (ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2018).

Aplicada a escala de MacArthur para avaliação da percepção de nível social verificou-se que metade dos entrevistados se considera no terceiro degrau da escada representativa do seu status social (considerando-se uma escada com 1 a 10 degraus simbolizando o *status social subjetivo* dos entrevistados). Essa escala foi validade recentemente para uso no Brasil, portanto ainda é pouco utilizada. Sua utilização mostra-se relevante porque mensura aspectos subjetivos referentes ao *status social*, sendo um parâmetro melhor para mensurar desigualdade social quando comparado com outras *variáveis de renda* (FERREIRA, 2016; FERREIRA et al., 2018).

Esse *status social* mensurado de forma subjetiva representaria melhor a posição social dos entrevistados, em comparação com medidas objetivas do *status social*, como acontece utilizando a variável *renda* (FERREIRA, 2016; FERREIRA et al., 2018). As classes ou posições em uma sociedade são definidas por construção histórica, discursiva e ideológicas, portanto remetem a aspectos mais relevantes do que única e exclusivamente a renda de uma pessoa (FERREIRA, 2016).

No presente estudo a renda dos entrevistados variou de zero a 12 mil reais, com média: 1699,88; mediana de 1000,00; desvio padrão de 2015,09 e intervalo de confiança de 1150 a 1500 reais. As despesas mensais estão praticamente no mesmo patamar da renda, variando de zero a oito mil reais, com gasto mensal de R\$900,00 pela metade dos entrevistados.

Praticamente metade (50,23%) dos entrevistados possui alguma renda mensal e é responsável pela renda doméstica na presente pesquisa, assim como a amostra de outros estudos, em que praticamente metade dos entrevistados, ou menos, exerce atividade remunerada (ALBINI et al., 2015; ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2017, 2018).

Sobre o sexo dos entrevistados, estudos apontam para um público maiormente masculino nos CAPSad. Em torno de 80 a 90% das pessoas atendidas pelo serviço costuma ser do sexo masculino (ALBINI et al., 2015; MATOS et al., 2015; ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2017, 2018). Historicamente considera-se que as mulheres buscam mais o serviço de saúde e cuidam mais de sua saúde do que os homens (ANDRADE et al., 2016). No entanto, a literatura científica tem mostrado que a maior parte dos usuários dos CAPSad é do sexo masculino (ALBINI et al., 2015; MATOS et al., 2015; ANDRADE et al., 2016; SILVA et al., 2017, 2018).

Especificamente em relação ao abuso de crack, estudo realizado em serviços de saúde e rede de apoio social englobou 7,5% de usuárias do sexo feminino, enquanto mais de 90% da amostra foi composta por pessoas do sexo masculino (ANDRADE et al., 2016). Duas hipóteses poderiam explicar esse dado: 1) ou as mulheres abusam menos de substâncias psicoativas; 2) ou as mulheres buscam menos os serviços de saúde destinados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas (ANDRADE et al., 2016).

O constrangimento em frequentar um serviço com maior público do sexo masculino também poderia explicar essa grande diferença na proporção de homens e mulheres atendidos nos CAPSad (ANDRADE et al., 2016). Pode ser também que as mulheres usuárias de drogas lícitas ou ilícitas acessem outros serviços de saúde para tratamento e não os CAPSad (ANDRADE et al., 2016).

Já em relação às questões de gênero parecem ainda pouco discutidas em estudos relacionados ao perfil dos usuários dos CAPSad. Mesmo no presente estudo, menos de 5% da amostra declarou que se reconhece com um gênero diferente do feminino e masculino.

Quanto ao tipo de moradia, estudo realizado com prontuários identificou que a maior parte dos dados coletados referentes ao tipo de moradia dos usuários dos CAPSad não estavam detalhados no prontuário dessas pessoas (SILVA et al., 2018). Os prontuários que

tinham esse dado mostravam que a maioria vive em casa própria (40%), 20% vivem em casa cedida, 13,33% vivem em situação de rua e 1,33% vivem em área de ocupação/ invasão (SILVA et al., 2018). Esses dados corroboram os achados da presente pesquisa.

Sobre a proporção de abuso de álcool por usuários dos CAPSad, outros estudos também apontam abuso por 75 a 85% dos usuários do serviço (MATOS et al., 2015). As drogas ilícitas apresentam proporções semelhantes, sendo que a Maconha, o Crack e a Cocaína são as drogas ilícitas mais consumidas pelos usuários do serviço (ALBINI et al., 2015; MATOS et al., 2015; SILVA et al., 2018).

No que se refere à escala EARS, os escores obtidos no presente estudo são semelhantes aos da escala original. Assim como os valores obtidos na análise das propriedades psicométricas do instrumento. Somente o item 7 (*“É isso que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer.”*) apresentou carga fatorial inferior à da escala original, o que poderia justificar-se pela diferença cultural que existe entre os motivos para o abuso de substâncias no Brasil e nos Estados Unidos. Uma comparação entre as cargas fatoriais deste estudo e da escala em sua versão original pode ser visualizada na Tabela 7.

Tabela 7 - Comparação entre as cargas fatoriais dos 19 itens que compõem a versão adaptada da EARS com a versão original, 2019 (n=217)

Item	Você consome álcool ou outras substâncias porque...	Escala original	Versão adaptada
3	Você pensa que o uso de substâncias é como um ritual de passagem.	0.543	0,533
4	Isso não vai tirar sua vida do rumo.	0.654	0,572
6	Você não tem pressa para crescer.	0.515	0,445
7	É isso que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer.	0.679	0,258*
11	Isso não afetará seu futuro.	0.735	0,908
13	Você passou por muitas mudanças recentemente em moradia, relacionamentos e trabalho.	0.708	0,657
14	As coisas estão mudando muito rápido nesse momento da sua vida.	0.775	0,712
15	Essa é uma fase difícil da sua vida.	0.859	0,794
20	Não terá consequências de longo prazo.	0.771	0,874
21	Você não está num momento muito organizado (da sua vida).	0.740	0,737
22	Você não se sente estável nessa idade.	0.689	0,848
23	Tem muitas coisas mal resolvidas nessa fase da sua vida.	0.840	0,695
24	Isso ajuda você a diminuir a tensão de tentar descobrir o que você quer para sua vida.	0.961	0,851
25	Isso ajuda você a tirar as pressões de fazer escolhas sobre o futuro da sua cabeça.	0.992	0,927
26	É estressante pensar sobre o que você quer para a sua vida.	0.924	0,844
27	É muito pesado dar conta de todas as suas escolhas na vida.	0.904	0,828
28	Você não sabe o que esperar do futuro.	0.781	0,875
30	Você não terá chance de fazer isso quando for mais velho.	0.934	0,977
31	Não será aceitável fazer isso quando você for mais velho.	0.937	0,995

* Item 7 – possui carga fatorial inferior à da versão original da escala.

6 CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos do estudo:

- ✓ Após a conclusão das etapas de tradução e adaptação cultural da escala “*Emerging Adult Reasons for Substance Use*”, definiu-se que seu título em português passaria a ser “*Razões para uso de substâncias psicoativas por Adultos Emergentes*” e concluiu-se que a versão elaborada neste estudo apresenta adequação ao português falado no Brasil, tendo por base quatro aspectos de adaptação cultural (semântica, idiomática, conceitual e cultural), com mínimo de 80% de concordância entre os juízes do Comitê de Especialistas, conforme recomenda a literatura científica.
- ✓ No que se refere às propriedades psicométricas do instrumento, verifica-se que são semelhantes às obtidas pelos autores originais da escala. À Análise Fatorial Confirmatória verificou-se que o item 7 (“*É isso que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer*”) apresentou coeficiente inferior ao da escala original e abaixo de 0,30, sugerindo que o abuso de álcool pode não ser considerado um símbolo da Adulter no Brasil. Outra possibilidade é de que a diferença deva-se à diferença amostral entre a faixa etária das pessoas entrevistadas neste estudo (21 a 87 anos) e as pessoas entrevistadas pelos autores originais da escala (menos de 29 anos).
- ✓ Em relação ao perfil dos entrevistados verificou-se que metade dos entrevistados possuía 45 anos ou menos; pelo menos 50% tinha mais de nove anos de estudo; nível social percebido menor que três, o que significa percepção de status social baixo; metade dos entrevistados gasta R\$ 900,00 ao mês com despesas domésticas e possui renda R\$1000,00. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (85,25%) e do gênero masculino (82,49%); a etnia autodeclarada foi branca (46,54%), estado civil solteiro (55,30%), não trabalha ou estuda (68,20%), mora em casa própria (49,77%), usa drogas ilícitas (81,54%) e/ ou usou álcool nos últimos 12 meses (82,49%).
- ✓ Em relação às hipóteses do estudo:
 - A escala “*Emerging Adult Reasons for substance use*” apresentou bons índices psicométricos, associação com a escala AUDIT e com a escala IDEA, portanto rejeita-se a hipótese nula.
- ✓ Sugere-se a realização de mais estudos sobre o tema da Adulter Emergente e o abuso de substâncias psicoativas, principalmente em diferentes serviços e com amostra de pessoas em diferentes faixas etárias. Para a Enfermagem esse tema é inovador e pouco explorado, o que reforça a necessidade de exploração da temática.

7 REFERÊNCIAS

- ALBINI, M. B.; COUTO, A. C. F.; LIMA, A. A. S. de; GABARDO, M. C. L.; MACHADO, M. Â. N. Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas de dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 4, p. 244–249, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1068>>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.[Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ALLEM, J. P.; LISHA, N. E.; SOTO, D. W.; BAEZCONDE-GARBANATI, L.; UNGER, J. B. Emerging adulthood themes, role transitions and substance use among Hispanics in Southern California. **Addictive Behaviors**, v. 38, n. 12, p. 2797–2800, 2013. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S0306460313002153/1-s2.0-S0306460313002153-main.pdf?_tid=34a8b17b-6908-4808-a5d9-8f7814ebe297&acdnat=1527643161_eca43f904e288e8d994d88ef58c0c9a0>. Acesso em: 29 maio. 2018.
- ANDRADE, A.; RIMES, T.; COSTA, L.; JORGE, M.; QUINDERÉ, P. Aspectos sociodemográficos dos usuários de crack assistidos pela rede de atenção psicossocial. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 12, n. 1, p. 40–47, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/smad/article/view/119195/116605>>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- ARAÚJO, E. M. de A.; COSTA, M. da C. N.; HOGAN, V. K.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. A. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites*. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 383–394, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a12v1331.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- ARNETT, J. J. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. **American Psychologist**, v. 55, p. 469–480, 2000. Disponível em: <http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf>. Acesso em: 29 maio. 2018.
- ARNETT, J. J. The developmental context of substance use in emerging adulthood. **J. Drug Issues**, v. 35, 2005. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/002204260503500202>>. Acesso em: 29 maio. 2018.
- ARNETT, J. J. Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? **Child development perspectives**, v. 1, n. 2, p. 68–73, 2007. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>>.
- ARNETT, J. J. **Adolescence and Emerging Adulthood: a cultural approach**. 4^a ed. NJ: Prentice Hall, 2010.
- ARNOLD, E. C.; BOGGS, K. U. **Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses**. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2015.
- BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000a.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000b. Disponível em:

<<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmx0cHVod2J8Z3g6MmRkNzk4N2EwOGZmZGNjMw>>. Acesso em: 16 maio. 2018.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II** **Diário Oficial da União**, 2002. .

BRASIL. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006** Ministério da Saúde Brasília, , 2007. .

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.190, de 4 de junho de 2009**, 2009. . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** **Diário Oficial da União**, , 2012. .

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C. F.; SILVA, A. A. B.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país** São Paulo, 2006. . Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>>.

CHAMBERS, R. A.; TAYLOR, J. R.; POTENZA, M. N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. **American Journal of Psychiatry**, 2014.

COOPER, M. L. Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a Four-Factor Model. v. 6, p. 117–128, 1994.

DE ALMEIDA, I. S.; GARCIA, L. R.; DOS ANJOS SILVA, P. M.; QUINAN, P. V. M.; CARDOSO, P. J. M.; DA SILVA SANTOS, A. M. USO DE ÁLCOOL E DROGAS E DESENVOLVIMENTO COGNITIVO EM ADOLESCENTES. **Revista Educação em Saúde**, v. 2, 2014.

FERREIRA, W. de A. **VALIDADE E ASSOCIAÇÃO COM INDICADORES DE POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA NO CURSO DE VIDA-ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO (ELSA-BRASIL)**. 2016. Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-APPNRL/tese_wasney_de_almeida_ferreira_sa_de_p_blica_2016.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 abr. 2019.

FERREIRA, W. de A.; GIATTI, L.; FIGUEIREDO, R. C. de; MELLO, H. R. de; BARRETO, S. M. Validade Concorrente e de Face da Escala de MacArthur para Avaliação do Status

- Social Subjetivo: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1267–1280, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401267&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 29 maio. 2018.
- FINNEY, J. W.; MONAHAN, S. C. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 57, n. 3, p. 229–243, 1996.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993.
- HOLDER, H.; LONGABAUGH, R.; MILLER, W. R.; RUBONIS, A. V. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. **Journal of studies on alcohol**, v. 52, n. 6, p. 517–540, 1991.
- JUDD, J.; KELEHER, H. Reorienting health services in the Northern Territory of Australia: a conceptual model for building health promotion capacity in the workforce. **Global health promotion**, v. 20, n. 2, p. 53–63, 2013.
- LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**, 2007. . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>.
- LINO, C. R. D. M.; BRÜGGEMANN, O. M.; DE LOURDES DE SOUZA, M.; DE FÁTIMA, S.; BARBOSA, F.; KOTZIAS, E.; SANTOS, A. Dos. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA CONDUZIDA PELA ENFERMAGEM DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA THE CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF RESEARCH INSTRUMENTS, CONDUCTED BY NURSES IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW. v. 26, n. 4, p. 1–11, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71453540030>>. Acesso em: 16 maio. 2018.
- LOMAX, R. G.; SCHUMACKER, R. E. **A beginner's guide to structural equation modeling**. [s.l.] psychology press, 2004.
- LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. **Coimbra: Almedina**, 2010.
- MARTIN, G.; MACDONALD, S.; PAKULA, B.; ROTH, E. A. A comparison of motivations for use among users of crack cocaine and cocaine powder in a sample of simultaneous cocaine and alcohol users. **Addictive behaviors**, v. 39, n. 3, p. 699–702, 2014.
- MATOS, F. V. de; SILVA, L. M. P. da; SILVEIRA, A. R.; SAMPAIO, C. A. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Unimontes Científica**, v. 17, n. 1, p. 28–38, 22 set. 2015. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/415>>.

- MONTEIRO, S.; TAVARES, J.; PEREIRA, A. Adulthood emergent: On the border between adolescence and adulthood. **Revista @mbienteeducação**, v. 2, n. 1, p. 129–137, 23 mar. 2009. Disponível em: <<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/545>>. Acesso em: 29 maio. 2018.
- NEVES, K. do C.; TEIXEIRA, M. L. de O.; FERREIRA, M. de A. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 2, p. 286–291, 2015.
- NIMTZ, M. A.; TAVARES, A. M. F.; MAFTUM, M. A.; FERREIRA, A. C. Z.; DE OLIVEIRA BORBA, L.; CAPISTRANO, F. C. IMPACTO DO USO DE DROGAS NOS RELACIONAMENTOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2014.
- PASQUALI, L. Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. **Brasília: Inep**, 1996.
- PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, p. 99–107, 2007.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. [s.l.] Editora Vozes Limitada, 2017.
- PEREIRA; FILHO, O. A.; TANNURI-PIANTO, M. E.; SOUSA, M. C. S. **Medidas de custo-eficiência dos serviços subnacionais de segurança pública no Brasil: 2001-2006** Economia Aplicada, , 2010. .
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489–497, out. 2006. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/nur.20147>>. Acesso em: 26 abr. 2019.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. [s.l.] Artes Médicas, 1995.
- R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing** Vienna, Austria, 2017. . Disponível em: <<https://www.r-project.org/>>.
- REIFMAN, A.; ARNETT, J. J.; COLWELL, M. J. Emerging adulthood: Theory, assessment, and application. **Journal of Youth Development**, v. 2, n. 1, p. 40–50, 1 jun. 2007. Disponível em: <<https://jyd.pitt.edu/ojs/jyd/article/view/359/345>>. Acesso em: 29 maio. 2018.
- RIBEIRO, L. X.; BRAGA, C. G.; DA SILVA, J. V.; MIRANDA, R. P. R. Adaptação Transcultural da “Ways of Religious Coping Scale”(WORCS)/Cross-cultural Adaptation of “Ways of Religious Coping Scale”(WORCS). **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 5, n. 1, p. 18–24, 2015.
- ROCHA, D. G.; ALEXANDRE, V. P.; MARCELO, V. C.; REZENDE, R.; NOGUEIRA, J. D.; FRANCO DE SÁ, R. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4313–4322, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-88>.

81232014001104313&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 29 maio. 2018.

ROSSEEL, Y. **lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling** *Journal of Statistical Software*, 24 maio 2012. . Disponível em: <<http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SANTOS, J. A. T.; DE OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico [Public policies on alcohol and other drugs: a brief historical rescue]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 1, p. 82–89, 2013.

SILVA, D. L. S. e; TORREZAN, M. B.; COSTA, J. V.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, 31 jul. 2018. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1659>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, N. G.; BARROS, S.; AZEVEDO, F. C. de; BATISTA, L. E.; POLICARPO, V. C. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 100–114, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100100&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVEIRA, C.; DONEDA, D.; GANDOLFI, D.; HOFFMANN, M. C.; MACEDO, P.; DELGADO, P. G.; BENEVIDES, R.; MOREIRA, S. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349–354, 2003. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Redução-de-danos-em-psiquiatria.pdf#page=18>>. Acesso em: 29 maio. 2018.

SMITH, D. C. (Douglas C. **Emerging adults and substance use disorder treatment: developmental considerations and innovative approaches**. [s.l: s.n.]

SMITH, D. C.; DAVIS, J. P.; DUMAS, T. M. WHAT'S DEVELOPMENT GOT TO DO WITH IT?: A NEW MEASURE OF EMERGING ADULTS' MOTIVES FOR SUBSTANCE USE. In: **ALCOHOLISM-CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH**. NJ USA: WILEY-BLACKWELL, 2016. p. 247.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Translation and adaptation of the instrument "suitability assessment of materials" (sam) into portuguese. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007]**, v. 9, n. 5, p. 7854–7861, 2015.

STUART, G. W. **Principles and practice of psychiatric nursing**. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health** *World Health Organization*. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2014**. [s.l.] World Health Organization, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – AO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS

Convite para participar de pesquisa

Prezado Sr(a),

Gostaria de convidá-lo(a) a compor o Comitê de Juízes Especialistas da pesquisa “Adaptação transcultural e validação da escala ‘*Emerging Adult Reasons for Substance Use – EARS*’ para uso no Brasil” desenvolvida pela Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Esse TCLE ou convite para participar de pesquisa pode conter palavras que o(a) Sr(a) não conhece. Caso isso aconteça, por favor, pergunte à pessoa que entregou esta carta ao(a) Sr(a) o que significa a palavra que o Sr(a) não entendeu.

O Sr(a) está recebendo este convite para participar da pesquisa porque possui as qualificações necessárias e definidas pelas pesquisadoras do estudo para participar de uma etapa da pesquisa em será necessário realizar análises quantitativas e qualitativas referentes à escala em processo de adaptação transcultural e validação para uso no Brasil. Para isso será necessário que um grupo de profissionais, entre eles o(a) Sr(a) avalie equivalências *semântica* e *idiomática* entre as versões original e traduzida da escala, além de avaliação *conceitual* e *cultural*, conforme sua experiência e conhecimento.

Mas o(a) Sr(a) não precisa participar da pesquisa se não quiser. Sua participação é livre, ou seja, **não é obrigatória**. Mesmo que o(a) Sr(a) aceite participar da pesquisa agora, **poderá parar de participar dela quando quiser**, basta avisar quem te entregou essa carta que não quer mais participar da pesquisa.

Os objetivos da pesquisa são:

- 1) Adaptar transculturalmente e mensurar as propriedades psicométricas da Escala “*Emerging Adult Reasons for Substance Use – EARS*” para uso no Brasil.
- 2) Conhecer o perfil dos entrevistados com uso de questionário sociodemográfico e aplicação das escalas: MacArthur, AUDIT (que mensura uso de substâncias psicoativas) e *Motivos para uso de Álcool*;
- 3) Testar associação entre características dos entrevistados com a escala em questão (EARS).

Em sua participação na pesquisa o(a) Sr(a) precisará avaliar os 31 itens da escala “*Emerging Adults Reason for Substance Use*” conforme equivalências *semântica*, *idiomática*, *conceitual* e *cultural* seguindo uma escala do tipo *Likert* com cinco pontos, em que a proximidade de cinco representa maior adequação do item conforme cada um dos critérios mencionados e a proximidade de um (1) representa menor adequabilidade. Espera-se que essa participação tenha **duração de cinco horas ou mais, embora também possa durar menos**. Também pode ser necessária a sua **participação em uma reunião** com todos os demais membros do Comitê de Juízes Especialistas para esclarecer e sanar discrepâncias entre as análises realizadas por cada membro do Comitê.

Ao concordar em participar da pesquisa o(a) Sr(a) estará sob o **risco** de que suas respostas sejam identificadas por outras pessoas. Também existe a possibilidade do(a) Sr(a) sofrer **dano**, principalmente no que se refere a sentir-se ofendido(a) ou desconfortável com discussões que podem ocorrer com outros membros do Comitê de Juízes Especialistas; além da possibilidade de constrangimento. **Caso isso aconteça o(a) Sr(a) pode relatar o ocorrido às pesquisadoras do estudo no intuito de receber atendimento profissional visando sanar quaisquer danos sofridos.**

Mesmo se **acontecer da pesquisa ser interrompida** por algum motivo o(a) Sr(a) continuará recebendo qualquer apoio profissional proposto para suprir danos causados pela pesquisa.

Como **benefício** por participar do presente estudo o(a) Sr(a) terá a disponibilidade de informações de relevância para a temática álcool e outras drogas pela publicação dos resultados dessa pesquisa, principalmente em relação à prática de assistência às pessoas em uso de substâncias psicoativas. Após validação da escala “*Emerging Adults Reason for Substance – EARS*” os profissionais de saúde poderão utilizar essa escala na prática profissional como parâmetro para a elaboração de planos de cuidados. Também lhe será concedida uma declaração de participação no estudo.

Em nenhuma hipótese o(a) Sr(a) será cobrado pela sua participação no estudo. Da mesma forma o(a) Sr(a) não receberá pagamento por sua participação no estudo. Ainda que o(a) Sr(a) decida não participar da pesquisa, ou deixe de participar da pesquisa após começar a participar dela, não sofrerá penalidade alguma.

O(a) Sr(a) tem liberdade para entrar ou sair da pesquisa a qualquer momento. O(a) Sr(a) também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) caso não siga adequadamente as orientações do estudo; (b) o estudo termine.

Caso o(a) Sr(a) decida **interromper sua participação** pesquisa todas as suas respostas serão apagadas e será como se o(a) Sr(a) nunca tivesse respondido alguma pergunta.

Se a(o) Sr(a) participar da pesquisa até o final suas respostas serão analisadas junto com todas as respostas de todos os demais membros do Comitê de Juízes Especialistas e, quando os resultados da pesquisa forem divulgados, suas respostas, por fazerem parte do conjunto total de respostas à pesquisa, não serão identificadas.

Destacamos que suas respostas são confidenciais e sigilosas, por isso não serão propositalmente entregues a qualquer pessoa que possa identifica-las como suas. No entanto, caso ocorra reunião com os demais membros do Comitê de Juízes Especialistas pode acontecer dos demais membros identificarem suas respostas à medida que manifeste sua opinião sobre itens da escala.

Caso o Sr(a) concorde em participar do estudo, pedimos que rubrique cada uma das folhas desse documento e assine-o na última folha. Lhe serão entregues duas vias desse documento, sendo que uma dessas vias deverá permanecer com o(a) Sr(a) e conter a assinatura de algum dos pesquisadores do estudo.

Caso o(a) Sr(a) tenha alguma despesa decorrente de sua participação nessa pesquisa, pedimos que entre em contato com alguma das pesquisadoras ou comunique quem lhe entregou este documento. Nesse caso o(a) Sr(a) será ressarcido(a) dessa despesa. **O(a) Sr(a) também tem direito de receber indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/12.**

A pesquisadora responsável pelo estudo e sua orientanda poderão fornecer quaisquer esclarecimentos sobre a presente pesquisa a qualquer momento. Para entrar em contato com alguma delas utilize as seguintes informações:

Profa Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César.

Celular: (11) 9976105301/ e-mail: marciaap@usp.br

Ms^a Enf^a Rosana Ribeiro Tarifa (Coren-SP: 416771)

Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César.

Celular: (11) 98902-3861/ e-mail: rosanart@usp.br

Caso o(a) Sr(a) tenha alguma consideração, dúvida ou denúncia sobre questões éticas pertinentes a essa pesquisa, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, cujo endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, São Paulo (SP), CEP: 05403-000, **telefone: (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br**.

“O CEP é o órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

A Secretaria Municipal de Campinas é co-participante nesta pesquisa e pode ser contatada a esse respeito através do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), localizado na Avenida Aquidabã, 505 (4º andar), Centro (Campinas, São Paulo, SP), Telefone: (19) 3236-2089/ (19) 3232-8415, E-mail: cets.smscampinas@gmail.com / saude.cets@campinas.sp.gov.br. O CETS de Campinas é o órgão responsável pelas pesquisas desenvolvidas junto à Secretaria Municipal de Campinas.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com protocolo de número CAAE: 91670318.8.0000.5392.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – AOS QUE SERÃO ENTREVISTADOS

Convite para participar de pesquisa

Prezado Sr(a),

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Adaptação transcultural e validação da escala ‘*Emerging Adult Reasons for Substance Use* – EARS’ para uso no Brasil” desenvolvida pela Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Esse TCLE ou convite para participar de pesquisa pode conter palavras que o(a) Sr(a) não conhece. Caso isso aconteça, por favor, pergunte à pessoa que entregou esta carta ao(à) Sr(a) o que significa a palavra que o Sr(a) não entendeu.

O Sr(a) está recebendo este convite para participar da pesquisa porque ela está sendo realizada no serviço de saúde que o(a) Sr(a) frequenta. Mas o(a) Sr(a) não precisa participar da pesquisa se não quiser. Sua participação é livre, ou seja, **não é obrigatória**. Mesmo que o(a) Sr(a) aceite participar da pesquisa agora, **poderá parar de participar dela quando quiser**, basta avisar quem te entregou essa carta que não quer mais participar da pesquisa.

Os objetivos da pesquisa são:

- 1) Adaptar transculturalmente e mensurar as propriedades psicométricas da Escala “*Emerging Adult Reasons for Substance Use - EARS*” para uso no Brasil.
- 2) Conhecer o perfil dos entrevistados com uso de questionário sociodemográfico e aplicação das escalas: MacArthur, AUDIT (que mensura uso de substâncias psicoativas) e *Motivos para uso de Álcool*;
- 3) Testar associação entre características dos entrevistados com a escala em questão (EARS).

Em sua participação na pesquisa o(a) Sr(a) precisará responder a uma entrevista que terá **duração de aproximadamente meia hora, talvez menos**. O(A) Sr(a) não é obrigado(a) a responder todas as perguntas realizadas.

Ao concordar em participar da pesquisa o(a) Sr(a) estará sob o **risco** de que suas respostas sejam identificadas por outras pessoas. Caso isso aconteça, suas respostas serão totalmente eliminadas do estudo para proteger suas informações pessoais.

Existe a possibilidade, também, do(a) Sr(a) sofrer **danos**, principalmente no que se refere a sentir-se ofendido(a) ou desconfortável com alguma das perguntas realizadas; além da possibilidade de constrangimento pela pesquisa ser realizada no serviço de saúde que o(a) Sr(a) frequenta. **Caso isso aconteça o(a) Sr(a) pode relatar o ocorrido à pessoa que está entrevistando-o(a) para receber acompanhamento profissional no intuito de reparar o dano.**

Mesmo se **acontecer da pesquisa ser interrompida** por algum motivo o(a) Sr(a) continuará recebendo qualquer apoio profissional proposto para suprir danos causados pela pesquisa.

Como **benefício** por participar do presente estudo o(a) Sr(a) terá a disponibilidade de informações de relevância para a temática álcool e outras drogas pela publicação dos resultados dessa pesquisa, principalmente em relação à prática de assistência às pessoas em uso de substâncias psicoativas. Após validação da escala “*Emerging Adults Reason for Substance* – EARS” os profissionais de saúde poderão utilizar essa escala na prática profissional como parâmetro para a elaboração de planos de cuidados.

Espera-se, também, que o(a) Sr(a) possa beneficiar-se do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde praticados na temática álcool e outras drogas a partir da publicação dos resultados desta pesquisa.

Em nenhuma hipótese o(a) Sr(a) será cobrado pela sua participação no estudo. Da mesma forma o(a) Sr(a) não receberá pagamento por sua participação no estudo. Ainda que o(a) Sr(a) decida não participar da pesquisa, ou deixe de participar da pesquisa após começar a participar dela, não sofrerá penalidade alguma.

O(a) Sr(a) tem liberdade para entrar ou sair da pesquisa a qualquer momento.

O(a) Sr(a) também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) caso não siga adequadamente as orientações do estudo; (b) o estudo termine.

Caso o(a) Sr(a) decida **interromper sua participação** pesquisa todas as suas respostas serão apagadas e será como se o(a) Sr(a) nunca tivesse respondido alguma pergunta.

Se a(o) Sr(a) participar da pesquisa até o final suas respostas serão analisadas junto com todas as respostas de todos os demais participantes da pesquisa e, quando os resultados da pesquisa forem divulgados, suas respostas, por fazerem parte do conjunto total de respostas à pesquisa, não serão identificadas.

Destacamos que suas respostas são confidenciais e sigilosas, por isso não serão entregues a qualquer pessoa que possa identificá-las como suas. Para garantir dificuldade na identificação de suas respostas o seu nome não aparecerá no questionário que contém suas respostas.

Caso o Sr(a) concorde em participar do estudo, pedimos que rubrique cada uma das folhas desse documento e assine-o na última folha. A pessoa que irá entrevistá-lo irá lhe entregar duas vias desse documento, sendo que uma dessas vias deverá permanecer com o(a) Sr(a) e conter a assinatura de algum dos pesquisadores do estudo.

Caso o(a) Sr(a) tenha alguma despesa decorrente de sua participação nessa pesquisa, pedimos que entre em contato com alguma das pesquisadoras ou comunique quem lhe entregou este documento. Nesse caso o(a) Sr(a) será ressarcido(a) dessa despesa. **O(a) Sr(a) também tem direito de receber indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/12.**

A pesquisadora responsável pelo estudo e sua orientanda poderão fornecer quaisquer esclarecimentos sobre a presente pesquisa a qualquer momento. Para entrar em contato com alguma delas utilize as seguintes informações:

Profa Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César.
Celular: (11) 9976105301/ e-mail: marciaap@usp.br

Ms^a Enf^a Rosana Ribeiro Tarifa (Coren-SP: 416771)
Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César.
Celular: (11) 98902-3861/ e-mail: rosanart@usp.br

Caso o(a) Sr(a) tenha alguma consideração, dúvida ou denúncia sobre questões éticas pertinentes a essa pesquisa, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, cujo endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, São Paulo (SP), CEP: 05403-000, **telefone: (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br**.

“O CEP é o órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

A Secretaria Municipal de Campinas é coparticipante nesta pesquisa e pode ser contatada a esse respeito através do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), localizado na Avenida Aquidabã, 505 (4º andar), Centro (Campinas, São Paulo, SP), Telefone: (19) 3236-2089/ (19) 3232-8415, E-mail: cets.smscampinas@gmail.com / saude.cets@campinas.sp.gov.br. O CETS de Campinas é o órgão responsável pelas pesquisas desenvolvidas junto à Secretaria Municipal de Campinas.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com protocolo de número: CAAE: 91670318.8.0000.5392.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE III –ESCALA PARA VERIFICAÇÃO DE PREJUÍZO COGNITIVO³

Como vamos lhe fazer várias perguntas sobre quando e com que frequência ocorreram alguns acontecimentos na sua vida, nós precisamos começar tendo uma noção de como está a sua memória.

Item	Pergunta	Escore de erro
A2a	Em que ano estamos? (Selecione 4 se algum erro)	0 4
A2b	Em que mês estamos? (Selecione 3 se algum erro)	0 3
	Por favor, repita esta frase: José da Silva, Avenida São João, número 120, São Paulo (Sem pontuação – Usada para A2f)	
A2c	Mais ou menos que horas são? (Selecione 3 se algum erro)	0 3
A2d	Por favor, conte de trás para frente de 20 até 1 [20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1] (Selecione 2 para um erro, ou 4 para 2 ou mais erros)	0 2 4
A2e	Por favor, diga os dias da semana de trás para frente (pode começar por qualquer dia) [Sábado, Sexta, Quinta, Quarta, Terça, Segunda, Domingo] (Selecione 2 para um erro ou 4 para 2 ou mais erros)	0 2 4
A2f	Por favor, repita a frase que eu pedi que repetisse antes [José da Silva, Avenida São João, número 120, São Paulo] (Selecione 2 para cada parte de texto esquecida/errada)	0 2 4 6 8 10
A2g	Some a pontuação do item a ao item f e anote):	_ _
(Se o total for superior a 10, o indivíduo está sofrendo algum grau de prejuízo cognitivo. Se você suspeitar de intoxicação, você pode realizar este teste novamente mais tarde ou continuar e levar isso em conta quando realizar a interpretação. Se você aplicar esta seção novamente, anote a pontuação original no A2h antes de reaplicar).		
A2h	Pontuação Original (Use caso já tenha realizado este teste anteriormente com a mesma pessoa)	_ _

³ Escala para verificação de prejuízo cognitivo:

Fonte: CLARO, Heloísa Garcia. **Tradução e adaptação cultural do instrumento Global Appraisal of Individual Needs-Initial**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Campo de coleta de dados: CAPS ad _____

Identificação do entrevistado: _____

➤ Perfil sociodemográfico e econômico:

1. Quantos anos você tem? _____
2. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ (formato: Dia/ Mês/ Ano)
3. Qual o seu sexo de nascimento?
 - a) Masculino
 - b) Feminino
4. Você se considera de qual gênero?
 - a) Masculino
 - b) Feminino
 - c) Outro. Qual? _____
5. Você se considera de qual raça/ cor?
 - a) Branca
 - b) Parda
 - c) Negra
 - d) Mulata
 - e) Amarela
 - f) Outra. Qual? _____
6. Quantos anos completos de estudo **você** tem? (contar anos corridos a partir da primeira série)

7. Quantos anos completos de estudo sua **mãe** tem/ teve? (contar anos corridos a partir da primeira série)

8. Quantos anos completos de estudo seu **pai** tem/ teve? (contar anos corridos a partir da primeira série)

9. Qual o seu estado civil?
 - a) Solteiro
 - b) Casado ou com companheiro(a)
 - c) Viúvo(a)
 - d) Outro. Qual? _____
10. Atualmente você está trabalhando ou estudando? (considerar sim mesmo que o trabalho seja informal)
 - a) Não
 - b) Sim

11. Você mora:

- a) Na rua
- b) Em casa ou apartamento emprestada(o)
- c) Em casa ou apartamento alugada(o)
- d) Em casa ou apartamento própria(o)
- e) Outro. Qual? _____

12. Alguém mora com você? (considerar somente se houver divisão de despesas ou relação familiar)

- a) Não
- b) Sim. Quantas pessoas? _____

13. Quanto você gasta por mês, ao todo, com despesas básicas como alimentação, conta de energia elétrica, conta de água, condomínio, medicamentos e outros que você considera essenciais? (inclua no cálculo o valor que você gasta para auxiliar parentes)

R\$ _____

14. Você é o único responsável por essas despesas?

- a) Não
- b) Sim

15. Qual a sua renda mensal ao todo (incluindo qualquer quantia que você receba de algum parente para auxiliar com as suas despesas)?

R\$ _____

➤ **Escala de MacArthur**

16. Considere que a escada que estou lhe mostrando representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas. Quanto mais alto o(a) senhor(a) se considerar nesta escada, mais próximo estará das pessoas que estão no topo da escada e quanto mais baixo, mais próximo das pessoas que se encontram na parte mais baixa. Onde o(a) senhor(a) se colocaria nesta escada? (numere de 1 a 10)

Resposta: _____

17. Faz ou já fez uso de drogas?

- a) Sim
- b) Não

18) Qual(is)? _____

19) Idade em que começou a usar drogas? _____

20) Idade em que parou (se tiver parado)? _____

Extra – Você fez algum uso de álcool nos últimos 12 meses?

a) Sim (aplicar AUDIT e Motivos para uso de álcool)

b) Não (se sim para uso de drogas, aplicar EARS)

➤ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Por favor, assinale a resposta mais adequada à sua realidade no decurso do último ano:

21_Audit_1. Com que frequência ingere uma bebida que contenha álcool?

- 0) = nunca
- 1) = uma vez por mês ou menos
- 2) = duas a quatro vezes por mês
- 3) = duas a três vezes por semanas
- 4) = quatro ou mais vezes por semana

22_Audit_2. Quantas bebidas que contenham álcool ingere normalmente (num dia normal)?

- 0) = uma ou duas
- 1) = três ou quatro
- 2) = cinco ou seis
- 3) = de sete a nove
- 4) = dez ou mais

23_Audit_3. Com que frequência consome seis ou mais bebidas que contenham álcool por dia/ numa única ocasião?

- 0) = nunca
- 1) = menos de uma vez por mês
- 2) = pelo menos uma vez por mês
- 3) = pelo menos uma vez por semana
- 4) = diariamente ou quase diariamente

24_Audit_4. Durante o último ano, com que frequência foi incapaz de parar de beber após ter começado?

- 0) = nunca
- 1) = menos de uma vez por mês
- 2) = pelo menos uma vez por mês/mensalmente
- 3) = pelo menos uma vez por semana/semanalmente
- 4) = diariamente ou quase diariamente

25_Audit_5. Durante o último ano, com que frequência não pode executar as tarefas por ter bebido?

- 0) = nunca
- 1) = menos de uma vez por mês

- 2) = pelo menos uma vez por mês/mensalmente
- 3) = pelo menos uma vez por semana/semanalmente
- 4) = diariamente ou quase diariamente

26_Audit_6. Durante o último ano, com que frequência necessitou de beber em jejum para recuperar depois de ter bebido muito no dia anterior?

- 0) = nunca
- 1) = menos de uma vez por mês
- 2) = pelo menos uma vez por mês/mensalmente
- 3) = pelo menos uma vez por semana/semanalmente
- 4) = diariamente ou quase diariamente

27_Audit_7. Durante o último ano, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorso por ter bebido?

- 0) = nunca
- 1) = menos de uma vez por mês
- 2) = pelo menos uma vez por mês/mensalmente
- 3) = pelo menos uma vez por semana/semanalmente
- 4) = diariamente ou quase diariamente

28_Audit_8. Durante o último ano, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido demasiado?

- 0) = nunca
- 1) = menos de uma vez por mês
- 2) = pelo menos uma vez por mês/mensalmente
- 3) = pelo menos uma vez por semana/semanalmente
- 4) = diariamente ou quase diariamente

29_Audit_9. Você ou outra pessoa ficaram feridos em resultado de ter bebido?

- 0) = não, nunca
- 2) = sim, mas não durante o último ano
- 4) = sim, no último ano

30_Audit_10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0) = não, nunca
- 2) = sim, mas não durante o último ano
- 4) = sim, no último ano

➤ **IDEA – INVENTÁRIO DE DIMENSÕES DA ADULTEZ EMERGENTE**

Este é um momento da sua vida...		Discorda completamente	Discorda	Concorda	Concorda completamente
1	de muitas possibilidades?				
2	de exploração?				
3	de confusão?				
4	de experimentação?				
5	de liberdade pessoal?				
6	de se sentir limitado?				
7	de se responsabilizar por si mesmo?				
8	de se sentir estressado?				
9	de instabilidade?				
10	de otimismo?				
11	de muita pressão?				
12	de descobrir quem você é?				
13	de consolidar projetos de vida?				
14	de responsabilidade por outros?				
15	de independência?				
16	de escolhas abertas?				
17	de imprevisibilidade?				
18	de compromisso com outros?				
19	de autossuficiência?				
20	de muitas preocupações?				
21	de tentar coisas novas?				
22	de focar em si mesmo?				
23	de se separar dos pais?				
24	de definir a si mesmo?				
25	de planejar para o futuro?				
26	de buscar um senso de significado?				
27	de decidir sobre suas próprias crenças e valores?				
28	de aprender a pensar por si mesmo?				
29	de se sentir adulto em alguns aspectos mas em outros não?				
30	de gradualmente se tornar um adulto?				
31	de não ter certeza se você atingiu completamente a vida adulta?				

➤ **EARS – EMERGING ADULTS SCALE FOR SUBSTANCE USE (escala em processo de validação para uso no Brasil)**

Questionário: Razões de Adultos Emergentes para o Uso de Substâncias

Instruções: Abaixo há uma lista de razões que as pessoas costumam dar para justificar o uso de bebidas alcoólicas ou o uso de outras drogas. Pensando nas vezes em que você bebeu ou usou outras drogas, o quanto você concorda ou discorda com cada um das razões que as pessoas costumam usar? Você consome álcool ou outras substâncias porque...

Você faz uso de substâncias porque...	Discordo completamente (1)	Discordo (2)	Neutro/ Indiferente (3)	Concordo (4)	Concordo completamente (5)
1. Na sua idade, você pode fazer o que você quiser.					
2. Na sua idade, você pode tomar suas próprias decisões.					
3. Você pensa que o uso de substâncias é como um ritual de passagem.					
4. Isso não vai tirar sua vida do rumo.					
5. Na sua idade, o uso de substâncias não prejudica outras pessoas.					
6. Você não tem pressa para crescer.					
7. É isso que as pessoas da sua idade deveriam fazer antes de crescer.					
8. Você não tem muitas responsabilidades na sua vida.					
9. Você ainda não está pronto para levar uma vida calma.					
10. Você está curtindo tudo o que tem para curtir antes de começar uma família.					
11. Isso não afetará seu futuro.					
12. Você tem muito tempo livre.					

Você faz uso de substâncias porque...	Discordo completamente (1)	Discordo (2)	Neutro/ Indiferente (3)	Concordo (4)	Concordo completamente (5)
13. Você passou por muitas mudanças recentemente em moradia, relacionamentos e trabalho.					
14. As coisas estão mudando muito rápido nesse momento da sua vida.					
15. Essa é uma fase difícil da sua vida.					
16. Há poucas pessoas que dependem de você nesse momento.					
17. Você está focado em seus desejos e necessidades.					
18. Essa é apenas uma fase.					
19. Nada de ruim acontecerá.					
20. Não terá consequências de longo prazo.					
21. Você não está num momento muito organizado (da sua vida).					
22. Você não se sente estável nessa idade.					
23. Tem muitas coisas mal resolvidas nessa fase da sua vida.					
24. Isso ajuda você a diminuir a tensão de tentar descobrir o que você quer para sua vida.					
25. Isso ajuda você a tirar da cabeça as pressões de fazer escolhas sobre o futuro.					
26. É estressante pensar sobre o que você quer para a sua vida.					

Você faz uso de substâncias porque...	Discordo completamente (1)	Discordo (2)	Neutro/ Indiferente (3)	Concordo (4)	Concordo completamente (5)
27. É muito pesado dar conta de todas as suas escolhas na vida.					
28. Você não sabe o que esperar do futuro.					
29. Você não é "completamente adulto" ainda.					
30. Você não terá chance de fazer isso quando for mais velho.					
31. Não será aceitável fazer isso quando você for mais velho.					

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA “EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE” (EM INGLÊS).

UNIVERSITY OF ILLINOIS
AT URBANA-CHAMPAIGN

School of Social Work

1010 W. Nevada Street
Urbana IL 61801

Rosana Ribeiro Tarifa
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)
Avenida Doutor Enéas de Carvahlo Aguiar, 419
05403-000, São Paulo, Brazil

Re: Permission to use the Emerging Adult Reasons for Substance Use Scale (EARS)

May 10, 2018

Dear Rosana,

I remain happy to serve as a dissertation committee member for you. This letter is to indicate that you have my full permission to translate and use the instrument I developed for use in your research. Specifically, you may translate and use the Emerging Adults Reasons for Using Substances (EARS) instrument in your work.

I look forward to helping you with this important study!

Sincerely,

Douglas C. Smith, Ph.D., LCSW
Associate Professor
School of Social Work
University of Illinois
1010 W. Nevada Street
M/C 082
Urbana, IL 61801; USA
Phone: 1-(217) 333-5308
Fax: 1-(217) 244-5220
Email: smithdc@illinois.edu

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA "EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE - EARS" PARA USO NO BRASIL

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91670318.8.0000.5392

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.175

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que visa a "ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA "EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE - EARS" PARA USO NO BRASIL"

Objetivo da Pesquisa:

O projeto apresenta 3 objetivos: 1) Adaptar transculturalmente e mensurar as propriedades psicométricas da Escala "Emerging Adult Reasons for Substance Use - EARS" para uso no Brasil; 2) Conhecer o perfil dos entrevistados com uso de questionário sociodemográfico e aplicação das escalas: MacArthur, AUDIT (que mensura uso de substâncias psicoativas) e Motivos para uso de Álcool; 3) Testar associação entre características dos entrevistados com a escala em questão (EARS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apontam como riscos da pesquisa o "risco de identificação" e "risco de constrangimento"

Como benefícios "acesso a uma nova tecnologia"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Destaca como processo metodológico:

"Adaptar culturalmente um instrumento de coleta de dados para utilização em outro idioma requer

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.759.175

metodologia única, buscando equivalência entre a fonte original e o idioma ao qual se destina, trabalhando com o idioma e também com a cultura diferente, possuindo, basicamente, cinco fases: Fase 1 – Tradução; Fase 2 – Síntese; Fase 3 – Back Translation (retrotradução) – tradução da versão de volta para o inglês; Fase 4 – Avaliação por um grupo de juízes; Fase 5 – Pré-teste do Instrumento (Guillemin, Bombardier e Beaton, 1993; Polit e Hungler, 1995; Beaton et al., 2000; Reichenheim e Moraes, 2007).

Este é um estudo metodológico, pois faz menção às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação do instrumento na sua adaptação transcultural. A meta, nesse tipo de estudo, é a adaptação de um instrumento preciso e utilizável para a língua portuguesa, para que possa ser empregado por outros pesquisadores (Polit e Hungler, 1995).

Foi solicitada autorização dos autores da escala EARS para utilização da mesma neste estudo e será anexada uma carta de autorização, a este projeto de pesquisa, no momento de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa. Objetiva-se a utilização desse questionário na língua portuguesa falada no Brasil, sem perda de seu significado no idioma original inglês. Considerando as fases sugeridas pela literatura, a adaptação transcultural do EARS será realizada seguindo as etapas de tradução, avaliação da versão por um comitê de juízes, retrotradução e ajustes finais da versão (Guillemin, Bombardier e Beaton, 1993)".

Para a análise de dados: "Para a análise dos dados, será mensurada a consistência interna do instrumento pelo coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach e as propriedades de validade do modelo Rasch da escala EARS. Esse método faz estimativa da correlação dividida pela metade, para todas as formas possíveis de dividir a medida em duas partes. Os índices de consistência interna variam entre 0,00 e 1,00. Quanto mais alto o valor do coeficiente de confiabilidade, mais exata é a medida (Polit e Hungler, 1995). No modelo de Rasch é levada em conta a dificuldade do item e a habilidade do sujeito em responder a ele. Para mensurar-se as propriedades do instrumento utilizando Rasch, têm-se como variável dependente uma probabilidade de erro ou acerto de um item para cada pessoa. As variáveis independentes são o traço de habilidade do sujeito (θ) e o nível de dificuldade do item parâmetro (b). Para serem mensuradas, as variáveis independentes são aditivamente combinadas, e a dificuldade do item é subtraída da habilidade do sujeito. A probabilidade de acerto - variável dependente - é modelada pelo logaritmo de chance de o sujeito responder ao item corretamente, e é expressa pela relação entre a probabilidade de acerto (P) sobre a probabilidade de erro ($1 - P$).

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.759.175

is), seguindo a notação matemática (Chachamovich, 2007): $n \log [P_{is} / (1 - P_{s})] = s - i$

Se a magnitude de θ é igual à da dificuldade d , então a probabilidade de acerto e erro são idênticas ($P=0,5/0,5$). A relação entre θ e d proporciona que a habilidade seja inferida a partir de um item com dificuldade conhecida. Este modelo será aplicado em todas as escalas bivariadas do instrumento (Chachamovich, 2007).

Estima a população para o estudo em 300 pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta cronograma exequível.

Destaca como custo da pesquisa o valor de R\$ 13,618,00 que serão arcados com recursos próprios.

Atende as exigências da Resolução CNS 466/12

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta problemas nas questões éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJuizes.docx	20/06/2018 15:47:08	Edivaldo Joaquim Ferreira	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoPesq.doc	20/06/2018 15:43:25	Edivaldo Joaquim Ferreira	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoMarcia.doc	20/06/2018 14:20:24	Edivaldo Joaquim Ferreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123008.pdf	18/06/2018 12:52:03		Aceito
Brochura Pesquisa	1_Projeto_Completo.pdf	18/06/2018 12:51:04	ROSANA RIBEIRO TARIFA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1_Projeto_Completo.doc	18/06/2018 12:50:47	ROSANA RIBEIRO TARIFA	Aceito
Orçamento	3_ORCAMENTO.docx	18/06/2018	ROSANA RIBEIRO	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.759.175

Orçamento	3_ORCAMENTO.docx	12:49:27	TARIFA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE.docx	17/06/2018 20:33:25	ROSANA RIBEIRO TARIFA	Aceito
Cronograma	2_CRONOGRAMA.docx	17/06/2018 19:47:52	ROSANA RIBEIRO TARIFA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	30/05/2018 00:36:57	ROSANA RIBEIRO TARIFA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS (SÃO PAULO, BRASIL)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO 026/2018

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “**TRADUÇÃO, ADPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA ‘EMERGING ADULT REASONS FOR SUBSTANCE USE – EARS’ PARA USO NO BRASIL**”, que tem por objetivos; a) adaptar culturalmente e mensurar as propriedades psicométricas da Escala “Emerging Adult Reasons for Substance Use – EARS” para uso no Brasil; b) conhecer o perfil sociodemográfico e econômico dos entrevistados; c) testar associação entre características dos entrevistados com a escala em questão.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação, nível Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, junto a indivíduos acima de 18 anos, que fazem uso de álcool e/ou outras drogas e estejam em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial AD Independência (Distrito Sul), Centro de Atenção Psicossocial AD Reviver (Distrito Leste) e Centro de Atenção Psicossocial AD Sudoeste. A pesquisa será realizada sob a orientação da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Campinas, 22 de junho de 2018

Cármino Antônio de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 125.344-1
CPF: 723.931.818-49