**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO**

MARJORIE ESTER DIAS MACIEL

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA
QUESTÃO-CHAVE PARA RASTREAMENTO DO USO DE RISCO DE
ÁLCOOL PARA O PORTUGUÊS**

**SÃO PAULO
2017**

MARJORIE ESTER DIAS MACIEL

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA
QUESTÃO-CHAVE PARA RASTREAMENTO DO USO DE RISCO DE
ÁLCOOL PARA O PORTUGUÊS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do Título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

**SÃO PAULO
2017**

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Maciel, Marjorie Ester Dias

Tradução, adaptação cultural e validação da questão-chave para rastreamento do uso de risco de álcool para o português / Marjorie Ester Dias Maciel. São Paulo, 2017.

130 p.

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

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 3. Rastreamento. 4. Estudos de validação. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Marjorie Ester Dias Maciel

Título: Tradução, adaptação cultural e validação da Questão-Chave para rastreamento do uso de risco de álcool para o português.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À DEUS, por dar-me a vida e a capacidade necessária para a elaboração deste trabalho.

À minha mãe que sempre me apoia em todos os momentos da minha vida, incluindo os mais difíceis.

À minha querida madrinha Miriam Dias da Silva pelo seu grande amor e generosidade comigo.

Aos meus queridos avós que não podem estar comigo neste momento, mas sei que estariam orgulhosos.

Ao meu companheiro de sempre Kleber Tiago Luiz Cazarin.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador, Professor Doutor Divane de Vargas por muito mais que me orientar, me acolher na Escola de Enfermagem, por partilhar comigo parte do seu conhecimento e pela disposição de estar sempre me ajudando nesta trajetória.

Ao Professor Doutor Valdiney Gouveia por ser um Juiz colaborador que prontamente aceitou essa tarefa e deu valiosas contribuições.

À Professora Clarissa Mendonça Corradi-Webster por ser juíza colaboradora e pelo incentivo.

À Janaína Soares e Bruna Portas pelo seu apoio e colaboração na coleta de dados.

À Caroline Figueira Pereira pelas parcerias.

Aos demais colegas do Núcleo de Pesquisa e Estudos de Enfermagem em Adições – Álcool e outras drogas – NEPEAA.

Aos Doutores Professores Ricardo Abrantes do Amaral e Erickson Felipe Furtado pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Enfim, meus agradecimentos para todos que de alguma forma, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

*“Mais uma dose. É claro que tô afim.
A noite nunca tem fim. Por que que a
gente é assim?”*

*(Trecho da música “Por que que a gente é
assim?” de autoria de Roberto Frejat e
Cazuza, cantada pelo grupo Barão
Vermelho.)*

*“Jovem morre em festa após ingerir cerca
25 doses de vodca.”*

*(Título da Manchete da Folha de São
Paulo Edição Digital dia 02.03.15).*

Maciel MED. Tradução, adaptação cultural e validação da Questão-Chave para rastreamento do uso de risco de álcool para o português. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: A identificação do uso de risco de álcool na Atenção Primária à Saúde é fundamental para prevenir danos individuais e prejuízos sociais. Nesse contexto, é imprescindível o emprego de instrumentos de rastreamento que sejam de fácil aplicação, de baixo custo, compreensível por leigos e que ocupe pouco tempo profissional para avaliação. No Brasil, encontram-se disponíveis alguns instrumentos, no entanto nenhum deles contempla todas as características citadas, o que dificulta sua utilização na Atenção Primária à Saúde. Logo, é relevante disponibilizar um instrumento para uso nesse local. **Objetivo:** Traduzir, adaptar culturalmente e validar para o idioma português a Questão-Chave (*Single-Question*) original do idioma inglês. **Método:** Estudo metodológico cujas etapas realizadas foram tradução, retrotradução, adaptação cultural, avaliação pelo Comitê de Juízes, estudo piloto e validação de critério. **Resultados:** Estão apresentados em três artigos. **Artigo 1:** A versão traduzida e adaptada da Questão-Chave teve seu conteúdo validado por um Comitê de Juízes especializados na área de uso de álcool e fluentes no idioma inglês. O Índice de Validade de Conteúdo quanto à clareza da sentença e emprego correto de termos técnicos foi 1, para adaptação e preservação do sentido original foi 0.8. O Índice de *Kappa* para a concordância entre os juízes foi de 0.83. Após ajuste sugerido pelos juízes originou-se a versão final da Questão-Chave. **Artigo 2:** Realizou-se a validação de critério da Questão-Chave, aplicando-a em 518 usuários de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo concomitantemente com o AUDIT e AUDIT-C. A Questão-Chave apresentou sensibilidade de 99 % e 54% de especificidade em relação ao AUDIT e 59% de especificidade e 99% de sensibilidade em relação ao AUDIT-C. A acurácia foi de 77% para o AUDIT e 81% para o AUDIT-C. Essas propriedades não sofreram influência de gênero ou de outras características sócio-demográficas. Os resultados indicam que a Questão-Chave está adequada do ponto de vista psicométrico e é tão útil e eficiente para o rastreamento do uso de risco de álcool quanto suas medidas-critério. **Artigo 3:** Identificou-se o padrão de uso de álcool de usuários de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo. O AUDIT foi aplicado a 859 usuários conjuntamente com um questionário sociodemográfico. Observou-se que 68.9% dos usuários faziam uso de baixo risco de álcool e 31.1% faziam uso problemático do álcool, dos quais 49.8% uso de risco, 38.7% uso nocivo e 11.5% provável dependência. As características associadas ao uso problemático foram sexo masculino, estado civil divorciado ou separado e quanto mais jovem maior a chance de pontuar acima da Zona I do AUDIT. **Conclusão:** A Questão-Chave apresentou boa concordância entre os Juízes sobre seu conteúdo e bom desempenho psicométrico atendendo os critérios para testes de instrumentos de rastreamento. Observou-se uma parcela considerável de usuários da Atenção Primária à Saúde que fazem uso de risco de álcool, a qual não pode ser menosprezada pelos profissionais de saúde. Os achados desse estudo subsidiam o emprego da Questão-Chave na Atenção Primária à Saúde para identificação do uso de risco de álcool.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Transtornos Relacionados ao Uso de álcool. Programas de rastreamento. Estudos de Validação. Validade dos testes.

Maciel MED. Translation, cultural adaptation and validation of the Key-Question for screening hazardous alcohol use into portuguese. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: The identification of the hazardous alcohol use in Primary Health Care is important to prevent individual harm and social damages. In this context, is essential to use screening instruments that are easy to apply, inexpensive, understandable by lay people and take few time for professional evaluation. In Brazil, there are some instruments available, but none of them include all the mentioned characteristics, which becomes it difficult to use in Primary Health Care. Therefore, it is relevant to provide an instrument for use in this area. **Objective:** To translate, adapt culturally and validate to Portuguese language the Single-Question original English language. **Method:** Methodological study whose stages were translation, back translation, cultural adaptation, evaluation by the Judges Committee, pilot study and criteria validation. **Results:** These are presented in three articles. **Article 1:** The translated and adapted version of the Key-Question had its contents validated by a Committee of Judges specialized in alcohol use and fluent in the English language. The Content Validity Index for clarity of sentence and correct use of technical terms was 1, for adaptation and preservation of the original meaning was 0.8. The Kappa index for concordance between the judges was 0.83. After adjustment suggested by the judges the final version of the Key-Question was established. **Article 2:** Achieved Key-Question criteria validation, applying it to 518 users of Health Unit in the city of São Paulo concomitantly with the AUDIT and AUDIT-C. The Key-Question presented sensitivity of 99% and 54% of specificity in relation to AUDIT and 59% of specificity and 99% of sensitivity in relation to AUDIT-C. The accuracy was 77% to the AUDIT and 81% to the AUDIT-C. These properties were not influenced by gender or others sociodemographic characteristics. The results indicate that the Key-Question is psychometrically adequate and is as useful and efficient to screen alcohol hazardous use as its criteria measures. **Article 3:** Alcohol use patterns among users of a Health Unit in the city of São Paulo was identified. The AUDIT was applied to 859 users with a sociodemographic questionnaire. It was observed that 68.9% of users were low risk and 31.1% had problematic use, of which 49.8% were risk case, 38.7% were harmful case and 11.5% probable dependence. The characteristics associated with the problematic use were male, divorced or separated marital status and younger user had more chance of scoring above Zone I of the AUDIT. **Conclusion:** The Key-Question presented a good concordance among judges about it content and good psychometric performance, matching the criteria for screening tools. A significant proportion of users of Primary Health Care showed patterns problematic use of alcohol, which cannot be overlooked by health professionals. The findings of this study subsidize the use of the Key-Question in Primary Health Care to identify risk alcohol use.

KEYWORDS: Primary Health Care. Alcohol Related Disorders. Screening Program. Validation studies. Validity of tests.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Procedimentos para processo de adaptação transcultural de instrumentos de medidas.	47
Figura 2 - Fórmula para cálculo do IVC.	51
Figura 3 - Fórmula para cálculo do coeficiente de Kappa.....	51
Figura 4 - Relação entre sensibilidade e especificidade.....	55
Figura 5 - Fórmula para cálculo da sensibilidade.	55
Figura 6 - Fórmula para cálculo da especificidade.	55
Figura 7 - Fórmula para cálculo do VPN.....	56
Figura 8 - Fórmula para cálculo do VPP.....	56
Figura 9 - Fórmula para cálculo do RVP.....	57
Figura 10 - Fórmula para cálculo do RVN.	58
Figura 11 - Fórmula para cálculo de amostra mínima.	60
Figura 12 - Quantidade de bebidas alcoólicas com uma dose-padrão de álcool....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação dos Juízes Especialistas a respeito da clareza da tradução da Questão -Chave.	74
Tabela 2 - Avaliação dos Juízes Especialistas a respeito da qualidade da tradução da Questão -Chave.	74
Tabela 3 - Respostas aos instrumentos de rastreamento segundo os usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015.....	85
Tabela 4 - Índices de validação concorrente da Questão-Chave, considerando-se como padrão-ouro o AUDIT e AUDIT-C N=518.	85
Tabela 5 - Índices de sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança e validade preditiva da QC em relação ao AUDIT e AUDIT-C de acordo com o sexo feminino (N= 218) e masculino (N=300).	86
Tabela 6 - Índices de sensibilidade e especificidade da QC em relação ao AUDIT e AUDIT-C, segundo as características sócio-demográficas da amostra de usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 518).	87
Tabela 7 - Correlação da QC entre os instrumentos AUDIT e AUDIT-C.....	88
Tabela 8 - Classificação do uso de álcool pelo AUDIT segundo as características sócio-demográficas dos usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 859).	97
Tabela 9 - Regressão logística, análise da relação entre a classificação na Zona II, III e IV do AUDIT com as variáveis significativas no estudo segundo os usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 859).	98
Tabela 10 - Idade média e classificação nas Zonas do AUDIT segundo os usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 859).	99

LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIT	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAGE	<i>Cut down Annoyed Guilt Eye opener</i>
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAST	<i>Fast Alcohol Screening Test</i>
IC	Intervalo de Confiança
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MAST	<i>MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST</i>
MAST-G	<i>MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST – GERIATRIC</i>
NaN	Not a Number
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QC	Questão-Chave
RVN	Razão de Verossimilhança Negativa
RVP	Razão de Verossimilhança Positiva
SBIRT	<i>Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment</i>
SCID-IV	<i>Structured Clinical Interview for DSM -IV</i>
SQ	<i>Single Question</i>
T-ACE	<i>Tolerance Annoyed Cut down Eye opener</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 IDENTIFICAÇÃO E PREVALÊNCIA DO USO DE ÁLCOOL NOS SERVIÇOS DE APS.....	23
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS VALIDADOS NO BRASIL PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL EM SERVIÇOS DE APS	28
3.1 CUT DOWN ANNOYED GUILT EYE OPENER – CAGE.....	29
3.2 TOLERANCE ANNOYED CUT DOWN EYE OPENR - T-ACE	30
3.3 FAST ALCOHOL SCREENING TEST - FAST	31
3.4 MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST – GERIATRIC - MAST-G.....	32
3.5 ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST – ASSIST	32
3.6 ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST – AUDIT	33
4 SINGLE-QUESTION COMO FERRAMENTA DE DETECÇÃO DE USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL	40
5 OBJETIVOS.....	44
5.1 OBJETIVO GERAL	44
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
6 MATERIAL E MÉTODOS	46
6.1 DESENHO DO ESTUDO	46
6.2 PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA QUESTÃO-CHAVE (SINGLE-QUESTION) PARA O PORTUGUÊS	46
6.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	47
6.3.1 Validação Semântica.....	47
6.3.2 Comitê de Juízes Especialistas.....	49
6.3.3 Análise do Comitê de Juízes Especialistas	49
6.3.4 Análise estatística da avaliação realizada pelo Comitê de Juízes	50

6.3.5 Pré-Teste piloto	52
6.4 VALIDADE DE CONSTRUTO	52
6.4.1 Reprodutibilidade	53
6.5 VALIDADE DE CRITÉRIO	53
6.5.1 Validade concorrente	53
6.5.2 Validade preditiva.....	54
6.6 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	58
6.6.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	58
6.6.2 Considerações Éticas.....	59
6.6.3 Cálculo amostral.....	59
6.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	61
6.7.1 Instrumentos de coleta de dados	61
6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	62
7 RESULTADOS.....	64
ARTIGO 1	65
ARTIGO 2.....	79
ARTIGO 3.....	93
8 CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	121
ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As sensações de euforia e de bem-estar causadas pelo álcool no organismo humano são conhecidas desde a Antiguidade, assim como os seus efeitos deletérios em nível individual e coletivo (Pereira *et al.*, 2013). Por conta disso, a fim de manter o bem-estar social, desde as primeiras civilizações até as atuais, sempre houve a necessidade de se tomar medidas de controle para reprimir o uso abusivo de álcool.

Dentre essas medidas adotadas, cita-se a proibição da oferta de álcool aos sujeitos que se apresentavam com visível sinal de intoxicação alcoólica na comunidade mesopotâmica; o mesmo ocorreu com as sociedades gregas e romanas (Jerônimo, 1993). Durante a Idade Média as pessoas dependentes de álcool eram encarceradas em asilos a sua revelia (Escohotado, 2003). No final do século XVIII e início do século XIX, nos Estados Unidos da América, ocorreu o Movimento da Temperança, no qual as comunidades americanas resolveram banir o consumo alcoólico para reprimir o uso excessivo na comunidade, tendo em vista os prejuízos sociais causados por essa situação (Wagner, 2008).

Atualmente, as sociedades contemporâneas estabeleceram critérios legais para regular o seu consumo, sendo eles idade mínima para compra de bebida alcoólica, regras para publicidade, produção e comercialização, além de tolerância zero quanto ao ato de beber e dirigir (Mangueira *et al.*, 2015).

No entanto, apesar desse desincentivo ao consumo excessivo, o álcool ainda está entre as drogas de maior abuso tanto no mundo quanto no Brasil, causando diversos danos sociais e sanitários como morte prematura, incapacidades, violência de vários tipos, acidentes de diversas ordens, hospitalizações por causas evitáveis, sexo desprotegido, morbidades físicas e psiquiátricas, dentre outros (Lima, 2008).

Essas consequências são consistentes com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aponta o uso excessivo de álcool como responsável por 2,5 milhões de mortes no mundo (OMS, 2008).

No Brasil, quando se compara os dois Levantamentos Nacionais sobre uso de substâncias psicotrópicas realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, constata-se que houve recrudescimento da prevalência da dependência alcoólica na população adulta de 11,2 % para 12,3%, o

uso abusivo de álcool aumentou de 16,2% para 18% da população e o seu consumo cresceu entre o sexo feminino, passando de 8,2% para 10,6% das mulheres entrevistadas (Carlini, Gualdoro, 2007).

Outro estudo de abrangência nacional realizado com a população brasileira no período de 2006 a 2009 denominado de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), corrobora esses achados, pois a prevalência de consumo abusivo nos últimos 30 dias que antecederam as entrevistas foi de 18,4% entre os respondentes, considerado somente o sexo masculino esse valor aumenta para 27,9% dos entrevistados (Brasil, 2013).

Dados do *Global Status Report* demonstram que no Brasil, o álcool é o causador de 8,2% de algum tipo de morbidade no sexo masculino e 3,2% no sexo feminino (OMS, 2014). Além disso, ele gera aos cofres públicos do país um prejuízo anual de 4 bilhões de dólares (Gallassi *et al.*, 2008).

Os dados relativos à magnitude do uso do álcool na sociedade, falam da relevância do emprego de medidas que contribuam para redução do consumo abusivo de álcool tanto em nível nacional quanto mundial.

Uma dessas medidas é a educação em saúde para um consumo de baixo risco, prevenindo transtornos relacionados ao uso de álcool, já que, na atualidade, dada a variedade dos padrões de ingestão de álcool, não há como somente classificar os indivíduos como dependentes de álcool/alcoolistas e não dependentes (Castaldelli-Maia *et al.*, 2014). Pois, o consumo de baixo risco popularmente conhecido como “beber social” ou “beber moderado” está permeado no senso comum por questões históricas e socioculturais que dificultam o estabelecimento de um parâmetro de limite entre o beber de baixo e alto risco que seja perceptível para a população (Junqueira, 2010).

Apesar de não existir um consenso sobre a quantidade ideal de consumo de álcool que seja benéfica ou que não ofereça malefício à saúde (Monteiro, 2016), a OMS estabelece como limite de consumo de álcool de baixo risco à saúde a ingestão máxima de uma dose-padrão de álcool no dia para mulheres híidas e de no máximo duas doses no dia para homens (OMS, 2014).

Uma dose-padrão de álcool é definida como a quantidade de qualquer tipo de bebida que contenha de 8 a 13 gramas de etanol puro, o que equivale a uma lata de cerveja de 340 mililitros (ml), um copo de chope de 340 ml, um cálice de vinho de

aproximadamente 85 ml, uma garrafa pequena das bebidas comercializadas como “ice” ou 40 ml de qualquer bebida destilada (Laranjeira *et al.*, 2007).

Ainda de acordo com as padronizações da OMS (2004) a ingestão de mais de três doses por dia (mais de quinze doses semanais) para homens e mais de duas doses por dia (mais de dez doses semanais) para mulheres é considerado como “beber pesado frequente” e fazer uso de cinco doses de álcool ou mais em uma única ocasião para homens e quatro doses ou mais para mulheres é denominado “beber pesado episódico”, ou uso de risco ou *binge drinking* (OMS, 2004; Silveira *et al.*, 2008; Bortoluzzi *et al.*, 2010).

Segundo Nunes *et al.* (2012), o comportamento de fazer uso de risco de álcool mesmo que não seja um hábito, ficando restrito a ocasiões raras, já é o suficiente para prejudicar o indivíduo e outras pessoas, incluindo aquelas com quem ele não tenha nenhuma relação ou sequer conheça, pois esse padrão de ingestão está associado a riscos de diversos acontecimentos trágicos como acidentes de trânsito, violência sob várias formas, delitos, abuso de drogas, relação sexual desprotegida, morte, entre outros problemas, em proporções bem maiores do que os problemas originados pela dependência alcoólica.

Essa forma de beber é muito mais prevalente em pessoas jovens e tem alta incidência no Brasil, principalmente em datas típicas como carnaval, véspera de ano novo, festejos natalinos, finais de campeonatos esportivos e outras festas populares (Medeiros, 2013).

Considerando-se os prejuízos que podem ser causados pelo consumo excessivo de álcool faz-se necessário a implantação de políticas públicas de saúde voltadas para prevenção, como a detecção precoce e intervenção em casos que os indivíduos não são dependentes de álcool, mas fazem uso de risco e nocivo, entretanto, essas medidas apesar de importantes não têm recebido a devida atenção pelos profissionais de saúde (Jomar, Paixão, Abreu, 2012).

O subdiagnóstico dessa condição nos serviços de saúde pública brasileiros é relatado de longa data; desde a década de 90 do século passado, persistindo no início desse século e permanecendo até os dias atuais (Ribeiro, Martins, Ramos, 1995; Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007; Lima, 2008; Vargas, Oliveira, Araújo, 2009; Taufick *et al.*, 2014).

Apesar de recentemente haver a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de reorientação dos serviços de Atenção Primária à

Saúde (APS) e como local privilegiado para atividades de prevenção à saúde (Freitas, Mandú, 2010), logo sítio estratégico para rastreamento e intervenção dos casos de uso disfuncional de álcool, essas atividades ainda não são realizadas pelos profissionais que atuam nesse âmbito (Taufick *et al.*, 2014).

Assim, mesmo sabendo-se que uma das mais eficazes medidas de prevenção é o rastreamento para a intervenção breve, o que se verifica nos atendimentos rotineiros de saúde pública do Brasil é que transtornos relacionados à ingestão de álcool são relegados para segundo plano sendo muitas vezes subdiagnosticados ou identificados somente em sua fase tardia, quando o transtorno já causou sérios problemas no indivíduo e em outras pessoas que o cercam (Jomar, Paixão, Abreu, 2012)

Razões para esse fenômeno são atribuídas às atitudes negativas dos trabalhadores de saúde em relação aos usuários de álcool, ao despreparo e insegurança profissional em identificar precocemente e realizar intervenção breve em pessoas com consumo de risco, falta de tempo na rotina de trabalho para avaliar a ingestão alcoólica dos pacientes, subestimação dos profissionais de saúde dos maléficos do uso excessivo de álcool, receio de que os pacientes não queiram ser questionados sobre o uso de álcool, ganho por produção e ausência de treinamento e de instrumentos padronizados de rastreamentos práticos e de uso rápido no serviço de saúde (Ronzani, Mota, Souza, 2009; Smith, 2009; Taufick, 2013).

Estão disponíveis em língua portuguesa alguns questionários validados para esse fim, dentre os quais: o CAGE, T-ACE, AUDIT, FAST, MAST-G e o ASSIST; esse último além do uso de álcool avalia o envolvimento com outras drogas (Henrique *et al.*, 2004; Meneses-Gaya, 2011).

Apesar de validados para uso no Brasil e de possuírem aspectos psicométricos confiáveis para o rastreio desses problemas na APS, alguns são demorados para utilização em serviços de APS, devido ao grande número de questões presentes como é o caso do AUDIT, ASSIST, MAST-G, fato que dificulta o emprego na rotina de trabalho do profissional de saúde, uma vez que os serviços de APS possuem um grande contingente de pessoas para serem atendidas (Conto, Saraiva, 2016).

Em outros casos os instrumentos são delineados para aplicação em populações específicas, como por exemplo, o T-ACE que é específico para gestante e o MAST-G para idosos. Enquanto os demais (CAGE, FAST) não são sensíveis

para captar o uso de risco, somente as fases mais tardias dos transtornos relacionados ao álcool (Meneses-Gaya, 2011).

Alie-se a isso, o fato de que esses instrumentos requerem que o profissional domine suas classificações de pontuação para identificar e interpretar qual o padrão de consumo de álcool que o respondente possui, o que pode acarretar em resistência e desestímulo por parte dos profissionais para a implantação de seu uso no serviço de saúde. Além do que, essa atividade exige também maior tempo de consulta para a aplicação do instrumento, custos com a produção de materiais e treinamento específico para sua utilização. Adicionalmente, instrumentos extensos tem potencial para gerar desconforto no paciente para respondê-lo.

Essas barreiras, entretanto, não são exclusivas do Brasil, pois ao consultar a literatura internacional constata-se que problemas semelhantes no que se refere ao uso de instrumentos de rastreio são enfrentados em diversas partes do mundo, como na América Latina e Caribe (Kohn *et al.*, 2005), nos Estados Unidos da América (Nilsen *et al.*, 2006), em países do continente africano (Kulullgren, Alibusa, Birabwa-Oketcho, 2009) na Suécia (Holmqvist *et al.*, 2008) e em países do continente europeu (Agabio *et al.*, 2012).

Dessa maneira, pensando em estratégias capazes de enfrentar as dificuldades dos profissionais de saúde em identificar o padrão do consumo de álcool de seus pacientes, o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – NIAAA, órgão de saúde e pesquisa do governo federal dos Estados Unidos sugeriu em sua publicação *Helping patients Who drink too much* (2005), o emprego de uma única questão, denominada *Single-Question* para rastreamento do uso de risco e nocivo de álcool para aqueles pacientes que tenham respondido previamente que fazem uso de bebidas alcoólicas.

Essa questão única “*How many times in the past year you had X or more drinks in a day?*” que na tradução livre para o português apresenta-se como “Quantas vezes no ano passado você tomou X ou mais doses de bebidas alcoólica em um dia?” (sendo valor de X substituído por cinco para homens e quatro para mulheres). O resultado do rastreamento para uso de risco é considerado positivo quando a resposta for uma ou mais vezes.

Nos Estados Unidos, a *Single-Question* tem sido usada, em diversos setores dos serviços de saúde, incluindo as alas pré-operatórias de hospitais gerais, (Vinson, Kruse, Seale, 2007) demonstrando bons resultados. Sua validade para o uso em

serviços de APS norte-americanos foi realizada em 2009, sugerindo igualmente boa acurácia em detectar o uso de risco de álcool nesses cenários (Smith *et al.*, 2009).

Desse modo, dada a necessidade de identificar precocemente o uso de risco de álcool em serviços de APS, as barreiras enfrentadas para fazê-lo pelos profissionais de saúde e considerando-se que a disponibilização de métodos práticos, rápidos e confiáveis de rastreio do uso de risco do álcool em serviços de APS pode ser uma estratégia útil para a superação dessa dificuldade, presume-se que pela sua praticidade de uso e fácil interpretação, a *Single-Question* (SQ) pode constituir-se numa ferramenta importante para esse fim nos serviços de saúde brasileiros, principalmente nos serviços não especializados, como os de APS.

Todavia, a SQ ainda não está validada para uso no Brasil, o que torna relevante e pertinente à condução de estudos que possibilitem a disponibilização desse instrumento em língua portuguesa falada no país.

Logo, torna-se oportuno realizar a tradução, adaptação cultural e a validação da SQ para o idioma português, com vistas a disponibilizar tal instrumento, para uso no país, mais especificamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 IDENTIFICAÇÃO E PREVALÊNCIA DO USO DE ÁLCOOL NOS SERVIÇOS DE APS

Os serviços de APS têm se caracterizado não somente, como um local para atender as demandas de saúde população, mas também como uma estratégia para mudança dos paradigmas em saúde (Giovanella *et al.*, 2009).

Sob essa ótica, os serviços dessa área muito mais do que “curar” e tratar a população, buscam pela promoção da saúde. Isso significa que o velho modelo biomédico curativista deixa de ser o protagonista das ações da Atenção Primária à Saúde, para ser o coadjuvante frente às estratégias de educação e prevenção em saúde (Conill, 2008).

Desse modo, além de ouvir as queixas dos usuários, os profissionais que atuam na APS devem buscar ativamente inquerir sobre questões de saúde e vulnerabilidades relacionadas aos seus usuários, criando um vínculo de acolhimento e confiança com os mesmos (Giovanella *et al.*, 2009).

Dentre as questões de saúde que devem ser abordadas pelos profissionais de saúde, cita-se o rastreamento do consumo de álcool, cujo benefício enquadra-se entre os dez critérios para investigação prioritária nos serviços de APS desenvolvido por Wilson e Jungner através da Organização Mundial da Saúde em 1968 que continua em voga na atualidade (Andermann *et al.*, 2008).

Para enquadre nos critérios de investigação prioritária, cita-se que o agravo ou condição para investigação seja um problema para a saúde pública, que exista intervenção disponível, que seja de fácil reconhecimento por profissional de saúde habilitado, incluindo os seus sinais e sintomas iniciais, que tenha uma relação custo-benefício de tratamento alta entre outros (Wilson, Jungner, 1968). Assim, ao analisar esses critérios, logo se percebe que o uso de risco de álcool preenche todos esses critérios para rastreamento prioritário na APS.

Apesar da inegável relevância e potencial dos serviços de APS na detecção do uso prejudicial de álcool, e na prevenção de seus agravos, e da alta prevalência do problema nesses cenários o mesmo não tem sido detectado nesses ambientes durante várias décadas (Formigoni, 1992; Arborelius, Thakker, 1995; Rush *et al.*,

1995; Kaner *et al.*, 2001; Aira *et al.*, 2003; Starfield, 2004; Vargas *et al.*, 2008; Cherpitel, Ye, 2008; Taufick *et al.* 2014).

Segundo, um estudo inglês (Lock *et al.*, 2006) os bebedores excessivos utilizam a APS duas vezes mais que os demais usuários, referindo queixas que em grande parte podem estar relacionadas com a intoxicação alcoólica, como por exemplo, as de origem gastrointestinais, as quais na, maioria das vezes, são tratadas sem ser investigação da causa primária.

Pesquisadores (Bradley *et al.*, 2007) apontam que a prevalência de desordens relacionadas ao álcool é cerca de 5 a 8% maior nos indivíduos que frequentam os serviços de APS do que na população em geral. Desse modo, em todo o mundo, estima-se que dentre todos os atendimentos feitos nos serviços de APS cerca de 7% a 20 % dos pacientes são de bebedores de uso de risco ou nocivo (Mitchell *et al.*, 2014).

No Continente Europeu essa prevalência varia de 8% a 20 %, sendo 8% na França (Gauche *et al.*, 2005), na Itália a prevalência fica entre 15% e 17% (Agabio *et al.*, 2006) e Reino Unido é cerca de 20% (Kaner *et al.*, 2009).

Na América Latina e Caribe esses valores variam de 9,5% a 15%, demonstrando ser um número bastante expressivo (Room *et al.*, 2013).

Nos Estados Unidos da América, uma investigação realizada nos serviços americanos de APS e nos serviços de emergência, constatou em uma amostra de 6.919 pacientes a prevalência de 24% de consumidores risco de álcool, 5% de bebedores nocivos e 3% de dependentes alcoólicos, esta pesquisa constatou também que esses casos não haviam sido identificados pelos profissionais de saúde (Cherpitel, Ye, 2008).

Em muitos países da região da África Subsaariana, a prevalência de transtornos relacionados ao álcool é alta, principalmente com comorbidades graves, como HIV/AIDS e tuberculose, e também a sua ausência de identificação. Na Zâmbia, o processo de detecção desse transtorno é dificultado pela falta de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na APS e pela ausência de instrumentos de rastreamento (Chishinga *et al.*, 2011).

Ainda no continente africano outra pesquisa realizada em Uganda, envolvendo 768 pacientes do serviço de atenção básica dessa nação, constatou que 366 tinham algum grau de uso disfuncional de ingestão de álcool, mas que somente

27 foram investigados pelos profissionais de saúde quanto à quantidade de álcool ingerida (Kulullgren, Alibusa, Birabwa-Oketcho, 2009).

No Brasil, apesar da constatação de que esse fenômeno é importante, a literatura brasileira apresenta uma escassez de pesquisas sobre prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool nos serviços de APS (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014), dentre os poucos estudos publicados observou-se a prevalência entre 4% e 9% de pessoas com problemas relacionados ao álcool nos serviços de APS (Ronzani, 2008; Bortolozzi *et al.*, 2010).

Todavia, convém ressaltar que dada as dimensões continentais do país, não se pode estabelecer que essas taxas sejam equivalentes em todo o território nacional. Haja vista que estudos mais recentes encontraram valores diferentes.

Um levantamento envolvendo 300 indivíduos de um serviço de atenção básica brasileiro mostrou que 19,3% (58) usavam álcool, destes 6,3% (4) preencheram critérios para dependência alcoólica, sem, no entanto, terem sido identificados pelos profissionais da unidade (Starfield, 2004).

Uma pesquisa conduzida com 921 usuários dos serviços de APS das cidades de Juiz de Fora e Rio Pomba no estado de Minas Gerais, apontaram uma prevalência de 18,3% do beber de risco e 3,8% para casos de provável de dependência alcoólica (Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007).

Ainda no Estado de Minas Gerais, outro levantamento feito com usuários de uma ESF da cidade de Uberlândia demonstrou a prevalência de beber de risco em 17,5% dos indivíduos e a dependência alcoólica foi predominante em 10,5% dos entrevistados. No entanto, esse mesmo estudo verificou que eram raras as abordagens médicas sobre o uso de álcool e quando eram feitas não se utilizava nenhum instrumento de rastreio.

Como consequência a pesquisa identificou um baixo reconhecimento dos casos de uso de risco, nocivo e de dependência do álcool. Sendo que os poucos casos diagnosticados como dependência estavam fortemente relacionados com doenças gastro-hepáticas causadas pelo álcool. Além disso, houve uma tendência a indagar apenas adultos homens de idade entre 35 a 54 anos (Taufick *et al.*, 2014).

Valores similares a esse foram encontrados entre os usuários de uma ESF da região sudeste da capital do Estado do Rio de Janeiro no qual o beber de risco predominou entre 18,8% dos entrevistados (Jomar, Abreu, Griep, 2014).

Pesquisa realizada na cidade de Bebedouro (SP) com usuários de uma unidade de atenção básica demonstrou que, apesar das razões para busca do serviço fosse outra, incluindo o serviço de imunização, o índice de pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool foi considerável e preocupante (9.8%) e não foram sequer investigadas (Vargas *et al.*, 2008).

Levantamento conduzido na mesma cidade com 755 usuários de um serviço de APS identificou que 22% desses indivíduos possuíam algum nível de beber prejudicial à saúde, e 10% desses apresentavam diagnóstico sugestivo de dependência alcoólica, enquanto 2 % foram enquadrados como indivíduos que faziam uso nocivo do álcool (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014).

Os resultados dessas pesquisas apontam que há uma demanda significativa de usuários dos serviços de APS que fazem uso de risco de álcool ou até mesmo a própria dependência alcoólica sem, no entanto, serem abordados sobre o padrão de ingestão de álcool pelos profissionais de saúde.

Assim, devido à baixa identificação dessa demanda reprimida nos serviços de APS, diversos autores propõem a implantação das SBIRT, uma sigla das iniciais das palavras no idioma inglês *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*, o que em tradução livre é Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento, como uma estratégia para implementar as ações preventivas para o uso de risco de álcool pelos usuários dos serviços de APS, tornando-as como uma rotina nesses serviços (Costa *et al.*, 2013), superando o modelo curativista/biomédico de identificar somente a fase mais crítica que é a dependência alcoólica.

Dentre as estratégias apontadas para superação desse paradigma curativista relacionada aos transtornos do uso de álcool, aponta-se a necessidade de se investir em capacitação profissional e na padronização de instrumentos e protocolos adequados, que sejam práticos e de baixo custo para fazer o rastreamento e se preciso a intervenção breve.

Infere-se que é importante o emprego de instrumentos de rastreio que sejam de fácil aplicação e entendimento pela população e que não seja necessário muito tempo para seu preenchimento e interpretação, podendo ser aplicado por um profissional generalista.

Logo, é relevante disponibilizar instrumentos de rastreio baseado em poucas perguntas para que as questões acima mencionadas sejam atendidas.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS
INSTRUMENTOS VALIDADOS NO
BRASIL PARA TRIAGEM DO USO DE
ÁLCOOL EM SERVIÇOS DE APS

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS VALIDADOS NO BRASIL PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL EM SERVIÇOS DE APS

O emprego de um instrumento para detectar o padrão do uso de álcool é fundamental para documentar e estabelecer a presença e/ou nível de transtorno relacionado ao álcool com o objetivo de realizar a intervenção breve e encaminhar para tratamento especializado quando indicado.

Convém mencionar que o vocábulo rastreamento não significa o mesmo que diagnóstico, pois o rastreamento avalia através de testes a probabilidade da presença de determinado problema ou transtorno na população analisada, ao passo que o diagnóstico estabelece em definitivo a presença do transtorno ou problema e para se confirmar esse diagnóstico outro tipo de instrumento ou parâmetro deve ser usado, como por exemplo, exames laboratoriais ou de imagem (Oliveira *et al.*, 2011).

Como forma de apontar essa diferença, pode-se citar os mais populares instrumentos de rastreamento para transtornos relacionados ao uso de álcool, o AUDIT e o CAGE, cujos pontos mais altos indicam provável dependência alcoólica, logo esses instrumentos indicam que o indivíduo submetido ao teste deva ser melhor investigado para essa condição clínica para poder então, se for o caso, receber o diagnóstico de dependência alcoólica e tratamento.

Portanto, elucida-se que os instrumentos para rastreamento não têm o escopo de realizar diagnóstico médico, mas sim, de ser uma ferramenta de prevenção ou de detecção de circunstância de risco que forneça subsídios para intervenção ou atividades de educação em saúde e podendo também ser um auxiliar diagnóstico. Portanto, o rastreamento pode ser feito por outros profissionais de saúde que não sejam médicos, desde que previamente capacitados para esse fim (Oliveira *et al.*, 2011).

Para o emprego bem-sucedido dos instrumentos de rastreio para padrão do uso de álcool alguns aspectos devem ser observados. Sendo eles o potencial de adesão pelos profissionais de saúde, o que implica em praticidade, economia de tempo, facilidade para obter escore e classificação do sujeito investigado, baixo custo, capacidade de utilização em múltiplos contextos e característica da população a ser rastreada (Oliveira, 2010).

Os dois últimos aspectos são de extrema importância, pois, a literatura aponta que alguns dos instrumentos existentes para esse fim podem apresentar desempenhos diferentes em populações distintas e nos mais variados contextos de aplicação (Meneses-Gaya *et al.*, 2010).

No Brasil estão disponíveis alguns instrumentos de rastreamento do nível de consumo de álcool disponíveis, no entanto, eles apresentam algum tipo de restrição ou desvantagem de uso, e nenhum deles foi adotado oficialmente para uso de rotina no âmbito da APS. Tais instrumentos são o CAGE, o T-ACE, o AUDIT, o FAST e o MAST-G que serão brevemente descritos na sequência.

3.1 CUT DOWN ANNOYED GUILT EYE OPENER – CAGE

O questionário *Cut Down Annoyed Guilt Eye Opener*- CAGE foi criado por Ewing e Rouse ao final da década de 60 do século passado, no idioma inglês. No Brasil ele foi validado no início da década de 80 do século passado apresentando 0,88 de sensibilidade e 0,83 de especificidade (Mansur, Monteiro, 1983).

Seu nome vem do seu acrônimo das letras iniciais das suas perguntas no idioma de sua criação, C- *Cut Down*; A – *Annoyed*; G - *Guilty* e E- *Eye opener*. As respostas devem ser dadas na forma de sim ou não. Para calcular a pontuação soma-se 1 para cada resposta sim, logo a pontuação pode variar de 0 a 4, sendo que uma somatória dois ou mais indica resultado positivo para o teste (Mansur, Monteiro, 1983).

Esse questionário apresenta como vantagem a praticidade de uso por ser pouco extenso, por poder ser utilizado por qualquer profissional de saúde, incluindo aqueles de nível médio como, por exemplo, Agentes Comunitários de Saúde (Nascimento, Chagas, Graça, 2013) e pelo baixo custo (Rocha, David, 2011).

Após o estudo de validação no Brasil, o questionário CAGE foi usado nos mais diferentes locais e populações como ambiente laboral, salas de emergência de hospital geral, pacientes soropositivos para HIV, gestantes e funcionários públicos e de universidades (Amaral, Malbergier, 2004; Nascimento, Chagas, Graça, 2013).

Atualmente, o emprego deste questionário sofre algumas restrições no ambiente da APS pelo fato do mesmo identificar apenas os estágios mais tardios dos problemas relacionados ao álcool, mais especificamente a dependência

alcoólica, o que está oposto ao paradigma de saúde vigente no país que é intervir nas fases mais precoces (Amaral, Malbergier, 2004; Guimarães *et al.*, 2010; Nascimento, Chagas, Graça, 2013).

Sob as suas propriedades psicométricas, alguns pesquisadores advertem que ele tem melhor sensibilidade e especificidade em pacientes internados do que em pacientes ambulatoriais, como os da atenção primária, assim mais uma situação que faz com que o seu emprego seja questionável na APS (Aertgeerts, Buntinx, Kester, 2004; Guimarães *et al.*, 2010).

Existe também na literatura algumas dúvidas sobre a sua performance no sexo feminino, haja vista que o comportamento do uso de álcool bem como a sua metabolização são diferentes nos dois sexos e por isso alguns autores sugerem que o ponto de corte deva ser menor na população do sexo feminino, sugerindo o ponto de ≥ 1 como positivo para mulheres, a fim de não ocorrer viés pelo gênero (Moraes, Vilella, Reichenheim, 2005; Oliveira, 2010).

Uma pesquisa brasileira comparou as propriedades do CAGE com o AUDIT, e constatou que embora o CAGE tenha tido desempenho satisfatório, o AUDIT se mostrou superior em todos os quesitos de validade (sensibilidade, especificidade, e valores preditivos) (Meneses-Gaya, 2011).

Logo, o fato dele apresentar diferenças entre os gêneros e detectar somente fases mais tardias dos transtornos relacionados ao uso de álcool, não faz do CAGE a primeira opção de uso em serviços de APS.

3.2 TOLERANCE ANNOYED CUT DOWN EYE OPENR - T-ACE

Esse instrumento foi proposto por Sokol *et al.* (1985) no idioma inglês no final da década de 80 do século passado com o objetivo de ser utilizado especificamente na população de mulheres grávidas, pois diversos estudos da época apontaram que o CAGE não era sensível quando se tratava de gestantes. Foram feitas algumas modificações no CAGE, para a criação do T-ACE (Sokol *et al.*, 1985).

O questionário é composto por 3 questões derivadas do CAGE e uma outra questão que avalia a tolerância ao álcool. O seu nome também vem das letras iniciais das suas perguntas no idioma inglês T de *Tolerance*, A de *Annoyde*, C de *Cut Down* e E de *Eye Opener*. Sua pontuação varia de 0 a 5 pontos, sendo que a

primeira questão varia de 0 a 2 pontos e as três restantes de 0 a 1 ponto. Considera-se positivo uma pontuação maior ou igual a dois (Sokol *et al.*, 1985).

No Brasil, esse questionário foi validado em 2001 por Fabri, que analisou uma amostra de 450 gestantes no terceiro trimestre da gravidez, com o objetivo de diagnosticar uso de risco de álcool em gestantes. Os resultados desse estudo mostraram-se satisfatórios para identificar gestantes com uso nocivo de álcool, pois apresentou alta sensibilidade e especificidade, sendo essas maiores quando comparadas com os instrumentos CAGE (Fabri, 2001).

Após seu processo de validação, o T-ACE já foi utilizado em outros estudos com gestantes brasileiras apresentando bom desempenho psicométrico (Oliveira, Simões, 2007; Fabri, Furtado, Laprega, 2007).

Contudo, esse instrumento é voltado especificamente para mulheres gestantes, portanto, ele também não seria a escolha ideal para os serviços de APS, pois não há estudos de validação para outros públicos e há indícios na literatura de que a versão T-ACER-3 ainda não validada para a realidade brasileira tenha melhor desempenho psicométrico (Chiodo *et al.*, 2014).

3.3 FAST ALCOHOL SCREENING TEST - FAST

O *Fast Alcohol Screening Test* - FAST foi validado no Brasil por Meneses-Gaya (2011). Ele consiste das questões três, cinco, oito e dez do AUDIT. Porém, a questão três apresenta o número de doses diferentes para homens e mulheres. Assim, na questão 3 o número de doses é 8 ou mais para homens e de 6 ou mais para mulheres.

Na questão dez também há mudança nesse instrumento, pois ela passa a referir-se ao último ano e não nos últimos doze meses. O método de pontuação continua o mesmo do AUDIT, variando de 0 a 16 pontos.

O FAST apresentou coeficiente de consistência interna de 0,87, sensibilidade de 0,92 e especificidade 0,81, para o rastreamento do uso abusivo de álcool e dependência alcoólica tomando por padrão ouro a SCID-DSM IV (*Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental - IV*) (Meneses-Gaya, 2011).

Apesar de suas qualidades psicométricas adequadas, cabe enfatizar duas limitações do instrumento. A primeira diz respeito ao número de doses que o FAST

utiliza, que é oito para homens e seis para mulheres, esses valores estão acima dos limites recomendado pela OMS (2008) para ambos os sexos.

A segunda diz respeito ao fato de ter usado o SCID da versão do DSM –IV. Isto porque o DSM-IV classifica na categoria de abuso os casos já ocorridos de prejuízos materiais, legais e outros sem considerar os prejuízos em potencial ou risco, como já ocorre na edição atualizada, o DSM-V (*American Psychiatric Association - Apa*, 2013).

3.4 MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST – GERIATRIC - MAST-G

O *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric*, MAST-G, é uma escala derivada do *MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST* (MAST) originalmente composta por 25 itens que foi publicada pela primeira vez em 1971 por Selzer voltada para adultos jovens. Posteriormente em 1992 Blow adaptou essa escala para pessoas acima de 65 anos, originando MAST-G (Kano, 2011).

No Brasil, o MAST-G foi validado e adaptado por Kano (2011), obtendo bom índice de confiabilidade (0,78) e boa especificidade e sensibilidade. No entanto, a versão brasileira possui um número a menos de item que a versão original, (Kano, 2011).

Esse instrumento é restrito à população idosa e de aplicação extensa, portanto seu uso na APS seria inviabilizado.

3.5 ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST – ASSIST

O ASSIST é um instrumento que foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores ligados à Organização Mundial da Saúde para rastrear o envolvimento com tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas. Esse instrumento começou a ser desenvolvido entre os anos de 1997 e 1998 simultaneamente em vários países do mundo, essa foi a chamada fase I do processo de desenvolvimento (OMS, 2002).

Na fase II, no início dos anos 2000, o ASSIST foi validado em vários países no âmbito da APS incluindo o Brasil (Henrique *et al.*, 2004).

O ASSIST é composto por oito questões que abordam a frequência de uso da substância na vida, durante os últimos 3 meses, problemas decorrentes do uso, preocupações de pessoas próximas ao usuário e prejuízo na execução das tarefas, tentativas frustradas de cessação ou redução de uso, compulsão e uso de modo injetável (OMS, 2002; Henrique *et al.*, 2004).

Para cada questão o usuário pode escolher quais drogas ele faz uso, podendo ser concomitantemente ou não (álcool, tabaco, anfetamina, inalantes, opioides, hipnóticos sedativos, entre outras).

As opções de respostas variam de 0 a 2 pontos, podendo o escore máximo chegar a 20 pontos. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência (OMS, 2002; Henrique *et al.*, 2004).

Para a avaliação do uso de álcool no seu processo de validação da versão brasileira, o ASSIST utilizou o AUDIT como padrão-ouro e apresentou boa correlação com esse instrumento. No que diz respeito à parte da detecção do uso abusivo de álcool, o instrumento apresentou boa confiabilidade com um alfa de Cronbach de 0,80.

O instrumento apresentou boa sensibilidade (0,91) e boa especificidade (0,79) para uso abusivo/dependência de álcool, (Henrique *et al.*, 2004) se mostrando satisfatório para uso no Brasil.

No entanto, devido ao grande número de escolha para opções de tipo de drogas consumidas, sendo um total de 10, ele acaba por tomar muito tempo de aplicação, em média 30 minutos, o que pode dificultar o seu uso no contexto da APS devido à alta demanda de atendimento (Mendes, 2006).

3.6 ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST – AUDIT

Esse teste foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para uso no âmbito da APS ao final da década de 80 do século passado, a partir de uma entrevista com 150 itens aplicada em um grupo de 1.888 pacientes de cuidados primários nos países Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos (Babor *et al.*, 2001).

A escolha das questões finais para compor o instrumento foi baseada na consistência interna da escala e bem como outras análises fatoriais (Babor *et al.*, 1992).

Trata-se de um questionário composto por dez perguntas que aborda o consumo de álcool do indivíduo nos últimos 12 meses com questões de múltipla escolha, podendo ser autoaplicável.

O AUDIT possui perguntas que se encaixam dentro de três domínios conceituais ou dimensões, sendo elas o uso de risco, que compreende os itens 1 ao 3, sintomas de provável dependência, itens 4 a 6 e uso nocivo, itens 7 a 10 (Babor *et al.*, 2008).

A sua pontuação varia de 0 a 4 em cada resposta, e no total pode variar de 0 a 40 pontos, sendo que o ponto de corte adotado é 8 para investigar um padrão de uso de risco. Apresenta bom indicador psicométrico para a detecção dos diferentes padrões de uso de álcool (sensibilidade = 0,90, especificidade = 0,80) (Babor *et al.*, 2003).

A classificação de padrão de uso de álcool do AUDIT é dividida por zonas, havendo quatro zonas, o padrão é definido com base no número de pontos obtidos que irá incluir o sujeito avaliado dentro de uma das quatro zonas, a saber, uso de baixo risco até 7 pontos (zona I), uso de risco de 8 a 15 pontos (zona II), uso nocivo de 16 a 19 pontos (zona III) e provável dependência para 20 pontos ou mais (zona IV) (Babor *et al.*, 2008).

Todavia, outras pesquisas apontam o AUDIT para um modelo com três fatores ou bi-fatorial como sendo mais coerente para a estrutura do AUDIT em português (Santos *et al.*, 2012; Menezes-Gaya *et al.*, 2009).

Os estudiosos sobre o AUDIT também sugerem que seja feita uma redução ou aumento do ponto de corte do instrumento quando usado em diferentes grupos para aperfeiçoar seu poder de detecção, por exemplo, recomenda-se o corte de 7 para homens e mulheres acima de 65 anos de idade, com a finalidade de aumentar a sensibilidade nesta população. Sendo que seus criadores ainda defendem a ideia de que o AUDIT seja adaptado aos diversos contextos culturais (Babor *et al.*, 2003). A literatura também aponta que o desempenho psicométrico do AUDIT pode variar em função da amostra e do local de aplicação (Peng *et al.*, 2008)

Há outros pesquisadores que indicam que o ponto de corte deva ser diferente para homens e mulheres já que levam em conta às diferenças físicas entre os sexos,

uma vez que o álcool possui um 'efeito mais deletério no organismo feminino que no masculino, e, por conseguinte, para ter um padrão de uso de baixo risco a saúde, o limiar de número de doses de álcool é menor para mulheres, logo a pontuação do AUDIT deveria ser menor para as mulheres (Meneses-Gaya, 2011).

No Brasil esse instrumento tem sido amplamente utilizado em investigações nos serviços de atenção primária à saúde, desde o início da década de 90 do século passado, em que utilizando os parâmetros diagnósticos do CID-10 para comparação na validade concorrente apresentou pouca especificidade (0,62), porém alta sensibilidade (0,92) no ponto de corte 7/8 (Mendéz, 1999).

Embora, ele tenha sido primeiramente validado no idioma português no ambiente hospitalar (Figlie *et al.*, 1997).

Atualmente, ele é considerado pela literatura como melhor instrumento para rastreamento nos serviços de atenção primária à saúde no Brasil (Jomar, Paixão, Abreu, 2012).

Entretanto, devido ao fato de o Brasil ser um país com proporções continentais, há uma grande variedade de contextos culturais, isso faz com que haja a necessidade de que o AUDIT seja adaptado para as várias culturas brasileiras, conforme recomendado pelos seus criadores.

Por conta disso, além dos estudos citados houve outros que validaram e adaptaram o AUDIT para outras populações de diferentes regiões do país (Lima *et al.*, 2005; Moretti-Pires, Corradi-Webster, 2011; Formiga, 2014).

Considerando a grande demanda de atendimento das unidades de APS, a falta de tempo que gera a necessidade em realizar um rastreamento rápido julgou-se relevante desenvolver versões do AUDIT mais enxutas, porém que tivesse as mesmas propriedades de detecção do instrumento original. Assim, surgiram as versões abreviadas AUDIT-3, AUDIT-PC, AUDIT-QF, AUDIT-4 e AUDIT-C.

Dentre todas as versões reduzidas do AUDIT, a menor é AUDIT-3 que consiste apenas no item três do original, cuja pontuação varia de 0 a 4 e o ponto de corte mais indicado pela literatura é de 1, ou seja, a partir do momento em que a pessoa reconhece que bebeu em *binge* em um espaço de tempo maior que uma vez ao mês já é considerado positivo para uso de risco (Aalto *et al.*, 2009).

No entanto, alguns estudiosos criticam aplicação isolada da questão 3 do AUDIT por alegarem mais uma vez que o mesmo subestima as diferenças entre os gêneros, haja vista que no beber pesado episódico o número de doses para o sexo

feminino não está adequadamente contemplando nessa questão, havendo uma necessidade de um estudo de validação para o sexo feminino (Hauck Filho, Teixeira, 2013), o que o torna viável para uso em indivíduos do sexo masculino e não para uso universal.

O AUDIT-PC é composto pelas questões um, dois, quatro, cinco e dez. Desse modo, cada um dos três domínios conceituais do original é contemplado por essa versão cujo ponto de corte é de 5 (Wu *et al.*, 2008).

O AUDIT-QF diz respeito às duas perguntas do AUDIT sobre quantidade (Q) e frequência (F), correspondendo as duas primeiras perguntas. Seu ponto de corte é 4. O AUDIT-4 corresponde aos itens um, dois, três e dez do original sendo o valor de corte 5 (Wu *et al.*, 2008).

Todas essas versões descritas apresentaram bom desempenho psicométrico com sensibilidade maior que o original, e menor especificidade.

Além dessas versões, existe a versão chamada de AUDIT-C que é constituída dos três primeiros itens do original. Essa é a versão abreviada mais utilizada do AUDIT por ter apresentado dentre todas as versões citadas, melhor consistência interna (Rubinsky *et al.*, 2013).

Estudo demonstrou que o AUDIT-C, apresentou sensibilidade de 0,87 para dependência, 0,98 para consumo de risco e 0,83 de sensibilidade para os demais níveis de beber no ponto de corte maior ou igual a 5 para homens e ponto de corte maior ou igual a 3 para mulheres (Frank *et al.* 2008). No entanto, outro estudo sugere que o ponto de corte seja de 4 para homens (Bradley *et al.*, 2007).

Uma pesquisa brasileira envolvendo as versões abreviadas do AUDIT, identificou que a versão de melhor consistência interna medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach foi o AUDIT-C, seguido pelo AUDIT-4. As demais versões demonstraram boa capacidade discriminativa e valores psicométricos superiores quando comparados ao CAGE (Meneses-Gaya, 2011).

Além dessas versões supracitadas, existe o *Five-Shot* que mescla as questões um e dois do AUDIT com as perguntas dois, três e quatro do CAGE, proposto ao final da década de 90 do século passado, sua pontuação varia de 0 a 7, com pontuação diferente dos instrumentos originais para as perguntas, com ponto de corte 2 (Seppa, Lepisto, Sillanaukee, 1998).

No estudo de validação e adaptação para o Brasil, o *Five-Shot* apresentou sensibilidade de 0,93 e especificidade de 0,79 para rastrear o uso abusivo de álcool

(Meneses-Gaya, 2011). Todavia devido à complexidade para obter a pontuação e classificação o seu uso acaba sendo dificultado nos serviços de APS.

O AUDIT e suas versões abreviadas já comprovaram sua validade na população em geral, contudo há críticas a respeito da sua performance no sexo feminino devido às questões culturais que induz as mulheres a responderem de modo diferente ao que de fato é a sua realidade. Por conta disso, os estudiosos da área sugerem uma adaptação de algumas questões para o sexo feminino que ainda não foram feitas (Oliveira, 2010).

Limitações que também são apontadas em suas versões reduzidas, fazendo com que esses instrumentos não sejam indicados para o uso universal (Rubinsky *et al.*, 2013).

Desse modo, apesar da gama de instrumentos de rastreios disponíveis no mercado brasileiro, há limitações das mais diversas para efetivar o seu uso como rotina, especialmente nos serviços de APS.

Essas limitações são representadas principalmente pela complexidade do uso para os profissionais, pois, exigem que o mesmo domine conhecimentos específicos e profundos do instrumento para poder interpretar a pontuação obtida pelo entrevistado, como é o caso do *Five-Shot* e do AUDIT.

Os outros têm seu uso inviabilizado nesse contexto pela sua extensão (MAST-G, ASSIST), o que pode desmotivar os profissionais a utilizá-los, já que requer um tempo razoável para sua aplicação, pontuação e interpretação.

Há um instrumento (CAGE) que não é tão eficaz no contexto da APS (Possidônio *et al.*, 2013) e outros que não são de aplicação universal (MAST-G, T-ACE), isto é, cabíveis para toda a população de usuários da APS (Smith *et al.*, 2009).

Essas razões falam da necessidade de se ofertar um instrumento capaz de sanar parcialmente essas barreiras, como, por exemplo, a disponibilização de uma única questão para a triagem do uso de álcool e que possa ser aplicável a todos os usuários da APS.

Nesse sentido, uma alternativa que vem sendo utilizada nos países de língua inglesa e validados para outros idiomas é a *Single-Question* (SQ) que pode ser uma alternativa viável e ideal para a realidade brasileira.

A *Single-Question* (SQ) devido a sua praticidade de uso, ao baixo custo, à adequação para aplicabilidade a toda população, tem sido apontada atualmente

como uma boa estratégia para rastreio ao uso de risco/nocivo de álcool nos serviços de APS (Mitchell *et al.*, 2014).

4 *SINGLE-QUESTION* COMO
FERRAMENTA DE DETECÇÃO DE USO
PREJUDICIAL DE ÁLCOOL

4 SINGLE-QUESTION COMO FERRAMENTA DE DETECÇÃO DE USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL

A ideia de se realizar uma única pergunta para rastreamento do uso indevido de álcool foi posta em prática pela primeira vez ao final da década de 90 do século passado, em um estudo conduzido por Fleming e seus colaboradores (1997), na qual a pergunta era *"Have you ever had drinking problem?"* que em tradução livre seria "Você já teve problemas com beber? Essa questão foi aplicada a uma amostra de 280 pessoas e utilizou como padrão-ouro os critérios diagnóstico do DSM-III para desordens relacionadas ao álcool, tendo como resultado positivo em 82 pessoas, apresentando especificidade de 0,573 e sensibilidade de 0,879 (Fleming *et al.*, 1997).

Posteriormente, Taj e sua equipe (1998) executaram uma pesquisa envolvendo 1435 pessoas utilizando uma pergunta um pouco mais diretiva e usando pela primeira vez o termo *Single-Question* (SQ). A pergunta original era: *"On any single occasion during the past 3 months, have you had more than 5 drinks containing alcohol?"* (Taj *et al.*, 1998). Em tradução livre ela seria: "Em uma única ocasião, nos 3 últimos meses, você ingeriu mais que 5 doses de bebida contendo álcool?".

Nesse estudo os autores empregaram como instrumento de pesquisa a SQ e o AUDIT como padrão-ouro de comparação. A SQ teve como valor preditivo positivo 0,74 e como valor preditivo negativo 0,88. Apresentou sensibilidade de 0,62 e especificidade de 0,93 para o beber de risco e para outras desordens da ingestão de álcool, pois a SQ identificou igualmente os 29 pacientes do estudo que tinham algum tipo de transtorno relacionado ao uso de álcool rastreados como uso de risco no AUDIT. Assim, os autores concluíram que a SQ é uma ferramenta útil de rastreamento (Taj *et al.*, 1998).

Três anos depois, outro estudo foi realizado buscando confirmar as propriedades de sensibilidade e especificidade da SQ. No entanto, os pesquisadores para facilitar o entendimento pela população, sentiram necessidade de reformular a pergunta e de também introduzir diferentes valores de doses para homens e para as mulheres. Desse modo, a pergunta reformulada apresentou-se da seguinte forma: *"When was the last time you had more than X drinks in 1 day?"*, onde X=4 para

mulheres e X=5 para homens (Williams, Vision, 2001). Em tradução livre “ Quando foi a última vez que você ingeriu mais que X doses de bebida alcoólica em um dia?”

A população desse estudo foi composta de pacientes provenientes de três serviços de emergência de trauma do Estado do Missouri nos Estados Unidos, para efeito de comparação foi aplicado como padrão-ouro o *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Foi considerado positivo todo paciente que respondeu sim dentro dos três últimos meses. Desse modo, a sensibilidade da SQ foi de 0,86 e especificidade foi também de 0,86 (Williams, Vinson, 2001).

Nesse mesmo ano, outro estudo envolvendo a SQ em versão novamente reformulada foi conduzido em uma amostra de 227 pessoas. A SQ teve a seguinte versão: “*How often do you have six or more drinks on one occasion?*” apresentando sensibilidade de 0,77 e especificidade de 0,83 (Bradley *et al.*, 2001). Em tradução livre “Com que frequência você ingere seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião? ”

Posteriormente, a SQ reformulada por Williams e Vinson (2001) foi novamente utilizada em uma pesquisa feita em um setor de emergência e por inquérito telefônico, usando como padrão-ouro o *Diagnostic Interview Schedule*, instrumento de entrevista psiquiátrica do serviço norte-americano, os quais foram obtidos valores psicométricos satisfatórios para a SQ (Canagasaby, Vinson, 2005).

Também nesse mesmo ano de 2005, o NIAAA- *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* dos Estados Unidos propõe o emprego da SQ para rastreamento do uso de risco/nocivo de álcool para aqueles pacientes que tenham respondido previamente que fazem uso de bebidas alcoólicas.

No ano seguinte, em 2006, a SQ na versão desenvolvida por Williams e Vinson (2001), foi validada para os serviços de APS americanos em um estudo que envolveu 625 pessoas de ambos os sexos que frequentavam a APS. Como padrão-ouro a pesquisa aplicou o AUDIT e sua versão AUDIT-C. As respostas da amostra foram alocadas em quatro grupos, o primeiro para os que tiveram respostas positiva dentro dos últimos três meses, o segundo para os que responderam positivo nos últimos doze meses, o terceiro para os que responderam que sim em todas as ocasiões e o último para aqueles que responderam que nunca (Selaie *et al.*, 2006).

Os resultados apontaram a sensibilidade da SQ de 0,80 e a especificidade de 0,74, para o grupo que cometeu abuso de álcool nos últimos três meses, não apresentando diferença significativa desses parâmetros entre os sexos ou etnias. Ao

analisar o grupo que respondeu positivo nos últimos doze meses houve um aumento da especificidade da SQ (0,79) principalmente entre aqueles que pontuaram na zona de uso nocivo de álcool no AUDIT. Diante disso, concluiu-se que a SQ sobre o último episódio de beber pesado do indivíduo é adequada para o emprego nos serviços de APS (Selaie *et al.*, 2006).

Em 2009, um novo estudo de validação foi conduzido nos serviços de APS americano por outra equipe, isto porque se resolveu validar a SQ na versão proposta pelo órgão americano NIAAA (Smith *et al.*, 2009).

Nessa pesquisa os usuários foram recrutados na sala de espera dos serviços de APS, num total de 286 indivíduos de ambos os sexos. Os resultados mostraram que a SQ teve 0,818% de sensibilidade e 0,793 de especificidade para detecção de uso nocivo; no que se refere à presença de transtornos atuais relacionados ao uso de álcool ela foi mais sensível (0,879), mas menos específica (0,668) que o AUDIT, tendo resultados semelhantes quando comparados com o AUDIT-C, o que garante que a SQ na versão proposta pelo NIAAA apresenta evidências psicométricas que indicam a sua utilização nos serviços de APS americanos (Smith *et al.*, 2009).

A SQ também foi validada na Itália, utilizando o AUDIT como padrão ouro em uma amostra de 200 pacientes cirúrgicos daquele país. Os resultados mostraram que a validade preditiva positiva foi de 0,78 e a negativa de 0,36 quando comparada com o AUDIT comprovando a validade para o idioma italiano (Agabio *et al.*, 2012).

Com base nesses resultados, pode-se inferir que a SQ é uma ferramenta útil para detecção de uso de risco de álcool quando comparada ao AUDIT que é o instrumento mais usado nos serviços de APS na atualidade no mundo.

Considerando que a SQ apresentou um bom desempenho no seu idioma de criação e no idioma italiano, pressupõe-se que a validada para o idioma português possa contribuir futuramente para a identificação do consumo de risco de álcool nos ambientes de APS de um modo rápido, simples e com um instrumento de uso universal.

5 OBJETIVOS

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Traduzir, adaptar e validar para o idioma português a Questão-Chave (*Single-Question*). Contemplado no artigo 1.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a validade concorrente entre a Questão-Chave (*Single-Question*), tendo o AUDIT e o AUDIT-C como padrão-ouro. Contemplado no artigo 2.
- Identificar o padrão de uso de álcool entre os usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São Paulo-SP. Contemplado no artigo 3.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, descritivo e transversal.

Metodológico por se referir ao processo de tradução, adaptação e validação de uma sentença que busca a equivalência conceitual entre a sentença original e a traduzida para outro idioma (Polit, Beck, 2011).

Descritivo e transversal por descrever uma determinada realidade da população em algum momento não definido (Lima, 2011).

Com relação ao que diz respeito à parte metodológica, essa pesquisa seguiu os padrões internacionais para validação e adaptação de instrumentos de mensuração.

As etapas adotadas nesse estudo são as recomendadas por Beaton *et al.* (2000) para a adaptação cultural, que foram: tradução, síntese da tradução, retrotradução, avaliação pelo Comitê de Juízes especialistas e pré-teste ou estudo piloto.

Para o estudo de validação de critério da SQ em Língua Portuguesa para uso em serviços de APS, replicou-se o método adotado no estudo de Smith *et al.* (2009), o qual validou a SQ nos serviços de APS americanos, e o mesmo será descrito detalhadamente na seção de análise de dados.

6.2 PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA QUESTÃO-CHAVE (SINGLE-QUESTION) PARA O PORTUGUÊS

O processo de validação e adaptação não consiste simplesmente em traduzir uma sentença. Ele tem o objetivo de estar realmente avaliando o que se pretende identificar dentro de um contexto cultural diferente do qual a sentença foi originalmente idealizada. A tradução é somente um dos passos para se chegar à adaptação (Hamblenton, 2005).

O processo de tradução e adaptação cultural da *Single-Question* foi realizado seguindo-se os pressupostos metodológicos recomendados por Beaton, *et al.*, (2000), cujo modelo é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Procedimentos para processo de adaptação transcultural de instrumentos de medidas segundo Beaton, *et al.*(2000).

Fonte: Adaptado de Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24):3186-3191.

6.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

6.3.1 Validação Semântica

Primeiramente, a versão original foi traduzida para o idioma português por duas pessoas nativas do idioma inglês, e ambos com fluência na língua portuguesa. Conforme recomendado, um deles é da área de pesquisa acadêmica em álcool e drogas e tinha pleno conhecimento do objetivo do estudo e o outro não era especialista da área de álcool e drogas e não tinha conhecimento prévio do objetivo da pesquisa (Beaton, *et al.*2000).

Assim, foram feitas duas traduções independentes, nas quais cada tradutor teve a liberdade de fazer as observações que julgou necessária.

As duas traduções independentes foram confrontadas com o escopo de avaliar a presença de discrepâncias entre as mesmas. Foi constatado que elas concordavam entre si e após isso as duas versões traduzidas foram sintetizadas pela pesquisadora, gerando a versão denominada de S1, que ficou assim definida: “Quantas vezes no ano passado você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica?”.

A etapa seguinte constitui-se da validação semântica, cujo objetivo é verificar se a tradução de uma sentença do seu idioma de origem para o idioma alvo teve seu significado preservado (Guillemin, 1995), ou seja, a equivalência semântica, que garante a preservação do significado original do item traduzido (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993).

Para tanto foi preciso realizar a retrotradução ou *back translation* de S1 para o inglês por dois tradutores nativos do inglês, ambos especialistas com experiência nesse tipo de atividade e que não tinham conhecimento da tradução realizada pelo seu par, essas traduções resultaram nas versões B1 e B2 (APÊNDICE A).

Ambas as retrotraduções foram comparadas e examinadas para detectar se haviam discrepâncias, observando-se que as mesmas estavam em consonância com a versão original em língua inglesa.

Buscando a equivalência idiomática e cultural, diferentemente da versão original optou-se pela substituição da expressão “ano passado” pelo seu equivalente “nos últimos doze meses” por considerar que o termo “ano passado” poderia induzir a resposta do entrevistado a refletir apenas sobre o ano passado, desconsiderando o ano corrente para relatar seu consumo de bebidas alcoólicas, enquanto que a expressão “últimos doze meses” remete a ideia de incluir o tempo atual, assim como ocorre com a versão em português do AUDIT que também utiliza o termo “nos últimos doze meses” em substituição a expressão “*last year*” da versão original (Formiga, 2014).

Desse modo, surgiu a versão S2 “Quantas vezes nos últimos doze meses você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?” cuja versão foi submetida a avaliação de uma equipe de três especialistas da área que manifestaram opiniões favoráveis a essa adaptação e a 5 pessoas leigas na técnica *brainstorm*.

Na técnica *brainstorm* ou tempestade mental consistiu em perguntar as cinco pessoas leigas o que elas entendiam de imediato sobre a pergunta, se ela era de fácil compreensão e se daria margem a um entendimento fora do sentido denotativo.

A versão S2 se mostrou de fácil compreensão pelas pessoas leigas durante a técnica de tempestade mental e por conta disso a mesma foi submetida à avaliação por um Painel ou Comitê de Juízes Especialistas.

6.3.2 Comitê de Juízes Especialistas

O Comitê de Juízes Especialistas tem por função verificar se o processo de tradução e retrotradução alcançou a equivalência semântica, conceitual e idiomática, ou seja, se as situações mencionadas ou retratadas são culturalmente cabíveis ou compreensíveis à população alvo e se durante o processo de tradução não se perdeu o sentido original da sentença. Garantindo, assim, a adaptação de fato para o idioma português. Esse Comitê é considerado como a segunda etapa do processo de validação semântica (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993; Guillemin, 1995).

No contexto desse trabalho o objetivo do Comitê de Juízes, foi selecionar qual versão da Questão-Chave seria a ideal para ser empregada na população alvo. A composição do comitê de juízes seguiu os pressupostos de Rubio *et al.*, (2003), quais sejam: atuar na área em que o instrumento é utilizado, ter conhecimento sobre a temática e possuir publicações e pesquisa sobre o tema.

No caso dessa pesquisa em específico, os critérios adotados foram ser profissional da área de saúde e pesquisador especialista em álcool e drogas ou em validação de instrumentos psicométricos, possuir título de doutor e ser fluente no idioma inglês.

Para realizar essa tarefa, foram selecionados e convidados treze pesquisadores que atendiam os critérios listados. O contato foi feito através de uma carta-convite enviada por *e-mail* (Apêndice B). Do total de convidados, cinco retornaram afirmativamente o convite. Lembrando que a composição mínima recomendada por Beaton *et al.* (2000) é três juízes.

O painel de juízes foi constituído por 2 psicólogos, 2 médicos e 1 enfermeira, todos possuíam o título de doutor e atendiam aos critérios de inclusão desejados, um dos juízes era estrangeiro com fluência no idioma português e que participou do processo de validação da SQ para os serviços de APS americanos.

6.3.3 Análise do Comitê de Juízes Especialistas

Os pesquisadores que aceitaram participar do Comitê (cinco) receberam por *e-mail* os documentos para análise que continham as primeiras traduções (T1 e T2), a síntese de T1 e T2 (S1) e as versões das retrotraduções e a síntese final, S2 e

uma figura (Figura 12) apresentando a quantidade de cada bebida alcóolica utilizada pelo brasileiro necessária para compor uma dose padrão (APÊNDICE A e C).

Além disso, adicionalmente, conforme preconizado por Rubio *et al.* (2003), eles receberam um formulário para avaliação de conteúdo de S2 que versava sobre sua clareza em uma escala de 1 a 4, na qual 1 afirma que a sentença não está clara, 2 necessita de muitos ajustes para ficar clara, 3 necessita de alguns ajustes para ficar clara e 4 a sentença está clara; sobre aspectos referentes à qualidade da tradução, da adaptação da preservação dos sentidos e dos termos utilizados em S2 em uma escala que vai de 1 a 3, em que 1 equivale a não, 2 parcialmente e 3 equivale a sim (APÊNDICE D), e a versão de S2 a ser aplicada no teste piloto (APÊNDICE C). Fez parte ainda do formulário de análise de conteúdo um espaço em que os juízes podiam emitir considerações sobre a questão analisada.

As respostas dos juízes foram compiladas em duas tabelas, e as suas observações finais que resultaram na versão S3 foram analisadas pela pesquisadora e são apresentadas na seção de resultados.

6.3.4 Análise estatística da avaliação realizada pelo Comitê de Juízes

Após, serem obtidas todas as avaliações feitas pelos juízes é necessário analisar a porcentagem de concordância entre as mesmas. Boas porcentagens de concordância entre as respostas dos juízes significam que a tradução e adaptação estão coerentes, ausência de concordância indica falta de clareza devendo a mesma ser reformulada (Rubio *et al.*, 2003).

Para verificar esse aspecto, uma medida muito utilizada é o IVC, que é o Índice de Validade de Conteúdo (Alexandre; Coluci, 2011). O parâmetro mínimo aceitável pré-estabelecido de IVC é de 0,80, o qual indica equivalência de conteúdo, valores menores indicam que o aspecto analisado não está claro e que o item requer reformulação (Rubio *et al.*, 2003).

O cálculo para o IVC é dado pela seguinte fórmula (Rubio *et al.*, 2003):

Figura 2 - Fórmula para cálculo do IVC.

$$\text{IVC: } \frac{\text{TOTAL DE RESPOSTAS 3 OU 4}}{\text{TOTAL DE RESPOSTAS}}$$

Realizado o cálculo do IVC das respostas dos juízes, foi calculado o coeficiente de *Kappa* introduzido por Cohen em 1960 (Landis, Koch, 1977).

Esse coeficiente é uma medida de concordância interobservador e serve para avaliar se a concordância entre os Juízes se deu ao acaso ou se é atribuída às propriedades do instrumento (Fonseca, Silva P, Silva R, 2013).

O coeficiente de *Kappa* é a razão da proporção de vezes que os juízes concordam (corrigido por concordância devido ao acaso) com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso). É um índice útil quando vários avaliadores categorizam cada item de um instrumento em categorias nominais. Os valores de *Kappa* podem variar de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total).

Logo, o valor ideal seria de 1, segue as classificações determinadas por Landis e Koch (1977) referentes ao grau de concordância: 1 a 0,8 concordância ideal, 0,79 a 0,6 concordância substancial, 0,59 a 0,4 moderada concordância, 0,39 a 0,2 concordância fraca, 0,19 a 0 concordância pobre e < 0 sem concordância.

O cálculo do coeficiente de *Kappa* é dado pela seguinte fórmula:

Figura 3 - Fórmula para cálculo do coeficiente de *Kappa*.

$$K = \frac{\sum f_a - \sum fe}{N - \sum fe}$$

Em que f_a representa o somatório da proporção de concordância observada e f_e o somatório da proporção de concordância esperado ao acaso.

Com a avaliação e observação feita pelos juízes foi constituída uma versão pré-final do instrumento (S3) (APÊNDICE E) pela pesquisadora e seu orientador para a elaboração do teste piloto.

6.3.5 Pré-Teste piloto

O objetivo pré-teste piloto foi analisar o grau de compreensão da Questão-Chave entre indivíduos semelhantes aos da população alvo. Dessa forma, optou-se em aplicar a SQ traduzida e adapta a indivíduos com menor grau de escolaridade, pois teoricamente se o estrato da população com menor nível de escolaridade compreender o mais alto também o compreenderá (Pasquali, 2007).

Essa etapa é necessária no processo de adaptação, pois, a adaptação transcultural não é atingível apenas por técnicas de tradução e retrotradução, para ser concretizada de fato a mesma precisa ser avaliada dentro do contexto cultural dos indivíduos que se servirão dela (Sapnas, Zeller, 2002; Hamblenton, 2005).

Assim, com o objetivo de testar o instrumento na população alvo, realizou-se um estudo piloto com 30 sujeitos usuários de uma UBS localizada na cidade de São Paulo.

No estudo piloto foi avaliado a reação e o nível de compreensão dos participantes, o que se mostrou favorável para o uso da versão S3.

6.4 VALIDADE DE CONSTRUTO

De acordo com Pasquali (2007), construto é um conceito, que representa alguma realidade observável (comportamento). Assim, ele é uma realidade epistemológica, dependente de uma realidade observável.

Para averiguar a validade de construto do instrumento é necessário realizar alguns testes estatísticos que observam a sua adequação à população avaliada ou ao traço a ser analisado pelo instrumento, através da sua reprodutibilidade, que é a capacidade de produzir as mesmas medidas ao longo do tempo e da confiabilidade, que a mensuração daquilo que realmente se pretende medir (Pasquali, 2009).

Nesse contexto o teste a ser empregado é o coeficiente de concordância de *Kappa*, descrito posteriormente.

6.4.1 Reprodutibilidade

A reprodutibilidade da Questão-Chave (QC) foi avaliada através da prova teste e re-teste, na qual a Questão-Chave foi aplicada juntamente com o AUDIT em dois momentos, com intervalo de 15 dias, conforme é recomendado pela literatura (Zanei, 2006).

Para averiguar a reprodutibilidade da QC foram escolhidas 100 pessoas através de sorteio. Durante a coleta de dados o participante retirava de uma caixa um cartão que poderia estar escrito amostra ou amostra reteste.

Os que retiraram as palavras amostra reteste, foram convidados a retornar a unidade com intervalo de 15 dias com horário marcado segundo a preferência do mesmo e os instrumentos foram reaplicados.

Para realizar a prova teste e reteste o índice utilizado foi o coeficiente de concordância de *Kappa* e obteve-se o índice 1, ou seja, a concordância ideal, indicando que a QC é reprodutível.

6.5 VALIDADE DE CRITÉRIO

A validade de critério pode ser definida como a correlação entre a medida testada e um critério pré-estabelecido (Rubio *et al.*, 2003). Outra definição cita que o instrumento válido deve ser capaz de prever a sua medida critério (Pasquali, 2007).

Desse modo, o desempenho do instrumento a ser validado é comparado com o desempenho de um instrumento previamente definido pelo avaliador a ser denominado como padrão-ouro ou critério externo. Para a escolha do padrão-ouro é necessário confirmar se suas propriedades psicométricas são estáveis e que o instrumento seja válido (Pasquali, 2009).

Para se determinar a validade de critério existem dois tipos de validade de critério, a preditiva e a concorrente (Pasquali, 2009).

6.5.1 Validade concorrente

Esse tipo de validade de critério é medido ao se comparar o instrumento a ser testado com outro que mede os mesmos atributos do instrumento teste, mas que já

teve as suas propriedades psicométricas confirmadas e validadas previamente (Pasquali, 2009).

Portanto, o instrumento de comparação é o padrão para avaliação do instrumento teste, denominado de padrão-ouro ou *gold standard*. A aplicação de ambos deve ocorrer simultaneamente (Rubio *et al.*, 2003).

Para validação concorrente da SQ nesse estudo foi utilizado o AUDIT e AUDIT-C como padrão-ouro.

6.5.2 Validade preditiva

A validade preditiva avalia o nível do teste de predizer uma medida específica de um sujeito dentro do qual essa medida é comparada com critérios externos já consolidados (Pasquali, 2007).

Ela é composta pela sensibilidade e especificidade, valor preditivo negativo (VPN) e valor preditivo positivo (VPP).

A sensibilidade diz respeito sobre a capacidade do teste em identificar uma situação ou doença que realmente existe, ou seja, quando mais sensível for o teste maior é seu poder de detecção, podendo ocorrer falsos positivos.

Por conta disso, a sensibilidade leva em consideração quando o benefício é maior em se ter falso positivo do que falso negativo, como no caso do uso de risco de álcool, no qual o falso positivo pode receber intervenção breve sem sofrer danos, diferentemente se fosse um falso positivo para diagnóstico de câncer (Menezes, Nascimento, 1999).

A especificidade refere-se à capacidade do instrumento em detectar somente os casos que realmente possuem o traço ou situação procurada, excluindo-se aqueles que não possuem a característica procurada, logo quanto mais específico for o teste menor é a chance de haver falsos positivos (Pereira, 1995).

A especificidade deve ser alta sempre quando se procura identificar a presença de doenças e instituir um tratamento clínico (Pereira, 1995).

A Figura 4 a seguir representa a relação entre sensibilidade e especificidade.

Figura 4 - Relação entre sensibilidade e especificidade.

	Traço Presente	Traço Ausente
Teste Positivo	Verdadeiros Positivos (VP)	Falsos Positivos (FP)
Teste Negativo	Falsos Negativos (FN)	Verdadeiros Negativos (VN)

Fonte: Adaptado de Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Guanabara Koogan, 2012.

O cálculo da sensibilidade é apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Fórmula para cálculo da sensibilidade.

$$\text{Sensibilidade} = \frac{\text{VP}}{\text{VP} + \text{FN}}$$

O método de cálculo da especificidade é apresentado abaixo na Figura 6.

Figura 6 - Fórmula para cálculo da especificidade.

$$\text{Especificidade} = \frac{\text{VN}}{\text{VN} + \text{FP}}$$

Um teste ou instrumento de triagem ideal deveria possuir 100% de sensibilidade e 100% especificidade, no entanto, na prática isso se configura como algo impossível, pois quando se aumenta a sensibilidade frequentemente diminui-se a especificidade (Mealing *et al.*, 2010).

Em determinadas situações não há uma clara distinção entre doente e não-doente, ou presença ou ausência do traço, sendo portanto, necessário estabelecer um ponto de corte de positividade de acordo com o valor da sensibilidade ou especificidade desejado e da condição investigada (Pereira, 1995).

No caso, quando se tem o objetivo de identificar o uso de risco de álcool com vistas a realizar a intervenção breve é melhor prezar por um instrumento de triagem que tenha maior sensibilidade do que especificidade, ou seja, melhor ter falso positivo do que falso negativo, uma vez que receber a intervenção breve não é prejudicial à saúde dos indivíduos que forem tipificados como falsos positivos.

Quanto aos valores preditivos eles são afetados pela sensibilidade e especificidade e condicionados pela prevalência do agravo na população (Mealing *et al.*, 2010).

O VPN diz respeito à propriedade do cálculo da probabilidade de um evento não ocorrer quando de fato ele não ocorre. Logo, ele é a proporção de pessoas rastreadas como não-doentes ou negativas para uma condição que realmente não possuem. O VPN é alto em condições de baixa prevalência da doença ou agravo (Almeida Filho, Barreto, 2012).

A fórmula do VPN é apresentada na Figura 7.

Figura 7 - Fórmula para cálculo do VPN.

$$\text{VPN} = \frac{\text{Nº de verdadeiros negativos no teste} \times 100}{\text{Total de negativos no teste}}$$

O VPP é o cálculo da possibilidade do evento ter ocorrido quando de fato ele ocorreu, logo é a proporção de positivos entre os verdadeiramente positivos. Quando se trata de um evento raro na população, o VPP é baixo e ele é diretamente proporcional à especificidade (Menezes, Nascimento, 1999).

Algebricamente tem-se:

Figura 8 - Fórmula para cálculo do VPP.

$$\text{VPP} = \frac{\text{Nº de verdadeiros positivos no teste} \times 100}{\text{Total de positivos no teste}}$$

Além desses índices, há como medida auxiliar para avaliar o desempenho do instrumento, a razão de verossimilhança ou razão das probabilidades.

A razão de verossimilhança (RV) é definida como a probabilidade de um resultado do instrumento ou teste diagnóstico de uma pessoa com a doença ou característica devida pela probabilidade do resultado do teste sem a doença (Almeida Filho, Barreto, 2012).

Logo a RV expressa quantas vezes é mais provável ou menos provável de se obter um resultado do teste em pessoas com a característica comparadas com as que não possuem a característica (Rouquayrol, Almeida, 2003).

No caso desse estudo em que se trata de um instrumento cujo resultado é positivo ou negativo são aplicáveis dois tipos de RV que possuem a capacidade de discriminar pessoas rastreadas como positivo e as rastreadas como negativo.

As RVs referidas são RV positiva (RVP) e RV negativa (RVN).

A RVP representa a probabilidade de que o resultado esperado em uma pessoa rastreada como positivo comparada com a probabilidade de que o mesmo resultado fosse esperado em uma pessoa rastreada como negativa (Almeida Filho, Barreto, 2012).

A fórmula da RVP é apresentada a seguir:

Figura 9 - Fórmula para cálculo do RVP.

$$RVP = \frac{\text{Sensibilidade}}{1 - \text{Especificidade}}$$

A RVN representa a probabilidade de que o resultado esperado em uma pessoa rastreada como negativa comparada com a probabilidade de que o mesmo resultado fosse esperado em uma pessoa rastreada como positiva (Almeida Filho, Barreto, 2012).

Seu cálculo é feito da seguinte maneira:

Figura 10 - Fórmula para cálculo do RVN.

$$\text{RVN} = \frac{1 - \text{Sensibilidade}}{\text{Especificidade}}$$

6.6 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de São Paulo- SP na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sé, que pertence ao Distrito Administrativo homônimo.

A referida unidade foi inaugurada em prédio próprio no ano de 2008 e foi a primeira unidade de saúde do município de São Paulo a possuir equipe de consultório de rua para atender os moradores de rua. Atualmente, essa unidade possui seis equipes de saúde da família e duas equipes de consultório de rua que prestam atendimento para uma população de 16.890 pessoas.

A UBS da Sé está localizada no Bairro da Sé próximo ao Centro antigo de São Paulo e ao Terminal Parque D. Pedro II, uma região habitada por muitos moradores de rua e usuários de drogas ilícitas.

Por conta dessa localização, a Unidade Básica de Saúde da Sé atende moradores de rua, andarilhos, albergados e estrangeiros que migram para São Paulo, geralmente das nacionalidades coreana, haitiana e boliviana.

Apesar dessas particularidades, o perfil de usuários predominante na UBS é semelhante ao do restante do país que se caracteriza por pessoas do sexo feminino e acima de 40 anos (Pimentel *et al.*, 2011).

Desse modo, ressalta-se que para evitar o viés de população a coleta de dados para esse estudo se deu entre os usuários que se enquadravam no perfil descrito na literatura (Pimentel *et al.*, 2011). Ela ocorreu no período matutino e vespertino de janeiro a junho de 2015.

6.6.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Foram incluídos na amostra os usuários do serviço de APS a partir de 18 anos, de nacionalidade brasileira, de ambos os sexos, que não apresentavam

comprometimento cognitivo ou incapacidade mental perceptível que impossibilite o seu entendimento sobre a pesquisa, e que afirmaram fazer uso de bebidas alcoólicas e que não estejam sob visível efeito de drogas ilícitas ou embriagados constatado através de hálito etílico, marcha cambaleante, olhos vermelhos e/ou alterações ou agitação psicomotora no momento da coleta de dados e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido–TCLE (APÊNDICE F).

Automaticamente foram excluídos todos aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão

Os critérios de exclusão foram se recusar a assinar o TCLE, e não preencher adequadamente o instrumento de coleta de dados.

6.6.2 Considerações Éticas

Esse estudo constituiu um projeto maior denominado de “Efetividade da Intervenção Breve realizada por enfermeiros ao uso nocivo de álcool” E seguiu os preceitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, tendo por base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número de parecer 772.025. (ANEXO 1).

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o TCLE no qual estão explicitados os objetivos do estudo e garantia de sigilo e anonimato sobre a participação na pesquisa. Também, foi fornecido a todos os participantes uma via do TCLE assinada pelos proponentes da pesquisa.

6.6.3 Cálculo amostral

Para determinar o tamanho amostral deve-se primeiramente ter uma estimativa ou prevalência da característica a ser estudada na população (Correa, 2006). Nesse estudo, a característica a ser avaliada é o consumo prejudicial de álcool, que inclui uso de risco, nocivo e provável dependência, conforme a classificação do AUDIT.

Assim, baseado em uma pesquisa realizada com indivíduos com as mesmas características da população alvo, ou seja, indivíduos adultos de ambos os sexos capazes mentalmente que frequentam serviços de APS, foi detectado a prevalência total de 22 % de uso prejudicial de álcool (dos quais 10% eram uso de risco, 10% estavam em provável dependência alcoólica e 2% eram de uso nocivo) (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014).

Logo, por tratar-se de populações com características semelhantes ao estudo de Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014, nessa pesquisa adotou-se como parâmetro para fins de cálculo a estimativa de 22% de prevalência de uso prejudicial de álcool no serviço em questão.

A Figura 11 ilustra o cálculo realizado para obtenção do número mínimo de indivíduos para composição da amostra do estudo.

Figura 11 - Fórmula para cálculo de amostra mínima.

$$N = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{E^2}$$

Onde o valor de **N** significa o número mínimo de indivíduo para compor a amostra, **Z** equivale ao valor crítico da distribuição normal que determina o intervalo de confiança, **p** é a proporção esperada da característica na população (aqui o consumo abusivo de álcool), e **E** a margem de erro, **(1 - p)** é o percentual de outras características diferente da buscada, o valor de **p** irá variar entre 0 e 1.

O intervalo de confiança adotado foi de 95%, assim, o valor crítico de **Z** foi de 1,96 e a margem de erro adotada de 5%. O valor de **p** de 0,22 (22%).

Assim, se tem:

$$N = 1,96^2 \times 0,22 (1 - 0,22) \div 0,05^2$$

$$N = 3,8416 \times 0,22 \times 0,78 \div 0,0025 = 264$$

Portanto, amostra mínima de ser de 264 pessoas.

6.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita pela pesquisadora e por mais três enfermeiros, membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Adições- Álcool e outras drogas – NEPEAA da Escola de Enfermagem de São Paulo, os quais foram previamente treinados para realização da coleta.

Para a coleta dos dados, os membros da equipe abordaram os usuários que buscavam atendimento na UBS independente do motivo, verificavam se os mesmos atendiam os critérios de inclusão na amostra e os convidavam a participar da pesquisa, caso o indivíduo aceitasse participar da pesquisa ele era conduzido até uma sala cedida pela instituição, a fim de garantir privacidade e anonimato das suas respostas, momento no qual também assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido –TCLE e era explicitado os objetivos da pesquisa e esclarecido possíveis dúvidas.

6.7.1 Instrumentos de coleta de dados

Após assinado o TCLE e eventuais dúvidas sobre a pesquisa serem dirimidas, a primeira pergunta de pesquisa feita para o participante foi: “Você consome bebida alcoólica?”.

Após essa pergunta pré-rastreamento, seguindo a recomendação do NIAA (2005), era aplicado um questionário sobre informações sociodemográficas (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, ocupação, religião)(APÊNDICE G) o instrumento AUDIT (ANEXO 2) e AUDIT-C (ANEXO 3) e a Questão-Chave (*Single-Question*) validada e adaptada para o idioma português com um encarte que apresenta ilustrações que exibem a quantidade de cada tipo de bebida que contém uma dose-padrão de álcool (APÊNDICE C) para que os respondentes pudessem compreender exatamente ao que os entrevistadores se referiam quando utilizavam o termo dose de bebida alcoólica ou dose-padrão de álcool.

6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram duplamente digitados em banco de dados do *software* Excel e analisados no software Estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 13.0*.

A análise estatística foi feita através da aferição das propriedades de reprodutibilidade, sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança positiva e negativa, tendo o AUDIT e o AUDIT-C como padrão-ouro, conforme metodologia usada por Smith *et al.* (2009) para validar a SQ para o serviço de APS americano.

Para a análise de validação concorrente foram incluídas apenas as respostas positivas à pergunta inicial da pesquisa de pré-rastreamento, no entanto, na análise geral para avaliar o padrão de consumo de álcool dos usuários todas as respostas foram consideradas.

Na validade concorrente, além dos índices já citados foi verificada se havia presença de correlação com o padrão-ouro (AUDIT e AUDIT-C), que foi calculado pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, que é o indicado para medir a correlação entre instrumentos de classificação com variáveis nominais.

Ele varia de 1 a -1, quanto mais próximo de 1 maior é a correlação entre as medidas e quanto mais próximo de - 1 maior é a correlação inversa entre as medidas (Field, 2009).

Para a estatística descritiva foi calculado média, desvio-padrão, frequências relativas e absolutas.

Para verificar a associação entre as variáveis e o consumo de risco de álcool foram utilizados os testes Qui-Quadrado, Exato de Fisher e a regressão logística.

O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$ com Intervalo de Confiança (IC) de 95% para todos os testes estatísticos a realizados.

Os resultados são apresentados na forma de três artigos.

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados sob a forma de artigos. Cada artigo está contemplando um objetivo desse estudo, sendo um total de três artigos cujos títulos são apresentados abaixo:

Artigo 1 – Título: ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA QUESTÃO-CHAVE PARA RASTREAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL.

Artigo 2 - Título: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CRITÉRIO DA QUESTÃO-CHAVE PARA RASTREIO DO USO RISCO DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Artigo 3 - Título: PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE.

ARTIGO 1

Adaptação cultural e validação de conteúdo da Questão-Chave para rastreamento do uso abusivo de álcool**Cultural adaptation and content validation of the Key-Question to screen abusive alcohol use****Adaptación cultural y validación de contenido del Cuestión-Clave para el seguimiento de abuso de alcohol****Resumo**

Objetivo: Descrever as etapas de tradução, adaptação cultural e da validação de conteúdo da *Single-Question* para o idioma Português do Brasil, que será denominada de Questão-Chave. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, de adaptação cultural de instrumento. Primeiramente, o instrumento foi traduzido para o português em duas versões independentes que deram origem à síntese das traduções (S1), e posteriormente a síntese S2 e esta foi submetida à avaliação por um Comitê de Juízes Especialistas na área de álcool e validação de instrumentos e da análise feita pelos juízes calculou o Índice de Validade de Conteúdo e coeficiente concordância de *Kappa*. **Resultados:** Os Juízes avaliaram a Questão-Chave quanto à sua clareza e sobre aspectos da qualidade da tradução (adaptação, preservação do sentido original e emprego correto de termos técnicos). O Índice de Validade de Conteúdo foi de 1 para clareza e emprego de termos técnicos e de 0,8 para os demais aspectos. O Índice de *Kappa* foi de 0,83. Após pequeno ajuste sugerido pelos juízes originou-se a versão S3. **Conclusão:** A Questão-Chave teve sua validade de conteúdo testada, o que subsidia estudos futuros que visam a aplicação da mesma na população alvo com vistas a verificar suas propriedades psicométricas.

Descritores: Validade dos Testes; Adaptação; Estudos de Validação; Transtornos Relacionados ao Uso de álcool.

Abstract

Objective: To describe steps of translation, cultural adaptation and content validation of *Single-Question* into Portuguese language in Brazil which will be called Key-Question. **Method:** This is a methodological study, adaptation of instrument. First, the instrument was translated into Portuguese in two separate versions which led to the synthesis of the translations (S1) and then S2 synthesis and this was submitted to evaluation by judging committee specialized in the field of alcohol and validation tools and the analysis made by the judges was calculated the Content Validity Index and coefficient of the Kappa acquiescence. **Results:** The judges evaluate the Key-Question based on its clarity and on aspects of quality of translation (adaptation, preserving the original meaning and correct use of technical terms). The Content Validity Index was 1 for clarity and use of technical terms and 0.8 for the other aspects. The Kappa Index was 0.83. After slight adjustments suggested by judges

the S3 version was formulated. **Conclusion:** Key-Question had its validity content tested, which subsidizes future studies aimed at the same application in the target population in order to verify its psychometric properties.

Descriptors: Validity of tests; Adaptation; Validation studies; Alcohol Related Disorders.

Resumen

Objetivo: Describa los pasos de traducción, adaptación cultural y una sola pregunta la validación de contenido para el idioma portugués en Brasil, que se llamará Pregunta clave. **Método:** Se trata de un estudio metodológico, un instrumento de adaptación cultural. En primer lugar, el instrumento fue traducido al portugués en dos versiones distintas que dieron lugar a la síntesis de las traducciones (S1), y luego la síntesis S2 y este fue sometido a evaluación por parte de expertos del comité de expertos en el área de alcohol y herramientas de validación y el análisis realizado por los jueces calculado el Índice de Validez de Contenido y el coeficiente de concordancia Kappa. **Resultados:** Los jueces evaluaron la pregunta clave en cuanto a su claridad y sobre aspectos de la calidad de la traducción (adaptación, preservar el significado original y el uso correcto de términos técnicos). El Índice de Validez de Contenido fue 1 para mayor claridad y el uso de los términos técnicos y 0.8 para los demás aspectos. El índice Kappa fue de 0,83. Después ligero ajuste sugerido por los jueces llevado a la versión S3. **Conclusión:** Clave pregunta tenía su validez probado contenido, que subvenciona los futuros estudios encaminados a la aplicación a bis de la misma en la población objetivo con el fin de comprobar sus propiedades psicométricas.

Descriptores: Validez de las pruebas; Adaptación; Estudios de Validación; Transtornos relacionados con alcohol.

1. Introdução

O uso de risco e nocivo de álcool tem sido considerado uma relevante questão para a saúde pública mundial na atualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, o uso excessivo de álcool é responsável por 2,5 milhões de mortes no mundo⁽¹⁾. No Brasil, quando se compara os dois Levantamentos Nacionais sobre uso de psicotrópicos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, constata-se que houve crescimento da dependência alcoólica na população adulta de 11,2 % para 12,3%, aumento do uso abusivo de álcool de 16,2% para 18% da população e que o seu consumo subiu entre o sexo feminino, passando de 8,2% para 10,6% nas mulheres entrevistadas⁽²⁾.

Dados do *Global Status Report* de 2014 demonstram que no Brasil, o álcool é causador de 8,2% de algum tipo de morbidade entre o sexo masculino e 3,2% entre o sexo feminino⁽³⁾. Além disso, ele acarreta um prejuízo anual de 4 bilhões de dólares aos cofres públicos do país⁽⁴⁾. Assim, esses percentuais falam por si da

necessidade de propor e implantar estratégias que visem prevenção e redução do consumo abusivo de álcool entre a população brasileira.

Dentre essas estratégias, o rastreamento precoce e a intervenção breve para casos detectados como uso de risco e nocivo de álcool constituem medidas que podem causar impacto positivo na redução dos prejuízos e agravos à saúde relacionados ao uso de álcool.

Entretanto, apesar da efetividade dessas medidas, do seu baixo custo e da sua fácil implementação, elas não são empregadas rotineiramente nos serviços brasileiros de Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁵⁾.

As razões apontadas para esse quadro são o desconhecimento profissional da problemática⁽⁵⁾, falta de tempo na rotina de trabalho⁽⁶⁾ e a ausência de instrumentos padronizados de rastreamentos de uso indevido de álcool que sejam práticos, sintéticos, de baixo custo, e que possam ser exequível com todos os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde⁽⁷⁾.

No que diz respeito aos instrumentos de rastreamento para uso de risco de álcool no Brasil, um grande número foi validado para utilização em nossa cultura nas últimas décadas⁽⁸⁻¹³⁾ com comprovada eficácia, todavia a maioria deles, possuem alguma característica que dificulta o seu emprego nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Dentre essas características, cita-se a identificação apenas da fase mais tardia dos transtornos relacionados ao uso de álcool⁽⁸⁾, no caso a dependência alcoólica, o número excessivo de questões do instrumento^(9-10,13), a validação para uso em grupos específicos de usuários dos serviços de Atenção Primária a Saúde^(11,13), a complexidade na interpretação dos escores obtidos com a utilização do questionário⁽¹²⁾, e pouca preocupação com as questões relativas às diferenças de gênero^(8,10).

Considerando as características dos instrumentos disponíveis para uso no Brasil, que acabam por limitar seu emprego na rotina dos serviços de APS surge a necessidade de validar ou desenvolver instrumentos de rastreamento de uso prático e rápido, de baixo custo e que não requeiram um treinamento específico para sua aplicação. Para enfrentar essas dificuldades em 2005, o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – NIAAA, propôs o uso de uma questão única de rastreamento para uso de risco/nocivo de álcool nos serviços de APS^(7,14), a *Single-Question(SG)* que tem sido utilizada nos serviços de APS americanos apresentado

bons resultados, entretanto, a SG, questão única na tradução livre para o Português, não está traduzida e adaptada culturalmente para uso no Brasil⁽⁷⁾.

Diante disso, esse artigo objetiva descrever as etapas de tradução, adaptação cultural e da validação de conteúdo da SG para o idioma Português do Brasil, que no Português será denominada de Questão-Chave.

1.1 *Single-Question* como ferramenta de detecção de uso prejudicial de álcool

A ideia de se realizar uma única questão para rastreamento do uso indevido de álcool foi posta em prática pela primeira vez ao final da década de 90 do século passado, apresentada como *"Have you ever had drinking problem?"* em tradução livre para o Português "Você já teve problemas com bebidas alcóolicas?". Essa questão utilizou como padrão-ouro os critérios diagnósticos do DSM-III para desordens relacionadas ao álcool, apresentando especificidade de 0,573 e sensibilidade de 0,879⁽¹⁵⁾.

Posteriormente, houve um estudo⁽¹⁶⁾ envolvendo 1435 pessoas utilizando a pergunta com algumas modificações: *"On any single occasion during the past 3 months, have you had more than 5 drinks containing alcohol?"* – "Em uma única ocasião, nos 3 últimos meses, você ingeriu mais que 5 doses de bebida contendo álcool?" (tradução livre para o Português) e foi denominada pela primeira vez como *Single-Question* (SQ). Nesse estudo⁽¹⁶⁾, o AUDIT foi aplicado em conjunto com a SQ e considerado como padrão-ouro de comparação. Os resultados mostraram que a SQ apresentava valor preditivo positivo de 74%, como valor preditivo negativo de 88%, sensibilidade de 62% e especificidade de 93% para o beber de risco e para outras desordens da ingestão de álcool, e SQ rastreou como uso de risco/nocivo igualmente os mesmos indivíduos que o AUDIT.

No entanto, para melhorar a compreensão da questão e considerando as diferenças fisiológicas entre os gêneros houve a necessidade de reformular a questão e introduzir diferentes valores de doses para homens e para as mulheres. Assim, a SG reformulada foi: *"When was the last time you had more than X drinks in 1 day?"* que em tradução livre "Quando foi a última vez que você ingeriu mais que X doses de bebida alcoólica em um dia?", em que X=4 para mulheres e X=5 para homens. A sensibilidade e a especificidade dessa versão foram ambas de 86%⁽¹⁷⁾.

No ano de 2005, o NIAAA recomendou o emprego da SQ para rastreamento do uso risco/nocivo de álcool como rotina para aqueles pacientes que respondam

positivamente ao uso de bebidas alcoólicas. A versão apresentada pelo NIAAA naquela ocasião foi: “*How many times in the past year you had X or more drinks in a day?*” Na tradução livre para o Português “Quantas vezes no ano passado você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?” onde X=4 para mulheres e X=5 para homens, sendo considerado positivo quando o indivíduo responder uma ou mais vezes⁽¹⁴⁾.

Em 2009, essa versão proposta pelo NIAAA⁽⁷⁾ foi validada para os serviços de APS americanos. Com uma amostra de 286 indivíduos de ambos os sexos, os quais foram recrutados na sala de espera dos serviços de APS. O padrão-ouro utilizado foi o AUDIT e sua versão AUDIT-C. Os resultados mostraram que a SQ obteve 81,8% de sensibilidade e 79,3% de especificidade para detecção de uso nocivo; no que se refere à presença de transtornos atuais relacionados ao uso de álcool ela foi mais sensível (87,9%), mas menos específica (66,8%) que o AUDIT, tendo resultados semelhantes quando comparados com o AUDIT-C, o que garantiu a adequação da SQ proposta pela NIAAA para uso nos serviços de APS americanos⁽⁷⁾.

Traduzida e validada para uso na língua italiana a SQ foi aplicada em Cagliari, na Itália tendo igualmente o AUDIT como padrão ouro em uma amostra de pacientes cirúrgicos. Os resultados mostraram que a validade preditiva positiva foi de 0,78 e a negativa de 0,36 quando comparada com o AUDIT comprovando a validade do instrumento também para aquele idioma⁽¹⁸⁾.

Os resultados das pesquisas feitas até o momento utilizando a SQ sugerem que ela é uma ferramenta útil para detecção de uso de risco de álcool quando comparada ao AUDIT, instrumento mais usado nos serviços de APS na atualidade no mundo⁽¹⁹⁾. E que tem apresentado bom desempenho tanto em seu idioma de criação quanto naquele em que se apresenta traduzida⁽¹⁸⁾, considera-se oportuno a realização de sua tradução e adaptação cultural para o português do Brasil.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo metodológico, pois, diz respeito ao processo de tradução, adaptação e validação de uma sentença que busca a equivalência conceitual entre a sentença original e a traduzida para outro idioma⁽²⁰⁾.

Para o processo de adaptação e validação de conteúdo foram utilizadas as seguintes etapas: 1) Duas Traduções Independentes; 2) Síntese das traduções; 3)

Fase Back Translation ou retrotradução (tradução da versão de volta para o inglês); 4) Análise por um Comitê de Juízes Especialistas e 5) ajustes na versão final⁽²¹⁾.

Primeiramente, a versão original foi traduzida para o idioma português por duas pessoas, cuja primeira língua era o Inglês, e ambos com fluência na língua portuguesa. Conforme recomendado pelos especialistas da área de validação de instrumentos⁽²¹⁾, um dos tradutores era pesquisador da área de álcool e drogas e tinha pleno conhecimento do objetivo do estudo e o outro não era especialista da área e desconhecia o objetivo da pesquisa. Assim, foram feitas duas traduções independentes (T1 e T2), nas quais cada tradutor teve a liberdade de fazer as observações que julgou necessária. Essa fase resultou em duas traduções que foram sintetizadas pelos autores do artigo, sendo a versão sintetizada denominada de S1.

A retrotradução ou *back translation* de S1, ou seja, a tradução de S1 para o inglês foi realizada por dois tradutores que tinham o inglês como primeira língua e especialistas em traduções de artigos científicos sem expertise na área do instrumento e que não tinham conhecimento da tradução realizada pelo seu par, essas traduções resultaram nas versões B1 e B2. O objetivo dessa etapa foi verificar se a tradução de uma sentença do seu idioma de origem para o idioma alvo teve seu significado preservado, ou seja, identificar se houve a equivalência semântica, a qual garante a preservação do significado original do item traduzido⁽²²⁻²³⁾.

De posse de B1 e B2, ambas as retrotraduções foram comparadas e examinadas para detectar se haviam discrepâncias e com base nas observações dos tradutores os autores do estudo identificaram a necessidade de realizar algumas alterações para atingir a equivalência idiomática. Logo, optou-se pela substituição da expressão “ano passado” pelo seu sinônimo “nos últimos doze meses” por considerar que o termo “ano passado” poderia induzir a resposta do entrevistado a refletir apenas sob o ano passado, desconsiderando o ano corrente para relatar seu consumo de bebidas alcoólicas, enquanto que a expressão “últimos doze meses” remete a ideia de incluir o tempo atual, assim como ocorre com a versão em português do AUDIT que também utiliza o termo “nos últimos doze meses em substituição a expressão “*last year*” da versão original; o que fez surgir uma nova síntese denominada de S2 que foi submetida para análise por um Comitê de Juízes Especialistas.

O Comitê de Juízes Especialistas tem por função verificar se o processo de tradução e retrotradução alcançou a equivalência semântica, conceitual e idiomática, ou seja, se as situações mencionadas ou retratadas são culturalmente cabíveis ou compreensíveis à população alvo e se durante o processo de tradução não se perdeu o sentido original. Garantindo, assim, a adaptação de fato para o idioma português do Brasil. A submissão da tradução para análise desse Comitê caracteriza-se como a segunda etapa do processo de validação semântica⁽²²⁾.

Nesse estudo competia ao Comitê de Juízes, selecionar qual versão da *Single-Question* se tornaria a Questão-Chave ideal para ser empregada na população brasileira. Os critérios adotados para compor o corpo de juízes foram ser profissional da área de saúde, pesquisador especialista em álcool e drogas com publicações na área ou em validação de instrumentos psicométricos, possuir título de doutor e ser fluente no idioma inglês.

Considerando que a composição mínima recomendada pelos especialistas para a composição do comitê de juízes é de três pessoas⁽²²⁾, para realizar essa tarefa, foram selecionados e convidados treze pesquisadores. O contato foi feito através de uma carta-convite enviada via *e-mail*. Do total de convidados, cinco retornaram afirmativamente o convite.

O painel de juízes foi constituído por 2 psicólogos, 2 médicos e 1 enfermeira, todos possuíam o título de doutor e atendiam aos critérios de inclusão desejados, um dos juízes era estrangeiro com fluência no idioma português e que participou do processo de validação da SQ em seu contexto de origem.

Os pesquisadores que aceitaram participar do Comitê (cinco) receberam por *e-mail* os documentos para análise que continham as primeiras traduções (T1 e T2), a síntese de T1 e T2 (S1) e as versões das retrotraduções e a síntese final, S2, juntamente com as sínteses os juízes também receberam uma ilustração que continha a quantidade de cada bebida alcoólica referente uma dose padrão no contexto brasileiro. E, por fim, um questionário para avaliação de conteúdo da versão S2 no que se referia à clareza da sentença. Nesse questionário os juízes avaliaram a clareza em uma escala de 1 a 4 pontos, sendo que 1 correspondia a afirmar que a sentença não estava clara, e 4 que a sentença estava plenamente clara, os juízes foram solicitados também a avaliar a qualidade da tradução, no que se referia a adaptação e preservação dos sentidos e dos uso correto dos termos utilizados em S2, atribuindo um escore em uma escala que de 1 a 3 pontos, em que

1 significava que a questão não atendia os critérios, 2 atendia parcialmente e 3 atendia plenamente, no final do questionário foi disponibilizado um espaço para emissão de considerações ou observações adicionais que os mesmos considerassem pertinentes.

Para verificar em qual extensão a Questão-Chave representava o conteúdo de interesse, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculando. Esse índice avalia a concordância dos juízes quanto à representatividade do conteúdo na sentença analisada⁽²¹⁻²³⁾. O parâmetro mínimo aceitável pré-estabelecido de IVC é de 0,80 que indica equivalência de conteúdo, valores menores que esse, indicam que o aspecto analisado não está claro ou adequadamente traduzido e adaptado e que o item requer reformulações⁽²²⁾.

Para cálculo do IVC foi utilizada a seguinte fórmula⁽²²⁾:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Total de respostas 3 ou 4 dada pelos Juízes}}{\text{Total geral de respostas}}$$

Para avaliar se a concordância observada entre os Juízes não havia se dado ao acaso, e com vistas a garantir que tal concordância foi atribuída realmente às propriedades de conteúdo da questão, foi calculado o coeficiente de *Kappa*⁽²⁴⁾.

O coeficiente de *Kappa* é a razão da proporção de vezes que os juízes concordam (corrigido por concordância devido ao acaso) com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso). Os valores de *Kappa* podem variar de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total). Logo, o valor ideal seria de 1 ou variação de 1 a 0,8 concordância ideal, 0,79 a 0,6 concordância substancial, 0,59 a 0,4 moderada concordância, 0,39 a 0,2 concordância fraca, 0,19 a 0 concordância pobre e < 0 sem concordância⁽²⁴⁾.

O cálculo do coeficiente de *Kappa* é dado pela seguinte fórmula⁽²⁴⁾:

$$K = \frac{\sum fa - \sum fe}{N - \sum fe}$$

Em que f_a representa o somatório da proporção de concordância observada e f_e o somatório da proporção de concordância esperado ao acaso.

3. Resultados

As duas traduções independentes não se mostraram conflitantes, sendo elas T1: “No ano passado quantas vezes você bebeu X ou mais bebidas alcoólicas em um dia?” e T2: “Quantas vezes no ano passado você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia”? Considerando a semelhança entre as duas traduções, procedeu-se a síntese S1, cuja versão parcial ficou assim apresentada: “Quantas vezes no ano passado você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica?”

Buscando a equivalência idiomática e cultural, optou-se pela substituição da expressão “ano passado” tradução livre para o Português, pelo seu sinônimo “nos últimos doze meses”. Essa adequação foi realizada por considerar que o termo “ano passado” poderia induzir a resposta do entrevistado a refletir apenas sob o ano anterior, desconsiderando o ano corrente ao relatar seu consumo de bebidas alcoólicas, enquanto que a expressão “últimos doze meses” remete a ideia de incluir o tempo atual, essas adaptações estão em consonância também com versão brasileira do AUDIT que também utiliza o termo “nos últimos doze meses em substituição a expressão “*last year*” da versão original⁽²⁵⁾.

Realizada essa adequação a versão da SQ S2 configurou-se da seguinte maneira “Quantas vezes nos últimos doze meses você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia? ”. Sendo que essa a versão que foi submetida à avaliação pelo Comitê de Juízes.

A avaliação feita pelo Comitê de Juízes da versão de S2 foi quantificada e é apresentada nas tabelas seguintes.

Um dos juízes sugeriu que o verbo ingerir fosse substituído pelo beber, pois segundo as observações desse avaliador a mudança desse verbo facilitaria a compreensão da questão pelas camadas da população alvo de menor escolaridade, essa sugestão foi acatada pelos autores e o resultado dessa fase foi o surgimento da versão S3 da SQ: “Quantas vezes nos últimos 12 meses você bebeu X (5 se for homem ou 4 se for mulher) ou mais doses de bebida alcoólica em um dia? ”

As avaliações sobre a clareza da Questão-Chave, bem como a pontuação máxima possível e a obtida pelo somatório das respostas dos juízes sobre esse aspecto são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Avaliação dos Juízes Especialistas a respeito da clareza da tradução da Questão-Chave.

Juízes	J1	J2	J3	J4	J5	Escore Máximo	Escore Obtido
Clareza	4	4	4	4	4	20	20

Fonte: Formulário de Avaliação para o Comitê de Juízes Especialistas.

O resultado da análise de cada um dos Juízes sobre a qualidade da tradução, adaptação, uso de termos técnicos e preservação do sentido, estão apresentados na tabela 2, assim como a pontuação máxima possível e a pontuação observada pelo somatório das respostas dos juízes em cada aspecto avaliado.

Tabela 2 - Avaliação dos Juízes Especialistas a respeito da qualidade da tradução da Questão-Chave.

Juiz	J1	J2	J3	J4	J5	Escore Máximo	Escore Obtido
Tradução	3	2	3	3	3	15	14
Adaptação	2	3	3	3	3	15	14
T.Técnico	3	3	3	3	3	15	15
Sentido	3	2	3	3	3	15	14

Fonte: Formulário de Avaliação para o Comitê de Juízes Especialistas.

O IVC para clareza segundo a fórmula utilizada atingiu 100% de concordância (5/5) o que evidencia que na opinião dos juízes a sentença está clara e sem dúvidas, apresentado uma concordância perfeita. Quanto à qualidade da tradução, à adaptação e a preservação do sentido original obteve-se resultados semelhante e o IVC observado foi 80% (4/5). Quando avaliaram o emprego correto dos termos técnicos, a concordância entre os juízes foi de 100% (5/5).

O índice obtido pelo teste de *Kappa* foi de 0,83, o que sugere uma concordância ótima, muito próxima do ideal que seria 1, indicando que a concordância entre os juízes não se deu ao acaso e que estava realmente relacionada a qualidade da tradução.

$$K = \frac{17 - 2,85}{20 - 2,85} = 0,83$$

Ao final da análise de conteúdo da Questão-Chave traduzida e adaptada culturalmente para o Português obteve-se a versão final “Quantas vezes nos últimos 12 meses você bebeu X (5 se for homem ou 4 se for mulher) ou mais doses de bebida alcoólica em um dia? ”

4. Discussão

A Questão-Chave adaptada da sua versão original em inglês *Single-Question* seguiu todos os procedimentos metodológicos recomendados pela literatura internacional sobre adaptações de instrumentos⁽²⁰⁻²³⁾.

Foi necessário no seu processo de adaptação substituir o termo “ano passado” pelo seu equivalente “últimos doze meses” para facilitar a compreensão da população em incluir o ano atual para responder a Questão-Chave, o que fez surgir da versão S1 a versão S2. Essa mudança justificada para o Comitê de Juízes e foi aceita pelos membros.

Na avaliação da Questão-Chave pelo Comitê de Juízes, um dos juízes sugeriu que o verbo ingerir fosse substituído pelo verbo beber para facilitar o processo de entendimento da população com menor grau de instrução, o que foi prontamente acatado pelos autores, o que fez surgir a versão S3.

Conforme, apresentado nos resultados, a versão pré-final da Questão-Chave apresentou Índices de Validade de Conteúdos válidos e satisfatórios pela literatura⁽²⁴⁾. Quanto ao aspecto de clareza todos IVC os juízes concordaram. Nos demais itens o IVC ficou próximo da concordância unânime, o que indica que ela foi adaptada adequadamente para a cultura brasileira estando apta para ser testada para validação concorrente.

Não houve grandes mudanças sugeridas pelos juízes quanto a Questão-Chave, apenas a substituição de uma palavra por outra de mais fácil compreensão. Os resultados obtidos por meio do índice *Kappa* sugerem que houve uma boa concordância entre os juízes e que essa não se deu ao acaso⁽²⁴⁾.

5. Conclusão

Os parâmetros internacionais para tradução, adaptação e validação de instrumentos seguidos nesse estudo sugerem que a Questão-chave em sua versão para o Português falado no Brasil é considerada válida, do ponto de vista do seu conteúdo.

Estudos futuros deverão se ocupar de testar a sua validade concorrente e de construto o que pressupõe a sua aplicação na população alvo e a análise de suas qualidades psicométricas.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Strategies to reduce the harmful use of alcohol. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf. Acesso em: 20 ago. 2015.
2. Carlini EA, Galduroz JCF. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2007.
3. Organização Mundial da Saúde - OMS. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
4. Galassi AD, Alvarenga PG, Andrade AG, Couttolenc BF. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35(1):25-30.
5. Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil. Cien Saude Colet. 2014; 19(1): 27-38.
6. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. Cad Saúde Pública. 2009; 43(1):51-61.
7. Smith PC, Smith SM, Davies-Allensworth D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. J. Gen. Intern. Med. 2009; 24(7):783-788.
8. Mansur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE alcoholism screenig test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res. 1983; 16: 215-218.
9. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R., Dunn J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? J. Bras. Psiquiatr. 1997; 41(11):589-593.

10. Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ASM. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *J. Bras. Psiq.* 2012; 61(3): 117-123.
11. Fabri CE, Furtado EF, Laprega MR. Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-ACE. *Rev Saúde Pub.* 2007; 41(6): 979-984.
12. Meneses-Gaya C, Crippa JAS, Zuardi, AW, Loureiro SR, Hallak, JE, Trzesniak C, et al. The fast alcohol screening test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders. *Substance use & misuse.* 2010; 45(10): 1542-1557.
13. Kano MY, Santos MA, Pillon SC. Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(4): 649-656.
14. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patient who drinks too much: a clinician's guide. 5 Ed. Washington: NIAAA; 2005.
15. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA.* 1997; 277: 1039–1045.
16. Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Pract.* 1998. 46:328–335.
17. Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. *The Journal of family practice.* 2001; 50(4), 307-312.
18. Agabio R, Gessa GL, Montisci A, Finco G, Contu P, Bedogni G, Marchi A. Use for the screening suggested by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and of newly derived tool for the detection of unhealthy alcohol drinkers among surgical patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 2012; 73(1):126-133.
19. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev. APS.* 2012;15 (1):113-117.
20. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
21. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000; 25(24):3186-3191.
22. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, e Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research.* 2003; 27(2): 94-104.
23. Alexandre NMC, Coluci MZO. Content Validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Cien Saude Colet.* 2011;16(7): 3061-3068.

24. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33: 159-174.
25. Formiga NS. Identificação dos problemas relacionados ao uso de álcool no final de semana. *Revista de Psicologia*. 2014; 17(26), 2014: 85-97

ARTIGO 2

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CRITÉRIO DA QUESTÃO-CHAVE PARA RASTREIO DO USO DE RISCO DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EVIDENCE OF CRITERIA VALIDITY OF KEY-QUESTION FOR SCREENING HAZARDOUS ALCOHOL USE IN PRIMARY HEALTH CARE

RESUMO

Objetivo: Realizar a validação de critério da Questão-Chave (*Single-Question*) para rastreamento do uso de risco de álcool entre usuários dos serviços de atenção primária à saúde brasileiro. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico. A amostra foi composta por 518 usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde localizado na cidade de São Paulo-Brasil. Os participantes responderam à Questão-Chave que foi aplicada em conjunto com o AUDIT e AUDIT-C para a validação concorrente. **Resultados:** A Questão-Chave apresentou sensibilidade de 99 % e 54% de especificidade em relação ao AUDIT e 59% de especificidade e 99% de sensibilidade em relação ao AUDIT-C na população em geral. A acurácia foi de 77% para o AUDIT e de 81% para o AUDIT-C. Essas propriedades não tiveram seus valores influenciados pelo gênero ou outras características sócio-demográficas. **Conclusão:** Os resultados indicam que a Questão-Chave se mostrou adequada do ponto de vista psicométrico e comprovou ser tão útil e eficiente para o rastreamento do uso de risco de álcool quanto suas medidas-critério, o que subsidia seu emprego na Atenção Primária à Saúde. Assim, sugere-se que estudos futuros sejam realizados utilizando-a nos diversos serviços de saúde e outros locais em diferentes tipos de população.

Descritores: Validade dos Testes; Atenção Primária à Saúde; Estudos de Validação; Transtornos Relacionados ao Uso de álcool. Programas de rastreamento.

ABSTRACT

Objective: To achieve validation of the criteria of the Key-Question (*Single-Question*) to screen hazardous alcohol use among users of Brazilian primary health care services. **Method:** This is a methodological study. The sample consisted of 518 users of primary health care service in the city of São Paulo-Brazil. Participants answered Key-Question that was applied with AUDIT and AUDIT-C for concurrent validation. **Results:** Key-Question was sensitivity 99% and 54% specificity in relation to AUDIT and 59% specificity e 99% sensitivity in relation to AUDIT-C in the general population. The accuracy was 77% to the AUDIT and 81% to the AUDIT-C. These properties were not affected by genus or were also not affected by socio-demographic characteristics. **Conclusion:** The results indicate that Key-Question was adequate from the psychometric point of view and proved to be as useful and efficient for screening hazardous alcohol use as its criteria-measures, which subsidizes its use in primary health care. It is suggested that future studies be performed using the Key-Question in several health services and other places with different types of population.

Descriptors: Validity of Tests; Primary Health Care; Validation Studies; Alcohol Related Disorders. Screening programs.

INTRODUÇÃO

O uso prejudicial de álcool bem como os problemas decorrentes do mesmo é bastante prevalente na população brasileira.¹⁻² Dados do *Global Status Report* demonstram que no Brasil, o álcool é o causador de 8,2% de algum tipo de morbidade no sexo masculino e 3,2% no sexo feminino.³

Logo, a identificação dos padrões de uso de álcool deveria ser rotineiramente realizada durante o atendimento de saúde para fins de detecção precoce e intervenção, no entanto, apesar de recomendações dos órgãos de saúde,⁴ a literatura é categórica ao apontar o inverso, ou seja, pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool são subdiagnosticadas ou diagnosticadas na fase mais tardia do transtorno,⁵ mesmo em locais onde questões sobre prevenção de saúde e investigação do uso de álcool são legitimadas pela característica do serviço, como, por exemplo, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), cujo escopo é sobretudo a prevenção.⁵⁻⁶

Os motivos que têm explicado o subdiagnóstico do uso de risco de álcool entre os usuários da APS têm sido apontados principalmente pelo despreparo dos profissionais em identificar precocemente e realizar intervenção breve em pessoas que bebem de modo pesado ainda que ocasionalmente⁶ falta de tempo na rotina de trabalho para avaliar a padrão de uso alcoólica dos pacientes,⁷ subestimação dos maléficos do uso excessivo de álcool, associados ao ganho por produção⁷. Alie-se a isso, a ausência de instrumentos padronizados de rastreamento práticos e curtos que não necessitem tomar muito tempo do profissional e que não rastreie somente as formas mais críticas dos transtornos relacionados ao uso de álcool, mas também o beber de risco ainda que esporádico.⁸

Considerando essas barreiras para rastreamento precoce de indivíduos que fazem uso de risco de álcool é de interesse para os serviços de APS uma ferramenta de rastreamento que seja de uso rápido, prático, de baixo custo, que identifique o uso de risco de álcool ou o beber pesado episódico, que possa ser empregado por profissionais de saúde generalistas com baixa exigência de treinamentos e rapidez de interpretações. Instrumentos de rastreio com essas características são desejáveis e tem potencial de estimular seu emprego para o rastreamento do uso de álcool entre pessoas atendidas no serviço de APS.

Tendo em vista esses aspectos, em 2005 o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), órgão de saúde do governo federal americano que estuda questões sobre transtornos relacionados ao álcool⁹ passou a preconizar o rastreamento do uso de álcool empregando uma única pergunta, a *Single-Question* (SQ), para todos as pessoas que frequentem o serviço de APS naquele país.

A proposta de utilizar uma única pergunta para rastreamento de consumo alcoólico foi implantada pela primeira vez em um estudo realizado no ano de 1997,¹⁰ na qual a pergunta original era “*Have you ever had drinking problem?*” (Em tradução livre “Você já teve problemas com beber?).

Desde, então, até os dias atuais várias versões de uma única pergunta para rastreamento do uso de álcool surgiram. No entanto, dentre as várias versões criadas, a recomendada pelo NIAA (2005) é “*How many times in the past year you had X or more drinks in a day?*” Na qual o valor de X é 5 para homens e 4 para mulheres de acordo com os parâmetros de uso de risco por gênero segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde.³ O rastreamento é considerado positivo quando a resposta for uma ou mais vezes.⁹

Ressalta-se que essa versão da SQ teve sua validação psicométrica no âmbito da APS americana em um estudo envolvendo 286 usuários de APS daquele país.¹¹ E esse mesmo estudo preconiza a validação e o emprego da SQ em outros idiomas a fim de implementar o rastreamento do uso de risco de álcool nos serviços de APS em outras populações do mundo.¹¹

No Brasil, a *Single-Question* foi traduzida e adaptada culturalmente seguindo-se as diretrizes internacionais de validação de instrumentos e foi denominada de Questão-Chave (QC)¹² e apresenta-se da seguinte forma: “Quantas vezes nos últimos doze meses você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?”.¹³

Apesar de traduzida e adaptada para o Português falado no Brasil a Questão-Chave não teve suas propriedades psicométricas testadas.

Assim, diante da importância de se realizar o rastreamento precoce do uso de risco de álcool, da necessidade de haver um instrumento prático e de baixo custo para atingir esse fim e a necessidade de reunir evidências de validade da QC, esse estudo tem por objetivo realizar a validação de critério da Questão-Chave no contexto da APS brasileira, investigando suas propriedades psicométricas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico de avaliação de desempenho psicométrico da *Single-Question*, Questão-Chave (QC) na versão brasileira, cujo conteúdo já foi previamente validado para o Português.¹³

Para verificar a validade de critério da QC na população brasileira os procedimentos metodológicos adotados no estudo que validou a *Single-Question* nos serviços de APS dos Estados Unidos da América foram replicados.¹¹

Os dados foram coletados no período compreendido entre janeiro a junho de 2015 por quatro pesquisadores da equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Adições- Álcool e outras drogas – NEPEAA da Escola de Enfermagem de São Paulo, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central da cidade de São Paulo. Todos os entrevistadores foram previamente treinados para evitar viés na aplicação e na interpretação das respostas.

Foram convidados a participar do estudo usuários que buscaram o serviço no período da coleta independente do motivo, a abordagem dos mesmos se deu na sala de espera.

Participaram do estudo 518 pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, alfabetizadas, que tinham como língua mãe o Português, sem comprometimento cognitivo e que ao responder a pergunta aconselhada NIAAA (2005)⁹ que antecedia o rastreamento afirmaram fazer uso de bebidas alcoólicas. A referida questão pré-rastreamento era: “Você faz uso de bebidas alcoólica?”

Em caso de resposta negativa a pesquisa ainda continuava com esse participante, porém seus dados não foram computados nos resultados deste artigo.

Os sujeitos abordados que aceitaram participar da pesquisa acompanhavam o pesquisador até uma sala reservada cedida pela gerência da unidade a fim de garantir sigilo e privacidade durante a coleta de dados.

Após ser feita a pergunta de pré-rastreamento a próxima pergunta era QC: “Quantas vezes nos últimos doze meses você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?” em que o valor de X é 5 para homens e 4 para mulheres de acordo com os parâmetros internacionais de uso de risco de álcool.^{9,14}

Para facilitar o entendimento de qual quantidade cada tipo de bebida alcoólica contém uma dose padrão de álcool juntamente com a QC foi apresentado um encarte contendo figuras das bebidas alcoólicas mais consumidas pelos brasileiros

com a quantidade equivalente a uma dose padrão de álcool (entre 8 a 13 gramas de álcool puro).¹⁵

Adicionalmente à Questão-Chave para realização de sua validação concorrente, foi aplicado o instrumento de rastreamento AUDIT, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde que avalia o padrão de consumo de álcool do indivíduo classificando-o em quatro zonas a saber: zona I (consumo de baixo risco à saúde), zona II (uso de risco), zona III (uso nocivo) e zona IV (provável dependência).¹⁵ Por ocasião em que foi validado para o Brasil, o AUDIT apresentou sensibilidade de 87,8 % e especificidade de 81 %.¹⁶

Além do AUDIT como padrão-ouro para a validação concorrente, foi utilizada sua versão sintética, o AUDIT-C cujo rastreamento é considerado positivo a partir da pontuação 4. Esta versão em um estudo brasileiro apresentou sensibilidade de 90 % e especificidade de 83%, considerado satisfatório para rastrear o uso de risco de álcool.¹⁶

Para realizar a validade de critério foram calculadas as propriedades de sensibilidade que é capacidade de identificar casos positivos, cujos valores variam de 0 a 100% e a especificidade que é a capacidade de identificar casos negativos, variando de 0 a 100%. Ambos os índices servem para avaliar a precisão do teste.¹⁶

A proporção de acertos da QC em relação ao AUDIT e AUDIT-C foi obtida por meio do cálculo da acurácia.

Além dessas propriedades, foram calculadas a razão de verossimilhança positiva (RVP) e razão de verossimilhança negativa (RVN), que representam a probabilidade do teste em acertar o verdadeiro resultado do indivíduo depois de tê-lo classificado como positivo ou negativo.

E, para analisar a probabilidade da QC em classificar as pessoas como negativas ou positivas de modo correto foi calculada a validade preditiva negativa (VPN) e validade preditiva positiva (VPP).

Essas mesmas propriedades foram analisadas de acordo com as características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa, pois se leva em conta que a prevalência de uma condição investigada na população pode afetar a sensibilidade e especificidade de qualquer teste de rastreamento¹⁶ e que o uso de risco de álcool está associado a certas características sócio-demográficas.¹⁷

Como a QC possui um diferencial em relação ao número de doses entre os gêneros, torna-se oportuno calcular as propriedades psicométricas para a QC

segundo o gênero, pois há indícios de que o ele possa influenciar essas propriedades.¹⁸

Para verificar a correlação entre os instrumentos de rastreio utilizados nesse estudo foi usado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$ com Intervalo de Confiança (IC) de 95% para todos os testes estatísticos realizados.

Os dados foram duplamente digitados em banco de dados e analisados no *software* Estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Instituição sede do projeto recebendo o parecer número 772.025 e todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no qual consta a garantia do sigilo e anonimato das informações

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 518 sujeitos, dos quais 300 (58%) são do sexo masculino com idade média de 44 anos ($Dp \pm 15$), solteiros (44%), com o Ensino Fundamental Incompleto (30,5%), de religião católica (52,5%) e com ocupação em cargos operacionais (37,8%), cuja função é executar tarefas técnicas, que não estão associadas a gerenciamento de pessoas ou de produção.¹⁹

Com relação às respostas aos instrumentos de rastreio, dos 518 participantes, 376 (72,5%) responderam positivamente à QC, 262 (50,6%) pontuaram acima da zona I (beber de baixo risco) do AUDIT e 284 (55%) pontuaram acima do ponto de corte do AUDIT-C, ou seja, segundo a classificação desses instrumentos, apresentaram um padrão de beber que ultrapassa o uso de baixo risco, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Respostas aos instrumentos de rastreamento segundo os usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015.

INSTRUMENTO/ Classificação	N	%
AUDIT		
Zona I	253	49
Zona II	133	25.7
Zona III	35	6.7
Zona IV	97	18.6
QC		
Positivo	376	72.5
Negativo	142	27.5
AUDIT-C		
Positivo	284	55
Negativo	234	45

A QC mostrou-se mais sensível e menos específica para detecção de uso de risco de álcool quando comparada a ambos os instrumentos, conforme pode ser verificado na tabela 4.

Tabela 4 - Índices de validação concorrente da Questão-Chave, considerando-se como padrão-ouro o AUDIT e AUDIT-C N=518.

AUDIT	Acurácia 77%	IC 95%
Sensibilidade	99%	(97%,100%)
Especificidade	54%	(48%,60%)
VPP	68%	(63%,73%)
VPN	99%	(95%,100%)
RVP	2.16	(1.89, 2.47)
RVN	0.01	(0.00, 0.06)
AUDIT-C	Acurácia 81 %	IC 95%
Sensibilidade	99%	(97%,100%)
Especificidade	59%	(53%,66%)
VPP	75%	(70%,79%)
VPN	98%	(94%,100%)
RVP	2.44	(2.09, 2.85)
RVN	0.02	(0.01, 0.06)

Como a QC possui um diferencial em relação ao número de doses de álcool entre homens e mulheres esta pesquisa considerou relevante calcular os mesmos índices apresentados na tabela anterior segundo o sexo do respondente (Tabela 5)

Tabela 5 - Índices de sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança e validade preditiva da QC em relação ao AUDIT e AUDIT-C de acordo com o sexo feminino (N= 218) e masculino (N=300).

AUDIT	IC 95%	
	Feminino	Masculino
Sensibilidade	99% (93%,100%)	99% (97%,100%)
Especificidade	56% (47%, 64%)	52% (43%,61%)
VPP	55% (47%, 64%)	76% (70%,81%)
VPN	99% (93%,100%)	98% (91%,100%)
RVP	2.23 (1.85, 2.69)	2.08 (1.72, 2.50)
RVN	0.02 (0.00, 0.16)	0.01 (0.00, 0.08)
AUDIT-C	IC 95%	
	Feminino	Feminino
Sensibilidade	97% (91%,99%)	100%(97%,100%)
Especificidade	60% (51%, 69%)	58% (48%,68%)
VPP	64% (55%, 72%)	81% (75%,86%)
VPN	96% (89%,99%)	100%(92%,100%)
RVP	2.44 (1.96, 3.03)	2.4 (1.92, 3.00)
RVN	0.05 (0.02, 0.17)	0 (0.00, NaN ^a)

Legenda: ^a Sigla em inglês *Not a Number*.

Foi calculada a sensibilidade e especificidade da QC segundo às características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa. Os resultados seguem na tabela 6.

Tabela 6 - Índices de sensibilidade e especificidade da QC em relação ao AUDIT e AUDIT-C, segundo as características sócio-demográficas da amostra de usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 518).

Variável	AUDIT	IC95%
	Sensibilidade	Especificidade
Solteiro	98% (94%,100%)	60% (50%,69%)
Casado	100%(91%,100%)	51% (37%,64%)
Amasiado	100%(86%, 100%)	43 % (29%,59%)
Divorciado/Separado	100%(87%,100%)	50% (31%,69%)
Ensino Fund. Incomp.	100%(93%,100%)	64% (52%,75%)
Ensino Médio Incomp.	100%(88%,100%)	72% (53%,86%)
Sem ocupação	98%(92%,100%)	71%(58%,82%)
Cargo Operacional	100%(94%,100%)	47%(37%,57%)
Profissional Liberal	100%(52%,100%)	54%(25%,51%)
Aposentado	100%(74%,100%)	77%(56%,91%)
Outras ocupações	100%(90%,100%)	42%(25%,61%)
Católico	99%(95%,100%)	55%(46%,63%)
Outras religiões	100%(89%,100%)	51%(36%,66%)
Sem religião	100%(91%,100%)	51%(37%,64%)

Variável	AUDIT-C	IC 95%
	Sensibilidade	Especificidade
Solteiro	98% (94%,100%)	68% (58%,77%)
Casado	100%(91%,100%)	54% (40%,67%)
Amasiado	100%(88%,100%)	50% (34%,66%)
Divorciado/Separado	100%(87%,100%)	47% (28%,66%)
Ensino Fund. Incomp.	100%(93%,100%)	68% (56%,79%)
Ensino Médio Incomp.	100%(87%,100%)	64% (46%,79%)
Sem ocupação	99%(94%,100%)	70%(58%,81%)
Cargo Operacional	99%(95%,100%)	54%(44%,64%)
Profissional Liberal	100%(59%,100%)	64%(31%,89%)
Aposentado	100%(71%,100%)	71%(51%,87%)
Outras ocupações	98%(91%,100%)	46%(27%,67%)
Católico	99%(95%,100%)	62%(52%,70%)
Outras religiões	100%(90%,100%)	57%(41%,72%)
Sem religião	100%(91%,100%)	54%(40%,67%)

A correlação da QC com seus padrão-ouro foi verificada pelo coeficiente de correlação de *Pearson* e está mostrada na tabela 7.

Tabela 7 - Correlação da QC entre os instrumentos AUDIT e AUDIT-C.

Padrão-ouro	Questão-Chave (IC 95%)		
	Coeficiente de <i>Pearson</i>	Erro-padrão	N
AUDIT	0,883	0,020	518
ADUDIT-C	0,914	0,015	518

Foi também calculado o valor do coeficiente de correlação de *Pearson* entre o AUDIT e AUDIT-C cujo valor foi de 0,885.

DISCUSSÃO

Esse estudo buscou evidências da validade de critério da SQ para o uso de risco de álcool, adotando como padrão-ouro os instrumentos AUDIT e AUDIT-C. Os resultados sugerem que a QC é uma ferramenta capaz de rastrear o uso de risco de álcool no contexto da APS.

Dentre os três instrumentos de rastreamento usados nessa pesquisa, a QC foi a que mais rastreou indivíduos como positivos para o uso de risco. Isso significa que muitos indivíduos que pontuaram dentro da zona I no AUDIT ou que foram identificados como negativo para uso de risco no AUDIT-C ainda sim foram rastreados na QC como positivos.

Justamente por essa razão a QC apresentou alta sensibilidade, mostrando-se sempre mais sensível do que especifica em todos os testes realizados, o que em se tratando de rastreamento do uso de risco de álcool é preferível, uma vez que é preferível haver falsos positivos recebendo intervenção breve a falsos negativos sem receber nenhum tipo de orientação.¹⁸

A QC apresentou maior sensibilidade que o AUDIT quando por ocasião que esse instrumento foi validado no Brasil²⁰ e também mais sensível que a versão original em inglês.¹¹

Quanto ao valor da especificidade, a QC apresentou valores menores que a versão em inglês¹¹ (54 % em relação ao AUDIT e 59% em relação ao AUDIT-C), mas que são valores considerados satisfatórios pela literatura.¹⁰ O que indica que os rastreamentos negativos tenham maior chance de serem verdadeiros negativos. Em

um estudo envolvendo uma versão similar da QC em inglês também apresentou especificidade semelhante e foi considerada satisfatória (57%).¹⁰

Embora as características sociodemográficas possam alterar a prevalência e, por conseguinte, valores de sensibilidade e especificidade,²¹ a QC não apresentou grandes variabilidade nas suas propriedades de acordo com essas características.

Foram observados altos valores de correlação da QC com ambos os instrumentos comparados, no entanto a QC apresentou uma correlação maior com o AUDIT-C.

A QC apresentou bom resultado de acurácia em relação a ambos os padrão-ouro (77%-AUDIT, 81%-AUDIT-C). A acurácia maior da QC em relação o AUDIT-C está relacionado à maior taxa de acerto de classificação da QC em relação a esse instrumento do que com o AUDIT. Fato que também fez a QC ter uma correlação maior com o AUDIT-C do que com o AUDIT, superando, até mesmo, a correlação entre o AUDIT e AUDIT-C.

Analisando os valores da VPN os resultados sugerem que as pessoas com rastreamento negativo para uso de risco de álcool pela QC, a probabilidade de ser verdadeiro negativo é alta, pois seu valor foi superior ao AUDIT e AUDIT-C.¹⁷

Os valores da VPP da QC (68%-AUDIT e 75%-AUDIT-C) foi superior ao do AUDIT (34%) na ocasião em que ele foi validado para o idioma português.²⁰

Os altos valores da RVP indicam que uma pessoa rastreada como positiva para uso de álcool é mais provável ser verdadeira do que uma pessoa ser falso positivo.²¹

Quanto aos baixos valores da RVN estão dentro do ideal, pois nesse caso uma pessoa rastreada como negativa para uso de risco de álcool é mais provável de ser verdadeiro do que um falso negativo.²¹

Levando-se em conta que o sexo feminino está cada vez mais consumindo álcool,¹⁸ o que aumenta a propensão a fazer uso de risco, a QC possui uma vantagem em relação aos demais instrumentos de rastreamentos validados no Brasil, ao considerar diferentes números de doses para homens e mulheres.

Assim, a QC pode rastrear maior número de mulheres que os outros instrumentos que equiparam o número de doses máximas de mulheres ao número máximo de doses para homens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A validação de critério da QC apresentou valores desejáveis de VPN, VPP, acurácia, sensibilidade e especificidade. A QC revelou-se ser mais sensível do que específica, mesmo quando comparada com seus instrumentos de validação concorrente.

As propriedades psicométricas da QC não apresentaram grandes oscilações de valores em função do sexo ou de outras características sociodemográficas.

Uma limitação pode ter acontecido devido ao período de coleta de dados ter iniciado durante o mês de janeiro, pois respostas afirmativas à QC podem ter corrido pelo período após festejos natalinos e de *reveillion*, que por se tratar de comemorações em nível mundial as pessoas tendem a ingerir álcool de modo intoxicante. Contexto esse que talvez seja questionado por alguns profissionais da área que podem não caracterizar esse episódio isolado como prática de ingestão de risco.

Outras limitações do estudo podem estar associadas às respostas negativas à QC devido ao viés de memória dos respondentes da pesquisa. Apesar disso, os instrumentos de rastreamento, mesmo os autoaplicáveis ou de autorrelato são considerados pela literatura como confiáveis.¹⁸

A QC foi validada para a população adulta geral que frequenta os serviços de APS, porém não foi utilizada em outras populações como adolescentes, população rural, pessoas hospitalizadas, povos indígenas, quilombolas, imigrantes, entre outros, portanto, recomenda-se a realização de futuros estudos para a aferição de suas propriedades psicométricas nesses grupos específicos.

Os procedimentos empregados nesse estudo sugerem que a QC possui validade de critério e está apta para ser utilizada no contexto da Atenção Primária em Saúde para o rastreio do uso de risco de álcool em língua Portuguesa, uma vez que suas propriedades psicométricas são comparáveis aos de instrumentos de rastreio mais extensos, dentre eles o mais utilizado na atualidade para essa finalidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Garcia LP, Freitas LRS. Consumo Abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2015; 24(2): 227-237.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não-transmissíveis e promoção à saúde. *Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 136.
- 3- Organização Mundial da Saúde - OMS. *Global status report on alcohol and health*. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
- 4- Pereira MO. *et al.* Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(3):420-428.
- 5- Taufick MLC. *et al.* Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(2): 427-432, 2014.
- 6- Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Cad Saúde Pública.* 2009; 43(1):51-61.
- 7- Laport TJ, Costa PHA, Mota DCB, Ronzani TM. Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2016; 32(1):143-150.
- 8- Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL *et al.* Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2011; 15(37):.573-85.
- 9- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping patient who drinks too much: a clinician’s guide*. 5 Ed. Washington: NIAAA; 2005.
- 10- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, *et al.* Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA.* 1997; 277: 1039–1045.
- 11- Smith PC, Smith SM, Davies-Allensworth D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J. Gen. Intern. Med.* 2009; 24(7):783-788.
- 12- Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol.* 1995;24(2):61-3.
- 13- Maciel MED, Vagas D. Adaptação cultural e validação de conteúdo da pergunta-chave para rastreamento de uso abusivo de álcool. In: *Anais do I Simpósio Internacional de Enfermagem em Adições*, 2015. São Paulo, Brasil. São Paulo: NEPEAA.

- 14- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013 [acesso em 31 maio 2016]. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf.
- 15- Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010; 32(3): 231-241.
- 16- Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(3): 497-509.
- 17- Meneses-Gaya C. Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2011. 236 p.
- 18- Oliveira JB. A questão do gênero na avaliação da eficácia de instrumentos de detecção de uso nocivo de álcool em um estudo populacional na região metropolitana de São Paulo – um recorte do projeto GENACIS. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2010. 170 p.
- 19- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [acesso em 16 dez 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>.
- 20- Mendéz EB. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 1999.
- 21- Mealing NM, Banks E, Jorm LR, Steel DG, Clements MS, Rogers KD. Investigation of relative risk estimates from studies of the same population with contrasting response rates and designs. *BMC Medical Research Methodology.* 2010; 10 (1): 26-32.

ARTIGO 3

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA CIDADE DE SÃO PAULO**
**PATTERNS OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG USERS OF PRIMARY
HEALTH CARE SERVICE IN CITY OF SÃO PAULO**

Resumo

Objetivo: Identificar o padrão de consumo de álcool de usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde localizada na cidade de São Paulo. **Método:** Trata-se de um estudo transversal que teve a participação de 859 usuários do serviço da Atenção Primária à Saúde. Para a coleta de dados utilizou-se o AUDIT e um questionário com informações sociodemográficas. Na análise estatística empregou-se o teste qui-quadrado ou Exato de Fisher e a regressão logística. **Resultados:** Observou-se que 68.9% dos usuários faziam uso de baixo risco de álcool e 31.1% faziam uso problemático do álcool, dos quais 49.8% uso de risco, 38.7% uso nocivo e 11.5% provável dependência. As características associadas ao uso de risco foram sexo masculino, estado civil divorciado ou separado e ser mais jovem. **Conclusão:** Percentual significativo dos usuários apresentou padrões de uso de álcool acima do baixo risco, o que não pode ser ignorado pelos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, demonstrando, assim, a necessidade de implantação de rotina para rastreamento e medidas de prevenção e intervenção ao uso de risco de álcool nesse ambiente que se configura como a porta de entrada do indivíduo no sistema público de saúde do país.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Transtornos Relacionados ao Uso de álcool. Programas de rastreamento.

Abstract

Objective: To identify alcohol consumption patterns among users of a primary health care service in the city of São Paulo. **Method:** This is a cross-sectional study involving 859 users of the primary health care service. For investigation the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) was used with social-demographic questionnaire. For statistical analysis the chi-square or Fisher exact Test and logistic regression tests were used. **Results:** It was observed that 68.9% were low risk users and 31.1% had problematic alcohol use, of which 49.8% were risk case, 38.7% were harmful case and 11.5% probable dependence. The characteristics associated with the use of risk were male, divorced or separated marital status and younger. **Conclusion:** Significant proportion of users showed patterns of alcohol use above the low risk, which cannot be neglected by primary health care services, thus demonstrating the need for implantation of routine for screening and prevention and intervention for hazardous alcohol use in this setting that is configured as the entry door of the user in the public health system of the country.

Descriptors: Primary Health Care; Alcohol Related Disorders. Screening Programs.

INTRODUÇÃO

O uso de risco de álcool é definido como um padrão de consumo intermediário entre o beber moderado (ingestão de baixo risco à saúde) e a dependência alcoólica, o qual causa diversos prejuízos individuais e sociais.¹ Apesar de ser reconhecidamente perigoso para a saúde individual e coletiva, esse padrão de beber possui muitos adeptos na população em geral e atualmente não está restrito somente ao sexo masculino, pois há tendência de aumento no número de mulheres que fazem esse tipo de ingestão.²⁻³ Outro dado alarmante é que o início do consumo de álcool tem se dado de modo cada vez mais precoce entre a população brasileira.³

Para esse cenário, ações de saúde pública voltadas para a prevenção e educação em saúde se tornam estratégias relevantes para reduzir o consumo de risco de álcool.

Nesse contexto, o local de saúde ideal para o emprego dessas estratégias é a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que seu escopo principal é a execução de medidas de promoção e proteção à saúde.⁴

Para tanto, uma das medidas essenciais aos serviços de APS no Brasil é trabalhar sob a ótica da oferta programada em saúde em detrimento da demanda espontânea, assim o serviço de saúde adquire um caráter preventivo e consegue atingir a demanda reprimida, ou seja, aquela população que possui necessidades de intervenção, mas não as reconhece como essenciais.⁴ Para isso, a unidade de saúde deve conhecer o perfil de saúde/doença da comunidade onde o serviço está inserido para programar uma oferta de saúde adequada as necessidades da população que atendem.⁵

Seguindo essa lógica, no caso do consumo de álcool é essencial que os profissionais de saúde da APS conheçam o perfil desse consumo pelos frequentadores de seus serviços para poder implementar ações conforme a realidade comunitária.⁶

Nesse panorama a APS se configura como um campo profícuo e legítimo para a prática de rastreamento do uso de álcool dos seus usuários com vistas à identificação do uso de risco de álcool e qual perfil de usuários esse tipo de uso está associado a fim de intervir por meio de atividades de nível de prevenção primária e secundária.

Assim, tendo por base esses fatos e a escassez de trabalhos sobre o consumo de álcool entre pessoas atendidas no âmbito da APS brasileira⁷ essa pesquisa tem por objetivo identificar o padrão de consumo de álcool de usuários de um serviço de APS localizada na cidade de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que recebeu aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número de parecer 772.025.

O estudo foi conduzido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada região central da cidade de São Paulo nos turnos matutino e vespertino, no período de janeiro a junho de 2015.

Foram incluídos na amostra usuários da UBS maiores de idade, de ambos os sexos, brasileiros, alfabetizados que no momento da coleta de dados estavam aguardando por algum tipo de atendimento e que não apresentavam comprometimento cognitivo ou incapacidade mental perceptível que impossibilitasse o seu entendimento sobre a pesquisa. Todos aqueles que não se enquadraram nesses critérios, bem como aqueles que não aceitaram voluntariamente participar da pesquisa foram excluídos da amostra.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido–TCLE.

Para fins de cálculo de tamanho amostral estabeleceu-se o valor de 22% de prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool na população de usuários de APS com base em uma pesquisa desenvolvida em ambiente semelhante, dos quais 10% eram uso de risco, 10% estavam em provável dependência alcoólica e 2% eram de uso nocivo conforme a classificação do AUDIT.⁸⁻⁹

Após definido esses parâmetros obteve-se um número mínimo de 264 sujeitos para garantir uma amostra representativa de pessoas com transtornos de uso de álcool que frequentam a APS no Brasil.

Os dados foram coletados por 4 pesquisadores treinados em uma sala reservada cedida pela gerência da unidade, onde permaneciam apenas o pesquisador e o participante a fim de garantir sigilo e privacidade.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário sóciodemográfico e o AUDIT, uma ferramenta de rastreamento do uso de álcool desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, sendo a mais usada no ambiente de APS em nível mundial devido aos seus bons parâmetros psicométricos.¹⁰

O AUDIT é um questionário autoaplicável composto por 10 itens: os três primeiros avaliam quantidade, frequência e intoxicação alcoólica; os três seguintes, sintomas de dependência; e os quatro últimos avaliam o risco de consequências danosas à pessoa. Cada opção de resposta possui um valor que varia de 0 a 4 e de acordo com a pontuação obtida pelo indivíduo ele pode ser classificado em 4 tipos de zona que descrevem o seu padrão de ingestão de álcool: Zona I uso de baixo risco até 7 pontos, Zona II uso de risco de 8 a 15 pontos, Zona III uso nocivo de 16 a 19 pontos e Zona IV indicativo de provável dependência para 20 pontos ou mais.¹¹

Foram realizadas análises de distribuição das frequências relativas e absolutas, calculadas a relação entre variáveis e padrão de beber pelo teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher ao nível de significância de 0,05.

Para verificar nível de associação entre as variáveis e o consumo de álcool foi realizada análise por meio de regressão logística bem como a chance do consumo de problemático por *odds ratio*.

O nível de significância adotado foi de 5%. As estatísticas com valor-*p* menor ou igual 0,05 foram consideradas significantes. O intervalo de confiança adotado foi de 95 % e a margem de erro adotada de 5% conforme preconizado pela literatura.⁹

Os dados obtidos foram duplamente digitados em banco de dados elaborado no *software* Excel e analisado no *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 13.0*.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 910 pessoas, desses 51 foram excluídos devido à respostas incompletas a pesquisa; logo, foram considerados como amostra válida 859 pessoas. Dentre essas, a maioria era do sexo masculino (53%), de meia idade (44 anos, $Dp \pm 15$), solteiro (41.8%) com Ensino Médio Incompleto (33.4%), empregado em cargo operacional (37.5%) e de religião católica (52.5%).

Quanto ao padrão do uso de álcool da amostra selecionada de acordo com os escores obtidos no AUDIT, observou-se que 68.9% dos participantes foram

classificadas na zona I, 15.5% na zona II, 4.1% na zona III e 11.5% na zona IV. A maior prevalência de abstinência ou uso de baixo risco (Zona I do AUDIT) foi encontrada em indivíduos do sexo feminino, com ensino superior completo, viúvos e evangélicos.

A classificação dos usuários pelas respostas ao AUDIT e segundo as variáveis de estudo encontra-se apresentada na tabela 8.

Tabela 8 - Classificação do uso de álcool pelo AUDIT segundo as características sócio-demográficas dos usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 859).

Variáveis		Zonas AUDIT									
		1		2		3		4		p	
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Total		592	68.9	133	15.5	35	4.1	99	11.5		
Sexo	Masculino	269	59.1%	80	17.6%	25	5.5%	81	17.8%	0.000	
	Feminino	323	80.0%	53	13.1%	10	2.5%	18	4.5%		
Escolaridade	EF incompleto	184	67.9%	35	12.9%	15	5.5%	37	13.7%	0.167	
	EF completo	157	68.6%	32	14.0%	9	3.9%	31	13.5%		
	EM Incompleto	193	67.2%	56	19.5%	10	3.5%	28	9.8%		
	ES completo	58	80.6%	10	13.9%	1	1.4%	3	4.2%		
	Nenhuma	140	60.3%	38	16.4%	5	2.2%	49	21.1%		0.001
	Estudante	8	66.7%	2	16.7%	1	8.3%	1	8.3%		
Ocupação ^a	Cargos operacionais ^b	237	73.6%	49	15.2%	18	5.6%	18	5.6%		
	Cargos administrativos ^c	16	80.0%	2	10.0%	1	5.0%	1	5.0%		
	Cargos de chefia	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
	Profissional liberal	28	75.7%	6	16.2%	1	2.7%	2	5.4%		
	Aposentado	71	78.0%	12	13.2%	3	3.3%	5	5.5%		
	Outros ^d	86	61.9%	24	17.3%	6	4.3%	23	16.5%		
Estado civil	Solteiro	227	63.2%	60	16.7%	14	3.9%	58	16.2%	0.000	
	Casado	182	78.4%	35	15.1%	9	3.9%	6	2.6%		
	Divorciado/Sep.	63	60.0%	17	16.2%	4	3.8%	21	20.0%		
	Viúvo	26	81.3%	4	12.5%	0	0.0%	2	6.3%		
	Amasiado	94	71.7%	17	12.9%	8	5.6%	12	9.8%		
Religião	Católico	302	67.0%	71	15.7%	20	4.4%	58	12.9%	0.83	
	Evangélico	153	78.0%	18	9.2%	6	3.1%	19	9.7%		
	Espírita	28	70.0%	7	17.5%	1	2.5%	4	10.0%		
	Outras religiões ^e	11	73.3%	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%		
	Sem religião	98	62.5%	33	21.0%	8	5.1%	18	11.4%		

Legenda: ^a A definição de ocupação nessa pesquisa é a utilizada pelo IBGE¹² que é o cargo, função, profissão ou ofício exercido pela pessoa.

^b Cargos cuja função é executar tarefas técnicas, que não estão associadas a gerenciamento de pessoas ou de produção.¹²

^c Postos de trabalho em que se exerce funções administrativas/burocráticas de um setor ou repartição do órgão.¹²

^d Ocupação de camelô, ambulante e prestador de serviço sem vínculo empregatício formal.

^e Religiões não derivadas do cristianismo.

De acordo com o valor de p apresentado na tabela 1 verifica-se que as variáveis associadas ao consumo de álcool são sexo, ocupação e estado civil.

Assim, analisou-se por meio de regressão logística se essa associação entre esse padrão de consumo problemático de álcool (classificação nas Zonas II, III e IV do AUDIT) e as variáveis: sexo, estado civil e ocupação são significativas e incluiu-se a variável idade. O resultado é apresentado o na Tabela 9.

Tabela 9 - Regressão logística, análise da relação entre a classificação na Zona II, III e IV do AUDIT com as variáveis significativas no estudo segundo os usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 859).

Variável	P	OR	IC 95%	
Sexo				
Masculino	0.000	3.651	2.641	5.048
Feminino				
Ocupação	0.562			
Estudante	0.746	1.228	0.355	4.252
Cargo operacional	0.644	0.914	0.625	1.337
Cargo administrativo	0.313	0.584	0.205	1.661
Chefia	0.844	1.209	0.182	8.029
Profissional liberal	0.602	0.806	0.358	1.815
Aposentado	0.723	0.890	0.467	1.696
Outros	0.135	1.450	0.890	2.360
Estado Civil	0.016			
Casado	0.086	0.714	0.486	1.049
Divorciado/separado	0.033	1.715	1.044	2.818
Viúvo	0.341	0.663	0.284	1.546
Amasiado	0.475	1.176	0.754	1.834
Religião	0.124			
Católico	0.165	0.748	0.497	1.127
Evangélico	0.016	0.559	0.348	0.897
Espírita	0.227	0.617	0.282	1.351
Outras religiões	0.465	1.964	0.321	12.021
Idade	0.000	0.961	0.949	0.974
Constante	0.000	3.560		

Conforme mostrado na tabela 2, os maiores preditores para a classificação nas zonas II, III e IV foram encontrados em indivíduos do sexo masculino, pois homens têm cerca de 3.6 vezes mais chances de pontuarem acima da zona de beber de baixo risco, divorciado ou separado cerca de 71.5 mais chances e a associação inversa é verificada com a idade, pois a chance de pontuar acima da zona I diminui cerca de 3.9 % a cada ano de vida.

A associação entre as demais variáveis não foi estatisticamente significativa.

A relação entre idade média e pontuação nas Zonas do AUDIT foi calculada por meio da estatística descritiva e o resultado está na Tabela 10.

Tabela 10 - Idade média e classificação nas Zonas do AUDIT segundo os usuários da UBS, São Paulo/SP, 2015 (N= 859).

Zona AUDIT	N	Idade Média	Desvio Padrão	Mediana	Idade Mínima	Idade Máxima
1	592	45.19	15.632	44.50	20	79
2	133	39.95	14.729	38.00	18	78
3	35	40.51	14.742	38.00	18	77
4	99	44.09	11.245	45.00	28	77
2 – 4	267	41.56	13.632	41.00	18	78

Valor de $p = 0.001$.

DISCUSSÃO

Apesar da maioria dos participantes serem classificados como bebedores de baixo risco (68.9%), esse estudo detectou a prevalência de beber problemático (classificação nas Zonas II, III e IV do AUDIT) em 31.1% da amostra, percentual idêntico ao estudo com usuários de uma ESF localizada na cidade do Rio de Janeiro- RJ/Brasil, que foi de 31 %.¹³

Casos sugestivos de dependência alcoólica (Zona IV do AUDIT) foi identificado em 11.5% da amostra, mais uma vez percentual semelhante ao índice estimado para nível nacional (12.3%) e ao que foi verificado em outros estudos envolvendo usuários de APS.^{8,14-15}

Com relação ao sexo dos participantes houve uma tendência a equilíbrio entre os gêneros, com discreta predominância do sexo masculino, fato raro, observado em apenas um estudo que comparava usuários de APS de cidades no

estado de Minas Gerais¹⁵, já que no país o sexo feminino se afirma como maioria entre os usuários de APS⁵ o que pode ter influenciado no percentual total de beber problemático dessa amostra, haja vista que neste estudo esse padrão de ingestão de álcool esteve fortemente associado ao sexo masculino bem como em outros estudos prévios.^{2,13,16}

Este resultado também é corroborado pelos achados do II Levantamento Domiciliar realizado no país, que mostrou que de cada quatro pessoas do sexo masculino que fazem uso de álcool na vida no Brasil, uma se tornará dependente. E, para o sexo feminino essa proporção é de dez para uma.¹⁷

É fato que homens por razões culturais e sociais são estimulados a consumirem álcool em proporções abusivas.⁸ Nesse contexto, elenca-se a importância do desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para a prevenção do uso de risco de álcool voltadas para as especificidades de cada gênero.

Além de pessoas do sexo masculino, o beber problemático foi associado estatística e significativamente a pessoas com média de idade mais jovem que a média de idade amostral de 44 anos. A menor média de idade (39,95 anos) pertence ao grupo de pessoas que pontuaram na Zona II do AUDIT (uso de risco) e essa média de idade se eleva gradativamente até ao grupo de pessoas da Zona IV (provável dependência) (44,09anos), logo se deduz que o indivíduo ainda jovem que faz uso de risco percorrem um percurso reto até tornar-se dependente de álcool.

Se por um lado o beber problemático está associado a pessoas mais jovens, o inverso também é verdadeiro, já que o grupo de maior média de idade (45.19 anos) foi o de pessoas classificadas na Zona I do AUDIT (baixo risco à saúde). Esse resultado não surpreende, pois de longa data, desde o I Levantamento sobre os padrões de consumo do álcool na população brasileira até pesquisas mais atuais, a abstinência alcoólica é cerca de 79% maior entre os brasileiros de 60.¹⁹

Outra característica que foi associado ao beber de risco foi o estado civil divorciado ou separado, semelhante com outro estudo.¹⁷ Essa condição pode estar relacionada ao desgaste emocional que uma separação pode causar na pessoa e que para amenizar esse fato ela tende a consumir álcool além do limite de beber moderado.

As variáveis, religião, ocupação e escolaridade se mostraram neutras em relação ao padrão de uso de álcool.

No entanto, verifica-se que as pessoas que pontuaram na Zona IV (provável dependência) eram em sua maioria do sexo masculino, sem ocupação, com ensino fundamental incompleto, de estado civil solteira e de religião católica o que pode ser uma causalidade reversa, ou seja, o uso de álcool pode ter causado algumas situações como o desemprego e abandono aos estudos.²⁰

Essa pesquisa possui como possíveis limitações a não sistematização do grupo amostral, uma possível subamostra de mulheres que frequentam a UBS pesquisada, já que em nível nacional a predominância de usuários é do sexo feminino, o que pode ter ocorrido pela possibilidade de viés de amostra e pelo fato de ter sido realizada em uma única unidade básica de saúde, o que não permite a generalização dos resultados.

Por outro lado, destaca-se a importância de realizar estudos dessa natureza nos serviços de saúde, que são escassos,⁷ já que são capazes de identificar um número considerável de pessoas que usam álcool de modo prejudicial à saúde e que frequentam o serviço de APS.

Adicionalmente, o estudo facilita a tomada de conhecimento das características associada ao consumo de risco pelo profissional de saúde que a partir de então, pode ter subsídios para intervir na causa exata, por exemplo, em relação ao sexo masculino o profissional pode desconstruir a cultura de que o homem viril tem que beber excessivamente.²

Assim, enfoca-se a relevância do papel da APS em estar rastreando o consumo do uso de álcool de seus usuários e promover as medidas de prevenção através da intervenção breve e encaminhamentos quando necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo identificar o padrão de consumo de álcool de usuários de um serviço de APS localizada na cidade de São Paulo, o qual foi verificado ser na grande maioria de baixo risco à saúde, mas há uma parcela que não pode ser prescindida de usuários com padrão de beber acima da Zona I AUDIT (baixo risco à Saúde).

O estudo evidenciou que as variáveis: gênero, idade e estado civil estão relacionadas ao beber de risco.

Verifica-se que a média de idade dos indivíduos que foram classificados em zonas progressivas indicativas de problemas relacionados ao álcool aumenta gradativamente o que sugere que há uma evolução na quantidade de ingestão de álcool dada a não detecção precoce e a ausência de informação sobre os transtornos relacionados ao uso de álcool.

Diante desse fato, reitera-se a necessidade da implantação de rastreamento do uso de álcool nos serviços de APS uma vez que esses serviços se configuram como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Reisdorfer E, Delziovo CR, Silva Gherardi-Donato EC, Moretti-Pires RO. Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2016; 12(4), 214-221.
- 2- Guimarães FJ, Fernandes AFC, Pagliuca LMF. Intervenções para enfrentamento do abuso de álcool: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2016;17(3), 1-11.
- 3- Garcia LP, Freitas LRS. Consumo Abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2015; 24(2): 227-237.
- 4- Pereira MO. *et al.* Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(3):420-428.
- 5- Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2011; 6(20): 175-81.
- 6- Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Anjos SMD. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Revista Cien Saude Colet.* 2015; 20(6): 1869-1878.
- 7- Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(1): 27-38.
- 8- Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Cad. Saúde Col.* 2014; 19(1):17-25.
- 9- Miot Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J. vasc. bras.* 2011; 10(4): 275-278.

- 10- Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Rev. APS. 2012;15 (1):113-117.
- 11- Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: Roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2008.
- 12- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [acesso em 16 dez 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>.
- 13- Abreu AMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):291-5
- 14- Formiga NS. Identificação dos problemas relacionados ao uso de álcool no final de semana. Revista de Psicologia. 2014; 17(26), 2014: 85-97.
- 15- Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de atenção primária à saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Rev Bras Epidemiol. 2007;10(4):637-47.
- 16- Taufick MLC, Evangelista LA, Silva M, Oliveira LCM. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária a saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2014; 30(2): 427-432.
- 17- Carlini EA, Galduroz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. [site da Internet]. [acessado 2016 dez 13]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>.
- 18- Jomar RT, Fonseca VAO, Abreu AMM, Griep RH. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. J Bras Psiquiatr. 2015; 64 (1):55-62.
- 19- Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. [site da Internet]. [acessado 2016 out 13]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>.
- 20- Bortolozzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig R. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. Cien Saude Colet 2010; 15(3):679-685.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo principal realizar a tradução, adaptação cultural e validação da Questão-Chave-QC (*Single-Question*) em português para o rastreamento do uso de risco de álcool no ambiente da APS seguindo as diretrizes internacionais para validação de instrumentos psicométricos.

Durante o processo por se tratar de um item único não houve grandes discrepâncias em relação a sua tradução e obtenção da equivalência idiomática no julgamento realizado pelo Comitê de Juízes Especialistas.

Na fase de pré-teste a QC se mostrou compreensível e na fase de estudo piloto apresentou o valor máximo para a capacidade de reprodutibilidade.

Para a fase de validação de critério, a QC apresentou propriedades de sensibilidade e especificidade adequadas, além de bons valores de VPN, VPP, RVN, RVP e acurácia em relação às medidas-critério escolhidas (AUDIT e AUDIT-C).

A QC demonstrou ser mais sensível que seus padrões-ouro (AUDIT e AUDIT-C), para identificar o uso de risco de álcool. Isso significa que muitos indivíduos não rastreados no AUDIT ou no AUDIT-C foram rastreados na QC como usuários de risco, o que permite maior oportunidade para atividades de prevenção.

Esse fato pode estar relacionado à distinção de doses de risco entre os gêneros que a QC faz, enquanto que os demais instrumentos de rastreamento não o fazem. Logo, essa distinção permite que a QC identifique maior número de mulheres que em outros instrumentos elas podem ser classificadas como negativo para uso de risco.

Acredita-se também que a alta sensibilidade pode estar relacionada ao fato de considerar como positivo para uso de risco um único episódio de beber pesado, haja vista que existe uma parcela da população brasileira que por razões culturais/festivas pode praticar o beber pesado esporádico.

Diante desses resultados, a QC apresentou evidências de validade de critério provando ser capaz de realizar rastreamento do uso de risco de álcool tanto quanto suas medidas-critério.

Esse estudo apresenta algumas limitações, pois pode ter ocorrido nas respostas negativas à QC um viés de memória dos respondentes à pesquisa, já que se trata de uma indagação que se refere a um período de um ano. Apesar disso, os

instrumentos de rastreamento, mesmo os autoaplicáveis ou de autorrelato podem ser considerados como confiáveis (Oliveira, 2010).

Sobre os dados de associações entre as variáveis e uso de álcool não podem ser generalizados para outras populações, pois não houve uma amostra representativa em todas as categorias de variáveis percorridas no corpo desse trabalho para realização de pesquisa do tipo levantamento epidemiológico, além da probabilidade de ter ocorrido viés de causalidade reversa.

Ressalta-se que a QC foi validada para a população adulta geral, porém não foi utilizada em públicos especiais como adolescentes, população rural, povos indígenas, quilombolas e estrangeiros radicados no Brasil, portanto, recomenda-se que sejam feitos estudos com essa população para a aferição de suas propriedades psicométricas nesses grupos e também em outros contextos, como em serviços de saúde mental, pronto-socorro, entre outros.

Acredita-se que com a validação da *Single-Question* para o idioma português do Brasil possa ser uma forma de incentivar os profissionais de saúde que atuam na APS a tomar como rotina o rastreamento do uso de álcool entre os usuários para uma intervenção breve precoce, haja vista que se trata de um instrumento de fácil e rápido uso, de baixo custo e não requerer treinamento ou algum domínio específico; vindo de encontro as grandes demandas de atendimentos nos serviços de saúde e, conforme, apontado por esta pesquisa há uma expressiva parcela da população que faz uso de risco de álcool e necessita de intervenção.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abreu AMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):291-5.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004; 57:30-39.
- Agabio R, Gessa GL, Montisci A, Finco G, Contu P, Bedogni G, et al A. Use for the screening suggested by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and of newly derived tool for the detection of unhealthy alcohol drinkers among surgical patients. *J Stud Alcohol Drugs.* 2012; 73(1):126-33.
- Agabio R, Nioi M, Serra C, Valle P, Gessa GL. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. *Alcohol Alcohol.* 2006; 41(3):341-344.
- Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam. Pract.* 2003; 20(3):270-275.
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(7):3061-8.
- Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- Amaral RA, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus capital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(3):156-163.
- American Psychiatric Association- APA. *DSM –V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 5 Edição: Washigton; 2013.
- Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ.* 2008;86(4): 317-319.
- Arborelius E, Damström-Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Fam. Pract.* 1995; 12(4):419-22, 1995.
- Babor TF, Higgings-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária.* Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.

Babor TH, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Genebra: OMS; 1992.

Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: Roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2008.

Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT, the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 12 Ed. Genebra: OMS; 2001.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24):3186-91.

Bischof, G, Reinhardt S, Grothues J, Dybek I, Meyer C, Hapke U, et al. Effects of item sequence on the performance of the AUDIT in general practices. *Drug Alcohol Depend*. 2007;79:373–377.

Bortoluzzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehring RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Cien. e Saúde Colet*. 2010; 15(3):679-85.

Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007; 31:1208–1217.

Bradley KA, Kivlahan DR, Bush KR, McDonell MB, Fihn SD. Variations on the CAGE alcohol screening questionnaire: strengths and limitations in VA general medical patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001; 25(10):1472-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 / GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Anexo I. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: 09 jan. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não-transmissíveis e promoção à saúde. *Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 136.

Câmara FP. *Psiquiatria e estatística VI: fundamentos dos testes diagnósticos - parte I*. *Psychiatric on line Brazil*. 2009; 14(5): 15-20.

Canagasaby A, Vinson DC. Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quantity–frequency questions. *Alcohol and Alcoholism*. 2005; 40(3): 208-213.

Carlini EA, Galduroz JCF. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2007.

Castaldelli-Maia JM, Silveira CM, Siu ER, Wang YP, Milhorança IA, Alexandrino-Silva C, et al. DSM-5 latent classes of alcohol users in a population-based sample: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Drug and Alcohol Depend.* 2014; 136:92-9.

Cherpitel CJ, Ye Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 97:226-30.

Chiodo LM, Delaney-Black V, Sokol RJ, Janisse J, Pardo Y, Hannigan JH. Increased Cut-Point of the TACER-3 Screen Reduces False Positives Without Losing Sensitivity in Predicting Risk Alcohol Drinking in Pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014; 38(5):1401-8.

Chishinga N, Kinyanda E, Weiss HA, Patel V, Ayles H, Seedat S. Validation of brief screening tools for depressive and alcohol use disorders among TB and HIV patients in primary care in Zambia. *BMC psychiatry.* 2011; 11(1):75-9.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1): 456-67.

Conto F, Saraiva SAL. Ampliação do acesso e cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis. *Revista de Saúde Pública de Florianópolis.* 2016; 3: 13-17.

Correa SMBB. Probabilidade e estatística. 2.ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual; 2006.

Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33(5):325–31.

Dawson DA, Grant BF, Stinson FS. The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry.* 2005; 46(6):405-16.

Escohotado A. Historia elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama; 2003.

Fabri CE, Furtado EF, Laprega MR. Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-ACE. *Rev Saúde Pub.* 2007; 41(6):979-84.

Fabri CE. Desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T- ACE) [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; 2001.

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Anjos SMD. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(6):1869-78.

Field A. Descobrindo a estatística usando o SPSS-2. São Paulo: Bookman; 2009.

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica paradespendentes de álcool no hospital geral? J Bras Psiqu. 1997; 41(11):589-93.

Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA. 1997; 277(13):1039-45.

Folha de São Paulo. Edição Digital de 02.03.15 Disponível em : <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/03/1596779-veja-as-manchetes-dos-principais-jornais-desta-segunda-feira.shtml> . Acesso em : 28 abr. 2015.

Fonseca R, Silva P, Silva R. Acordo inter-juízes: o caso do coeficiente kappa. Laboratório de Psicologia. 2013; 5(1):81-90.

Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. Interface - Comunic. Saude Educ. 2011; 15(37): 573-85.

Formiga NS. Identificação dos problemas relacionados ao uso de álcool no final de semana. Revista de Psicologia. 2014; 17(26), 2014: 85-97.

Formigoni MLOS. A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira. São Paulo: Lemos, 1992. 210p.

Frank D, DeBenedetti AF, Volk, RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. J Gen Intern Med. 2008; 23(6):781-7.

Freitas ICM, Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad Saúde Pública. 2011; 27(10): 2021-31.

Gallassi AD, Alvarenga P, Andrade AG, Couttolenc BF. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. Rev Psiqu Clin. 2008;35:25-30.

Garcia LP, Freitas LRS. Consumo Abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de 2013. Epidemiol. Serv Saúde. Brasília. 2015; 24(2):227-37.

Gauche P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. Alcohol Clin Exp Res. 2005; (29)11:2001-7.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorell S, Senna MCM, Fausto MCR; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):34-46.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measure: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993. 46(12):1417-32.

Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61-3.

Guimarães FJ, Fernandes AFC, Pagliuca LMF. Intervenções para enfrentamento do abuso de álcool: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2016;17(3):1-11.

Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):314-25.

Hamblenton RK. Issues, designer and technical guidelines for adapting into multiple languages and cultures. In: Hamblenton RK, Merenda PS, Spielberg CD, organizadores. *Dapting educational test and psychological test for cross-culture assessment*. CD. Edir: Lawrence Erlbaum Associates; 2005.

Hauck Filho N, Teixeira MAP. Funcionamento Diferencial do Item no Alcohol Use Disorders Identification Test. *Avaliação Psicológica*. 2013; 12(1):19-25.

Henrinque IFS, DE Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2):199-206.

Holmqvist M, Bentsen P, Spak F, Rommelsjo A, Geirsson M, Nilsen P. Asking patients about their drinking: A National survey among primary health care physicians and nurses in Sweeden. *Addictive Behaviors*. 2008; 33(1):301-14.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. PNAD. 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>. Acesso: 31 maio 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [acesso em 16 dez 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>.

Jerome HJ. The concept of dependence: Historical Reflections. *Alcohol Health and Research World*. 1993; 17:188-90.

Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(1):27-38.

Jomar RT, Fonseca VAO, Abreu AMM, Griep RH. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *J Bras Psiquiatr*. 2015; 64(1):55-62.

Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Rev APS. 2012;15(1):113-7.

Junqueira MAB. Intervenção Breve para os problemas relacionados ao uso de álcool: avaliação de atitudes entre os estudantes de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2010. 158 p.

Kaner EF, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Deluca P, Drumond C, et al. Screenig and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care: a cluster randomized controlled trial protocol. BMC Public Health. 2009;9:287.

Kaner EF, Heather N, Brodie J, Lock CA, McAvoy BR. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol interventionin primary care. Br. J Gen Pract. 2001; 51(471):822-7.

Kano MY. O uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G) [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011. 78 p.

Kohn R, Levav I, Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los transtornos mentales em America Latina y el Caribe: assunto prioritário para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(4/5):229-40.

Kulullgren G, Alibusa S, Birabwa-oketcho H. Problem drinking among patients attending primary healthcare units in Kampala, Uganda. Afr J Psychiatry. 2009; 12(1):52-8.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33:159-74.

Laport TJ, Costa PHA, Mota DCB, Ronzani TM. Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2016; 32(1):143-50.

Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013 [acesso em 31 maio 2014]. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf.

Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32(3):231-41.

Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2007.

Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40:584-9.

Lima DVM. *Desenhos de Pesquisa: uma contribuição para autores*. OBJN. 2011;10(2):1-14.

Lima MB. *Alcoologia: o álcool na perspectiva da saúde pública*. Rio de Janeiro: Med Book; 2008.

Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P, et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Advanc. Nurs*. 2006; 54(40):426-39.

Magnabosco MB, Formigoni ML, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):637-47.

Mangueira SO, Guimarães FJ, Mangueira JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista Psicologia e Sociedade*. 2015; 27(1):157-68.

Mansur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983; 16: 215-218.

Mealing NM, Banks E, Jorm LR, Steel DG, Clements MS, Rogers KD. Investigation of relative risk estimates from studies of the same population with contrasting response rates and designs. *BMC Med Res Methodol*. 2010; 10 (1): 26-32.

Medeiros RG. *Características das Políticas Públicas sobre o álcool no Brasil durante a última década (2002-2012) [tese]*. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. 66f.

Mendes ACJ. *Análise da sessão de intervenção breve, bem como da sua eficácia, aplicada após a detecção pelo ASSIST-OMS a usuários abusivos de álcool, maconha, cocaína e anfetaminas na atenção primária a saúde em dois municípios do Paraná [dissertação]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.101p.

Mendéz EB. *Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação]*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.120 p.

Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. *Psychol Neurosci*. 2009;2(1):83-97.

Meneses-Gaya C. *Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco [tese]*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2011. 236 p.

Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999; 26(2):3-28.

Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras.* 2011; 10(4):275-8.

Mitchell AJ, Brid V, Rizzo M, Hussain S, Meader N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2014; 64(624):408-8.

Monteiro MG. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25(1):171-4.

Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5):695-703.

Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol.* 2005;66(2):165-73.

Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(3):497-509.

Moura EC, Malta DC. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(Supl 1): 61-70.

Nascimento MM, Chagas MIO, Graça JRV. Emprego do questionário CAGE para detecção de mulheres alcoolistas no Jordão distrito de Sobral-CE. *SANARE-Revista de Políticas Públicas.* 2013; 3(2):45-52.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patient who drinks too much: a clinician's guide. 5 Ed. Washington: NIAAA; 2005.

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scand J Prim Health Care.* 2006; 24:5-15.

Nunes JM, Campolina LR, Vieira MA, Caldeira AP. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. *Rev Psiq Clín.* 2012; 39(3):94-9.

Oliveira JB, Ferreira SJL, Kerr-Correa F, Simão MO, Pereira LMC. Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 33(4):346-351.

Oliveira JB. A questão do gênero na avaliação da eficácia de instrumentos de detecção de uso nocivo de álcool em um estudo populacional na região

metropolitana de São Paulo – um recorte do projeto GENACIS. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2010. 170 p.

Oliveira TR, Simões SMF. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Esc Anna Nery*. 2007; 11(4):632-8.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Assist Working Group, Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, Formigoni MLOS, Isralowitz R, Lacerda RB, Marsden BM, Mcree B, Monteiro M, Pal H, RubioStipec M, Vendetti J: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002, 97:1183-1194.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Global status report on alcohol. Genebra (SW): Organização Mundial da Saúde; 2004.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Strategies to reduce the harmful use of alcohol. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf. Acesso em: 20 ago. 2014.

Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43,(spe):992-9.

Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia Teoria e Pesquisa*. 2007; 23:97-9.

Peng C. *et al*. Gender differences in factor structure of the Alcohol Use Disorder Identification Test in general population surveys in 15 countries. In: *Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Brunn Society for Social and Epidemiological Research*, 2008. Victoria, Canada. 2008.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 1995.

Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira NC, Oliveira MAF, Vargas D, Colvero LA. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(3):420-28.

Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(20):175-81.

Polit DF, Beck CT. *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.

Possidônio SEM, Lopes GS, Fernandes DP, Silva SW, Moura GAS. Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). *Psico-USF*. 2013; 18: 121-130.

Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

Raimundo MFRA, Pegoraro NPJ, Domingos JBC, Gonçalves AMS, Santos JAT, Pillon SC. Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2016; 18:1518-44. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/36833>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

Reisdorfer E, Delziovo CR, Silva Gherardi-Donato EC, Moretti-Pires RO. Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2016; 12(4), 214-21.

Rocha PR, David HML. Questionários sobre o uso de álcool e drogas entre trabalhadores: revisão da literatura. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2011.7(2):107-16.

Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 2009; 43(1):51-61.

Ronzani TM. Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. *Rev APS*. 2008; 11 (2):163-171.

Room R, Jernigan D, Carlini BH, Gmel G, Gureje O, Mäkela K, et al. *El alcohol y los países en desarrollo: Una perspectiva de salud pública*. Fondo de Cultura Economica; 2013.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003.

Rubinsky AD, Dawson DA, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. AUDIT-C Scores as a Scaled Marker of Mean Daily Drinking, Alcohol Use Disorder Severity, and Probability of Alcohol Dependence in a US General Population Sample of Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013; 37(8):1380-90.

Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, e Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*. 2003; 27(2):94-104.

Santos WS, Gouveia VV; Fernandes DP; Souza SSB, Grangeiro ASM. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(3):117-23.

Sapnas KG, Zeller RA. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *J Nurs Meas*. 2002; 10(2): 135-53.

Seligmann SE. Psicologia e Saúde Mental no trabalho. In: Mendes R. Patologia do trabalho atualizada e ampliada. São Paulo (SP): Atheneu; 2003. p. 1170-3.

Seppa K, Lepisto J, Sillanaukee P. Five-Shot Questionnaire on heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(8):1788-91.

Silva CB, Lafaiete RS, Donato M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes SMAD, *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2011;7(1):10-7.

Silveira CM, Silveira CC, Silva JG, Silveira LM. *et al*. Retrato do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008; 35(1):31-8.

Smith PC, Smith SM, Davies-Allensworth D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(7):783-788.

Sokol RJ, Martier S, Ernhart C. Identification of alcohol abuse in the prenatal clinic. In: Chang NC, Chao HM, editors. NIAAA Research Monograph 17: Early identification of alcohol abuse. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 1985. p.209-27.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Pract*. 1998. 46:328–335.

Taufick MLC, Evangelista LA, Silva M, Oliveira LCM. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(2):427-32.

Taufick MLC. Padrões de consumo alcoólico em pacientes da atenção primária à saúde e dificuldades encontradas pelos médicos para seu reconhecimento. [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde; 2013. 121 p.

Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Cad. Saúde Col*. 2014; 19(1):17-25.

Vargas D, Neri A, Carvalho F, Shirama HF. Emprego do questionário CAGE para detecção de indivíduos com transtorno de uso e abuso do álcool numa demanda espontânea de um município paulista. *Revista Hispeci e Lema*. 2008; 9:81-3.

Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(8): 1711-20.

Verardino RGS, Zerbetto SR. Padrão do uso de álcool por usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Cad Ter Ocup. UFSCar. 2014; 22(Suplemento Especial): 27-35.

Vinson DC, Kruse RL, Seale JP. Simplifying alcohol assessment :two questions to identify alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res. 2007; 31(8):1392-8.

Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IEH, LallukkaT, Ahola K, et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. BMJ. 2015; 35 (2): 77-88.

Wagner HL. Alcoolismo. 2008. Disponível em: <[http:// www.sbmfc.com.br/artigos](http://www.sbmfc.com.br/artigos)>. Acesso em: 08 dez. 2014.

Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. The Journal of family practice. 2001; 50(4):307-12.

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>. Acesso em: 21 jan.15.

Wolle CC, Sanches M, Zilberman ML, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira R et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33(4): 367-373.

Wu SI, Huang HC, Liu SI, Huang CR, Sun FJ, Chang TY, et al. Validation and comparison of alcohol-screening instruments for identifying hazardous drinking in hospitalized patients in Taiwan. Alcohol and alcoholism. 2008; 43(5): 577-582.

Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQUOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades terapia intensiva e seus familiares. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. 232 f.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A- DOCUMENTOS SUBMETIDOS À APRECIÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES

Single- question na versão original de inglês: *How many times in the past year you had X or more drinks in a day?*

Observação: X significa 5 para homens e 4 para mulheres.

1 Etapa do Processo de Avaliação e adaptação transcultural

Duas traduções Independentes T1 e T2:

T1: No ano passado quantas vezes você bebeu X ou mais bebidas alcoólicas em um dia?

T 2: Quantas vezes no ano passado você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?

2 Etapa do Processo de Avaliação e adaptação transcultural

Síntese de T1 e T2 (S1)

S1: Quantas vezes no ano passado você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?

3 Etapa do Processo de Avaliação e adaptação transcultural

Back translation ou retrotradução: B1 e B2

B1: *How many times in the past year have you drank more than five doses* of alcoholic drinks in a (single) day?*

Observação do tradutor de B1: Dose, no inglês, normalmente não é usado da mesma maneira que o português, tende-se a usá-lo com dosagem de medicamentos e substâncias químicas, porém nada proibi de usá-lo desta maneira.

B2: *How many times in the past year did you drink more than five units of alcoholic drink per day?*

S2: Quantas vezes nos últimos doze meses você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?

APÊNDICE B - CARTA CONVITE PARA PARTICIPAR DO COMITÊ DE JUÍZES

Prezado (a) Doutor(a),

Conforme, contato prévio estabelecido, estou enviando a V.S. a Questão - Chave destinada a realizar o rastreamento do uso de álcool nos serviços de Atenção Primária a Saúde brasileiros pelos profissionais de saúde.

Essa Questão para rastreamento é original do idioma inglês e está sendo validada e adaptada culturalmente para o idioma português por mim na minha pesquisa de doutorado orientada pelo Prof. Doutor Divane de Vargas da Escola de Enfermagem de São Paulo da USP.

O senhor(a) terá o papel de avaliar a semântica da questão. Assim, é preciso verificar se a pergunta está clara, se não há duplicidade de interpretações e se ela é compreensível por qualquer respondente em potencial e se não perdeu o sentido original da questão.

O senhor(a) está recebendo também a pergunta original do idioma inglês e as versões de tradução e retrotradução ou back translation e a versão atual para sua apreciação e um quadro com um local para avaliar o nível de clareza e compreensão da questão e a figura que representa o número de doses a ser apresentada junto com a questão para a população.

Peço a V.S. a que faça as observações que julgar pertinentes para melhor compreensão da Questão-Chave no local destinado a observações se V.S. a assim decidir necessária.

Desde já agradeço a disposição em colaborar com o processo de validação da Questão -Chave, sendo imprescindível a sua avaliação. Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Sem mais para o momento, despeço-me.

Marjorie Ester Dias Maciel
Pesquisadora

APÊNDICE C- APÊNDICE C- QUESTÃO-CHAVE COM FIGURA ILUSTRATIVA DA QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA COM UMA DOSE-PADRÃO DE ÁLCOOL PARA APLICAÇÃO COM A POPULAÇÃO

Questão-Chave: Quantas vezes no ano passado você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica? (versão S2 para apreciação dos Juízes)

Identifique abaixo o número de doses de bebida alcoólica que você utilizou.

Figura 12 - Quantidade de bebidas alcoólicas com uma dose-padrão de álcool.

Fonte: Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013 [acesso em 31 maio 2014]. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf.

APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO PELO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS

Orientações para responder ao instrumento

Com base no seu conhecimento sobre a temática álcool e outras drogas, por favor avalie a qualidade e a adequação da tradução, bem como a clareza da Single-Question em Português. Para fazer sua avaliação click no espaço correspondente ao número referente à sua resposta no quadrado ao final de cada pergunta conforme legenda abaixo.

- 1- Não está clara.
- 2- Necessita de muitos ajustes para ficar clara.
- 3- Necessita de alguns ajustes para ficar clara.
- 4- Está clara.

Versão Original: <i>How many times in the past year you had X or more drinks in a day?</i>	Versão em Português: Quantas vezes nos últimos 12 meses você ingeriu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?
A pergunta está clara no seu ponto de vista? 1- ☐ 2- ☐ 3- ☐ 4- ☐	
Qualidade da tradução: 1- Não 2 – Parcialmente 3- Sim	
A tradução da pergunta está adequada? 1- ☐ 2- ☐ 3- ☐ De maneira geral os termos foram adaptados para a realidade brasileira ou foram apenas traduzidos de modo literal? 1- ☐ 2- ☐ 3- ☐ Os termos técnicos foram traduzidos corretamente? 1- ☐ 2- ☐ 3- ☐ A pergunta em português está preservando o sentido da pergunta original? 1- ☐ 2- ☐ 3- ☐	
Observações ou comentários que deseja fazer:	

**APÊNDICE E- VERSÃO S3 DA QUESTÃO-CHAVE APÓS APRECIÇÃO PELO
COMITÊ DE JUÍZES**

Quantas vezes nos últimos 12 meses você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?

APÊNDICE F – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____, aceito o convite para participar da pesquisa intitulada de “Validação da Questão -Chave para rastreamento do uso nocivo de álcool na Atenção Primária à Saúde” realizada pela pesquisadora Marjorie Ester D. Maciel, de forma voluntária sem qualquer tipo de coerção ou constrangimento. A pesquisa tem por objetivo central traduzir e adaptar para o idioma português do Brasil a Questão -Chave (*Single-Question*). Neste estudo a pesquisadora garante que minha identidade será mantida em sigilo absoluto. Ou seja, nas respostas dadas de maneira nenhuma minha identidade pode ser revelada.

Estou ciente de que precisarei responder ao questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para verificar o nível do meu consumo de álcool e que as informações geradas por minhas respostas serão utilizadas para a elaboração de sua Tese, requisito necessário para a conclusão do Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e para apresentação de artigos ou trabalhos em periódicos ou encontros científicos.

Foi-me salientado que o estudo não oferece nenhum tipo de risco para mim. Os benefícios esperados são futuramente, com a divulgação desse trabalho, gerar uma ferramenta de auxílio para melhorar o rastreamento de uso risco/nocivo de álcool nos usuários dos serviços de atenção primária à saúde brasileiros.

Foi-me informado que não haverá nenhuma forma de pagamento ou benefício material pela minha participação e, caso eu me recuse a participar a minha decisão será respeitada, mesmo se eu já tiver assinado esse termo. Foi garantido que quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre a pesquisa serão esclarecidas a qualquer momento pela pesquisadora pessoalmente ou por telefone ou *e-mail*.

Após as explicações da pesquisadora e a leitura desse termo eu concordo em participar da pesquisa e autorizo que as minhas respostas sejam utilizadas anonimamente na pesquisa e publicadas em revistas e eventos de enfermagem e áreas afins para contribuir com a maior divulgação de conhecimento.

Declaro ter recebido uma cópia desse termo de consentimento após respectivas assinaturas dos pesquisadores.

Eu, _____ RG _____, fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa acima citada e consinto em participar da mesma.

Assinaturas:

Marjorie Ester Dias Maciel/ Pesquisadora
Fones: (67)3467-2615 ou (67)-99054165
e-mail: marjorieester@yahoo.com.br

Divane de Vargas/Orientador
Fone: (11) 3061-7602
e-mail: vargas@usp.br

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário Sociodemográfico

N.º do Voluntário: _____

1-Idade: _____

2-Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3-Cor: (1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo

4-Estado Conjugal:

(1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) Amasiado

5- Religião: _____

6-Escolaridade:

(1) Analfabeto

(2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____

(3) 1º grau completo

(4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____

(5) 2º grau completo

(6) Superior incompleto– Especificar série: _____

(7) Superior completo

(8) Outro. Especificar: _____

7-Ocupação:

(1) Nenhuma

(5) Cargos de Chefia

(2) Estudante

(6) Profissional Liberal

(3) Cargos Operacionais

(7) Aposentado

(4) Cargos Administrativos

(8) Outros (bicos, ambulante, informal.): _____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso nocivo de álcool

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33483014.7.0000.5392

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 772.025

Data da Relatoria: 26/08/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo experimental sobre usuarios de álcool. Projeto já descrito no primeiro parecer

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a efetividade da intervenção breve realizada em grupo por enfermeiros na redução do uso de álcool em usuários do serviço de atenção primária à saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ndn

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo experimental de intervenção, de medidas antes e depois da intervenção com follow up de três meses, o qual envolverá uma amostra de 143 usuários da UBS Butantã, randomizados e divididos em grupo controle e grupo intervenção, que apresentarem pontuação no AUDIT sugestivo de uso de risco ou nocivo de álcool.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi modificado e apresentado na forma de convite. Sugere-se no terceiro paragrafo inicia a frase com "você será convidado" ao invés de "será convidado". Também no parágrafo final sugere-se colocar a frase "Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento" após as respectivas assinaturas dos pesquisadores

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

Continuação do Parecer: 772.025

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vide os esclarecimentos acima sobre o TCLE. Foi enviado carta de esclarecimentos sobre os profissionais não psicólogos realizando as intervenções.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 29 de Agosto de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

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

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO AUDIT

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>

Resultado: _____

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO AUDIT-C

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais.

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias