**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VERONICA BATISTA CAMBRAIA FAVACHO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO
GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS - SHORT
SCREENER (GAIN-SS) PARA USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO BRASIL.**

SÃO PAULO

2019

VERONICA BATISTA CAMBRAIA FAVACHO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO
GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS - SHORT
SCREENER (GAIN-SS) PARA USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO BRASIL.**

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

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

SÃO PAULO

2019

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Favacho, Veronica Batista Cambraia

Evidências de validação da versão brasileira do Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) para uso na atenção primária à saúde no Brasil / Veronica Batista Cambraia Favacho. São Paulo, 2019.

133 p.

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

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

Área de concentração: Enfermagem

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Estudos de validação. 3. Transtornos mentais. 4. Psicometria. 5. Enfermagem.
I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Veronica Batista Cambraia Favacho

Título: Evidências de validação da versão brasileira do instrumento global appraisal of individual needs - short screener (GAIN-SS) para uso na atenção primária à saúde no Brasil.

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

Aprovado em: __/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

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

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos **meus pais**, o tesouro que a traça não corrói, a quem dedico todas as minhas vitórias, cujos amor, incentivo e fé moveram-me mais uma vez em direção à realização de um sonho.*

*Ao **Fabricio**, que se fez amor presente em todos os dias, em cada capítulo, em cada estatística, em cada desafio. Amo seu jeito de ser e te admiro como parceiro de vida e para a vida.*

*Às minhas filhas, **Athina e Valentina**, que são a razão da minha vida e que me desafiam a exercitar diariamente minha melhor parte. Juntas estamos sempre aprendendo o amor.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que com seu amor de Pai deu-me forças e sabedoria para realizar essa caminhada e a Nossa Senhora que, por sua grandiosa intercessão, protegeu-me de todos os males e, com seu exemplo de fé, motivou-me a perseverar.

*À orientadora e amiga, Profa. Dra. **Márcia Oliveira**, minha imensa gratidão pela sua generosidade e humildade como ser humano, minha eterna admiração por deixar-me experienciar com você o conhecimento. Meu especial agradecimento por você permitir que eu compartilhasse essa vida com você, só assim, aprendi a leveza do ser.*

*Ao casal amigo, queridos de longa data, **Pena e Franci**, que acompanharam minha trajetória desde muito antes que eu pudesse sonhar este grande sonho. Irmãos para todas as horas, apoio constante e colo que acolhe. Obrigada por permanecerem aqui!*

Aos irmãos, cunhadas e sobrinhas, pela torcida organizada e por acreditaram nos meus mais loucos sonhos.

Aos usuários e trabalhadores das Unidades de Saúde Marabaixo (Macapá) e Sé (São Paulo), que colaboraram espontaneamente para a construção deste estudo, os meus sinceros agradecimentos.

*Às graduandas do Curso de Graduação em Enfermagem, **Tatiane Santos Cardoso e Isabella Silva Pinto**, pelo valioso apoio na coleta de dados, também sendo responsáveis pelos resultados aqui encontrados.*

A todos vocês, e a muitos outros, que contribuíram de alguma maneira para que esta tese se concluísse e fosse possível, meu profundo agradecimento.

E conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará.

(João 8:32)

Favacho, VBC Evidências de validação da versão brasileira do instrumento Global Appraisal of Individual Needs - Short screener (GAIN-SS) para uso na Atenção Primária à Saúde no Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: O problema de Saúde Mental tem magnitude significativa, quando relacionado com o aparecimento dos transtornos mentais, neurológicos e de uso de álcool e outras drogas (AOD). Estima-se que, no Brasil, para cada 100 pessoas, 30 podem vir a desenvolver problemas de Saúde Mental, dentre os quais, a depressão e a ansiedade aparecem como os principais. Portanto são necessários instrumentos de rastreio, integrando transtornos mentais e AOD, que incorporem várias dimensões. **Objetivo:** Analisar as evidências de validação da versão brasileira do instrumento Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) para uso na Atenção Primária à Saúde (APS) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil. **Método:** Estudo psicométrico com 460 pessoas adultas, atendidas nas UBS de Macapá e São Paulo entre 2017 e 2018. Os instrumentos utilizados foram a caracterização sociodemográfica e clínica e a versão brasileira do GAIN-SS. A amostra foi dividida em A e B, com 230 pessoas em cada, garantindo-se pelo menos dez participantes para cada item do instrumento. As evidências de validade do GAIN-SS foram por meio da validade de constructo (convergente e discriminante), com análises fatoriais, exploratória (AFE) e confirmatória (AFC). Para a confiabilidade, foram utilizados o constructo de confiabilidade e o alpha de Cronbach. Foi feito o teste de invariância do modelo fatorial em função do gênero, idade e local. A caracterização da amostra utilizou a classificação do escore em baixo e moderado a alto. As análises foram realizadas com recurso ao IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22 para Windows (análise fatorial exploratória) e com o programa Amos, versão 22 para Windows (Modelos de Equações Estruturais). **Resultados:** Dos 460 participantes, a maioria do gênero feminino (75%), com média de idade de 33.8 anos. Predominância de negros (pardos e pretos) (76%), com Ensino Médio (32%) e a maioria de trabalhadores informais (31,1%) e solteiros (39,1%). Verificou-se que a maioria declarou não ter qualquer diagnóstico de transtorno mental (91,3%), dos 8,7% com transtorno mental, 60 % referiram a depressão e 15%, a ansiedade como os mais comuns. Quanto aos problemas importantes psicológicos, de comportamento, ou pessoal, para os quais queriam ajuda ou tratamento, 27,4% referiram ter problemas. Para o uso de AOD, 29,2% afirmaram que consomem, com predomínio do álcool: 82,2% e a maconha: 8,1%. Após as AFE e AFC, a escala ficou com 16 itens em três domínios: desordens por AOD, por distúrbios internalizantes/externalizantes e por conflitos pessoais. Os índices de ajustamento para o novo modelo ($X^2 = 190.146$; graus de liberdade = 101, $p = 0.001$; $X^2/\text{gl} = 1.883$, CFI = 0.931, RMSEA = 0.062 - IC90%: 0.048-0.076) foram considerados satisfatórios. A validade de constructo e a confiabilidade foram estatisticamente significantes. A invariância entre os grupos foi invariante para todos (gênero, idade e local). A caracterização da amostra foi de moderado a alto (88%) para necessidades de cuidados em Saúde Mental. **Conclusões:** A nova versão do GAIN-SS apresentou boas evidências de validação para medir as necessidades de cuidados em Saúde Mental na população atendida na APS de Macapá e São Paulo.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Validação de estudos. Transtornos Mentais. Psicometria.

Favacho, VBC Evidências de validação da versão brasileira do instrumento Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS) para uso na Atenção Primária à Saúde no Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Mental health problems have significant magnitude when related to the onset of mental and neurological disorders and the use of alcohol and other drugs (AOD). It is estimated that in Brazil, for every 100 people 30 may develop mental health problems. Depression and anxiety are the most common among those problems. Therefore, there is a need for screening tools integrating mental disorders and AOD that incorporate various dimensions. **Aim:** To analyze the validation evidence of the Brazilian version of the Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS) instrument for use in primary health care in Basic Health Units (BHU) in Brazil. **Method:** Psychometric study with 460 adults assisted at the BHU of Macapa and Sao Paulo between 2017 and 2018. The instruments used were the sociodemographic and clinical characterization and the Brazilian version of GAIN-SS. The study's population was divided into groups A and B, with 230 people in each group, thus ensuring the participation of at least ten people for each item of the instrument. The evidence of GAIN-SS validity was through construct validity (convergent and discriminant) and exploratory (EFA) and confirmatory (CFA) factorial analyzes. The reliability construct and Cronbach's alpha were used for reliability. The factorial invariance test was done according to gender, age and location. The sample characterization used the score classification as low and moderate to high. The analyzes were performed using the IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22 for Windows (exploratory factor analysis) and the Amos program, version 22 for Windows (Structural Equation Models). **Results:** Of the 460 participants the majority were females (75%), with an average age of 33.8 years. Predominance of blacks (brown and black) (76%), with high school-level education (32%), informal workers (31.1%) and single (39.1%). Most reported having no diagnosis of mental disorders (91.3%), of the 8.7% with mental disorders, depression (60%) and anxiety (15%) were mentioned as the most common. Regarding important psychological, behavioral, or personal problems for which they wanted help or treatment, 27.4% reported having problems. For the use of AOD, 29.2% reported consumption, predominantly of alcohol (82.2%) and marijuana (8.1%). After EFA and CFA the scale had 16 items in three domains: AOD-related disorders, internalizing/externalizing disorders and personal conflicts. The adjustment index for the new model ($\chi^2 = 190.146$; degrees of freedom = 101, $p = 0.001$; $\chi^2 / gl = 1.883$, CFI = 0.931, RMSEA = 0.062 - IC90%: 0.048-0.076) were considered satisfactory. Construct validity and reliability were statistically significant. The invariance between the groups was invariant for all (gender, age and location). The sample characterization was moderate to high (88%) for mental healthcare needs. **Conclusions:** The new version of GAIN-SS presented good validation evidence to measure mental healthcare needs in the population assisted in primary health care units of Macapa and Sao Paulo.

Keywords: Substance-related disorders. Validation Studies. Mental disorders. Psychometrics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas das análises de validades: AFE	27
Figura 2 - Etapas das análises de validades: AFE, AFC e SEM	29
Figura 3 - GAIN- Modelo de Problemas Emocionais e Comportamentais	35
Figura 4 - Diagrama de fluxo da Revisão Sistemática do GAIN-SS	40
Figura 5 - Diagrama de Caminhos da teoria de mensuração do modelo composto por três fatores (F1, F2 e F3)	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Versão Brasileira do Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener- AGNI-RR	38
Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na Revisão Sistemática do GAIN-SS	42
Quadro 3 - Estudos da Revisão Sistemática que realizaram análise de validade (constructo/critério) e confiabilidade	46
Quadro 4 - Versão brasileira do Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener - AGNI-RR ₁₆ com três fatores para a população atendida nas UBS de Macapá e São Paulo, 2019.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas de interesse (n = 460). Brasil, 2019.....	60
Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo as características clínicas de interesse (n = 460). Brasil, 2019	62
Tabela 3 - Análise fatorial exploratória com Solução fatorial composta por sete fatores – pesos fatoriais, autovalores, comunalidades, Alpha de Cronbach e variância explicada (n = 230 - Amostra A). Brasil, 2019	63
Tabela 4 - Análise fatorial exploratória com solução Fatorial composta por três fatores– pesos fatoriais, comunalidades, Alpha de Cronbach e variância explicada. (n = 230- Amostra A). Brasil,2019	65
Tabela 5 - Análise Fatorial Confirmatória com solução fatorial composta por três fatores (n=230 - Amostra B). Brasil, 2019	67
Tabela 6 - Validade fatorial (pesos fatoriais padronizados), Validade de constructo convergente (VME), Validade de constructo discriminante ($\sqrt{VME}$) e a Confiabilidade (Composta e Alpha de Cronbach) do modelo composto por três fatores (n = 230 - Amostra B). Brasil, 2019.....	68
Tabela 7 - Validade discriminante com as Correlações entre os fatores e a Raiz Quadrada da Variância Média Extraída (VME) do modelo composto por três fatores (n = 230 – Amostra B). Brasil, 2019	69
Tabela 8 - Resultado comparativo da consistência interna dos estudos de validação do GAIN-SS no Brasil e nos EUA. Brasil, 2019	70
Tabela 9 - Resultados das análises de invariância do modelo composto por três fatores. Brasil, 2019	71
Tabela 10 - Caraterização da população atendida nas UBS de Macapá e São Paulo com base na classificação do GAIN-SS (n = 460). Brasil, 2019	73

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	TRIAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
3.2	PSICOMETRIA: VALIDADE E CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA – CONCEITOS BÁSICOS	25
3.2.1	Validade.....	25
3.2.2	Confiabilidade.....	32
3.3	O INSTRUMENTO GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS - SHORT SCREENER (GAIN-SS).....	32
3.4	EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DO GAIN-SS: SUSTENTAÇÃO DA LITERATURA.....	39
4	MÉTODOS	51
4.1	TIPO DE ESTUDO	51
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	51
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	53
4.3.1	Riscos da coleta de dados	54
4.3.2	Benefícios da coleta de dados.....	54
4.4	AMOSTRA	54
4.4.1	Critérios de Inclusão.....	55
4.4.2	Critérios de Exclusão.....	55
4.5	COLETA DE DADOS	55
4.5.1	Instrumento de coleta de dados.....	55
4.5.2	Procedimentos da coleta de dados.....	56
4.6	TRATAMENTO ESTATÍSTICO	57
4.6.1	Análises psicométricas	57
5	RESULTADOS.....	60
5.1	PERFIL DA AMOSTRA	60
5.1.1	Caracterização sociodemográfica	60
5.1.2	Caracterização clínica.....	61
5.2	VALIDAÇÃO DA ESCALA GAIN-SS.....	62
5.2.1	Análise fatorial exploratória	63

5.2.2	Análise fatorial confirmatória	67
5.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA NAS UBS DE MACAPÁ E SÃO PAULO COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO DO GAIN-SS	72
6	DISCUSSÃO	75
7	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
	ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O problema de Saúde Mental tem magnitude significativa, quando relacionada com o aparecimento dos transtornos mentais, neurológicos e de uso de álcool e outras drogas (AOD). O estudo sobre o peso global de doenças, lesões e fatores de risco (GBD) revelou as altas taxas de incapacidade e de mortalidade entre pessoas com transtornos mentais, expondo o fardo oculto da doença mental em todo o mundo ⁽¹⁾.

A estimativa nas Américas evidenciada pelo GBD aponta as doenças e condições mentais como o uso de AOD, distúrbios neurológicos específicos e suicídio como uma das principais causas de deficiência e mortalidade. Para anos vividos com deficiência (YLDs), um terço e um quinto do total de anos de vida foram ajustados por incapacidade (DALYs) ⁽²⁾.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde⁽³⁾, estima-se que, no Brasil, para cada 100 pessoas, 30 podem vir a desenvolver problemas de Saúde Mental. Dentre estes, a depressão (5,8%) e a ansiedade (9,3%) aparecem como os principais problemas de saúde.

Apesar de os transtornos mentais acometerem o mundo inteiro, independentemente de sexo, idade, classe social, população rural ou urbana, por um longo período, esse tema tem sido deixado de lado no que diz respeito à implantação de cuidados de Saúde Mental inseridos nos cuidados de saúde primários, mesmo que ainda, essa conexão da Saúde Mental nos cuidados primários tenha visão holística e centrada no indivíduo, de acordo com os valores e princípios da Declaração de Alma Ata⁽⁴⁾.

Portanto, é necessário que se compreenda a interação entre Saúde Mental e cuidados primários de saúde como sendo o caminho mais vantajoso para que a população tenha acesso aos serviços de Saúde de acordo com suas necessidades, contemplando a lacuna em assistência à Saúde Mental à população. É relevante ainda saber que, quanto mais cedo for a identificação de transtornos mentais, melhor serão os resultados de saúde, como um todo⁽⁴⁾.

Segundo Kohn⁽⁵⁾, muitas barreiras podem somar para a ineficiência dos cuidados de Saúde Mental, como o gap (*mental health gap*), uma lacuna onde boa parte da população com transtorno mental está sem tratamento ou nem é reconhecida nestas condições. Essa defasagem seria a diferença entre a real prevalência de um transtorno mental e a proporção desses indivíduos que tem tratamento.

Para Rebello⁽⁶⁾, a carga de doença decorrente dos transtornos mentais pode ser significativamente reduzida, quando também se diminui o gap de tratamento. O autor sugere, como estratégia potencial, a integração da atenção à Saúde Mental aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Essa estratégia, por seu caráter integrativo, pode atender às necessidades físicas e mentais e, ao mesmo tempo em que diminui a barreira de acesso aos serviços, exclui o preconceito associado a problemas mentais apenas em serviços especializados. O serviço integrativo proporciona avanços na busca ao atendimento e na melhoria dos cuidados aos transtornos mentais. Diante deste cenário, os serviços de APS devem estar munidos de instrumento de triagem, diagnóstico, necessidades e tratamento e/ou encaminhamentos que facilitem esses atendimentos.

De acordo com Sacks⁽⁷⁾, existe uma variedade de instrumentos específicos para triar o uso de substâncias e/ou transtornos mentais, categorizados de três maneiras: **transtornos mentais** – Mental Health Screening Form-III (MHSF-III), Mini-International Neuropsychiatric Interview Screen Modified (M.I.N.I. Screen Modified), National Center for Health Statistics—K6a, Referral Decision Scale (RDS); **uso de substâncias** – Addiction Severity Index (ASI), CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID), Dartmouth Assessment of Lifestyle (DALI), Modified Dartmouth Assessment of Lifestyle (Modified DALI-14), Drug Abuse Screening Test (DAST), Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD), Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA), Texas Christian University Drug Screen II (TCUDS-II) e **uso de substâncias e transtornos mentais**– Alcohol Dependence Scale (ADS), Global Appraisal of Individual Needs—Short Screener (GSS), Global Appraisal of Individual Needs—Quick (GAIN-Q), Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ).

Com relação às limitações do uso dos instrumentos de triagem em Saúde Mental nos ambientes de cuidados primários, McPershon⁽⁸⁾, Babor⁽⁹⁾ e Babor⁽¹⁰⁾ apontam as dificuldades de implantação na rotina dos serviços e o tempo demorado na sua administração. Por outro lado, os mais ágeis focam apenas no uso AOD.

Observa-se, na literatura, que são poucos os estudos que abordam a necessidade de instrumentos de triagem integrada, transtornos mentais e uso de substâncias, avaliando cada um individualmente, porém inseridos na totalidade do outro, em uma triagem abrangente incorporando outras dimensões.

Nesse contexto de Saúde Mental, espera-se que a investigação de evidências de validação de um instrumento já disponível no Brasil, traduzido e adaptado para o português

como o *GAIN Short Screener* (GAIN-SS), possa aumentar a eficácia e precisão na triagem em Saúde Mental dos indivíduos e suas diversas necessidades, identificando questões pessoais, psicológicas e sociais, ainda no âmbito da Atenção Primária à Saúde, possibilitando, com seus resultados, a articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental.

O GAIN-SS foi desenvolvido em 2006, pelo Chestnut Health Systems, Grupo do Projeto GAIN (EUA), que já tinha construído um instrumento inicial, *Global Appraisal of Individual* (GAIN- I) de avaliação biopsicossocial, que integra a avaliação clínica e de pesquisa para pessoas que se apresentam ao tratamento do abuso de substâncias, com tempo de uma a duas horas. Entretanto seria uma avaliação longa e demorada para uma pessoa que chega a um serviço de Saúde mais básico. Então surgiu a necessidade de desenvolver um instrumento mais curto e com rápida aplicação, GAIN-Short Screener (GSS), mas que fosse capaz de triar pessoas e possibilitar ações de intervenções para cada perfil⁽¹¹⁾.

O GAIN – Short Screener é um instrumento com base no GAIN-I, para identificar rapidamente (de 3 a 5 minutos) quem teria problemas de Saúde Mental e qual será o tipo de intervenção mais apropriada; isso tudo ao longo de quatro dimensões (internalização, externalização, transtornos de uso de AOD e crime/violência)⁽¹¹⁾.

Considerando os estudos realizados com o GAIN – SS em diferentes países, regiões e culturas, como EUA, Canadá, México, Índia e Brasil, e que a duração do seu uso é curta, sendo preciso na identificação de pessoas que apresentam problemas relacionados à Saúde Mental (transtornos mentais e AOD), optou-se por continuar nas análises psicométricas do GAIN-SS. Dessa forma, este estudo tem a seguinte hipótese: a versão brasileira do GAIN-SS, quando aplicada a uma amostra de usuários da Atenção Primária à Saúde (Amapá e São Paulo), apresenta adequadas propriedades psicométricas (validade de constructo, invariância fatorial e confiabilidade) nesses serviços ou não.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as evidências de validação da versão brasileira do instrumento Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) para uso na Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas de Saúde no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde, conforme perfil sociodemográfico e clínico;
- Verificar a validade de constructo por meio da análise fatorial exploratória e confirmatória da versão brasileira do GAIN-SS;
- Avaliar a confiabilidade da versão brasileira do GAIN-SS com suas respectivas subescalas;
- Estimar a invariância da estrutura fatorial da versão brasileira do GAIN-SS em diferentes grupos de acordo com o sexo, idade e local do estudo;
- Caracterizar a população de pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde, conforme os escores do GAIN-SS validado;
- Disponibilizar um instrumento válido e confiável para medir problemas relacionados à Saúde Mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRIAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em outubro de 2009, o 49º Conselho Diretivo da Organização Pan-americana de Saúde (PAHO/WHO) aprovou a Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental, “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários-Uma perspectiva global”, onde:

[...] A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de assegurar que as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde mental quando precisam. As pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto da sua casa, continuando desta forma junto das suas famílias e mantendo as suas atividades quotidianas. Além disso, evitam custos indiretos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. Cuidados de saúde mental prestados em nível dos cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação, e eliminam o risco das violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, como este relatório demonstrará, a integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários gera bons resultados de saúde a custos razoáveis. No entanto, os sistemas gerais de cuidados primários têm que ser fortalecidos antes que se possa razoavelmente esperar que a integração da saúde mental floresça.

A partilha da nossa comum condição humana obriga-nos a respeitar a aspiração universal por uma vida melhor, e a apoiar os esforços para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental, e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade. Através de cuidados primários integrados, pode-se reduzir a considerável carga global das perturbações mentais não tratadas, melhorando assim a qualidade de vida de centenas de milhões de pacientes e das suas famílias [...] ⁽⁴⁾.

Para Starfield⁽¹²⁾, a APS é o ponto de partida para os cuidados de saúde, além de coordenar e integrar os cuidados oferecidos por outros setores. Aborda a comunidade e seus problemas mais rotineiros de saúde, ofertando identificação, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação da saúde, de forma a potencializar as condições de saúde e bem-estar. Portanto, forma a base para os demais níveis de saúde.

Conceitualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como análogos. No Brasil, a APS tem como função primordial ser a porta principal de entrada dos serviços de Saúde, responsabilizando-se pela prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, promoção e proteção da saúde, cabendo o objetivo de proporcionar atenção integral, de modo que o reflexo desses cuidados modifique as condições de saúde e autonomia das pessoas e seus determinantes e condicionantes de saúde como um todo⁽¹³⁾.

Para Souza⁽¹⁴⁾, o foco na APS é muito recente no Brasil, porém é o nível de atenção à saúde mais próximo das pessoas, com a responsabilidade de ser mais resolutiva, incluindo os cuidados de Saúde Mental neste contexto de atuação.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) dispõe sobre os cuidados às pessoas com problemas e necessidades de Saúde Mental, bem como os direitos das pessoas com transtornos mentais e uso de AOD, maior integração social, fortalecimento da autonomia, do protagonismo e da participação social desses indivíduos⁽¹⁵⁾.

A partir de 2011, a Portaria 3.088 determinou a implantação de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) atendendo aos critérios de transversalidade, intersetorialidade e integralidade dos cuidados de Saúde Mental⁽¹⁶⁾. Assim, entende-se que a Atenção Básica corrobora a proposta da PNSM, sendo estratégica no acesso e no cuidado dos usuários inseridos no contexto da clínica psicossocial e do sofrimento psíquico⁽¹⁴⁾.

Na atualidade, em 2017, a Portaria 3.588 dispôs sobre a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo os seguintes componentes: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas; Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital dia; Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD IV. Em 2019, o Decreto nº 9.761 aprova a Política Nacional sobre Drogas e preconiza que se garanta que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes do uso de AOD recebam cuidados de forma integrada e em rede, promovendo e garantindo a articulação e a integração das intervenções para o tratamento, recuperação, reinserção social, também por meio das UBS, num contexto de Atenção Básica^(17, 18).

O fortalecimento da Atenção Básica é uma estratégia primordial para a melhoria das condições de saúde da população. Para tanto, sua organização deve favorecer a conexão dos serviços em rede, proporcionando o cuidado integral com impacto positivo também na qualidade do serviço prestado⁽¹⁹⁾. Portanto, a meta da Saúde Mental em oferecer cuidados com maior rigor científico à população com transtornos mentais e uso de AOD faz parte desse processo e só poderá ser alcançada por meio de uma APS que funcione como base da atenção à Saúde Mental, fortalecida e integrada a uma rede de cuidados organizada e estruturada⁽²⁰⁾.

A inclusão dos cuidados de Saúde Mental na Atenção Básica deve ser pensada como um mecanismo de transformação e ampliação das práticas em Saúde Mental, saindo de um modelo asilar e possibilitando a atenção psicossocial, visando à integralidade do cuidado condizente com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira⁽¹⁴⁾. A abordagem da inserção da

Saúde Mental no primeiro nível de cuidados de saúde, como oferta dentro desses serviços básicos, deve ser abrangente para o rastreio, o tratamento, a referência e contrarreferência, o cuidado às necessidades de Saúde Mental das pessoas e a prevenção de agravos e promoção da saúde nesse contexto de sofrimento psíquico⁽⁴⁾.

Ao trazer a Saúde Mental para o cenário da APS há que se compreender que a maioria das pessoas com transtorno mental são diagnosticáveis, mas nem sempre recebem o diagnóstico, por isso, não são devidamente tratadas. Entre os principais motivos para o não reconhecimento dos transtornos mentais, está o fato de esses pacientes relatarem apenas sintomas somáticos, quando em atendimento de saúde, e a dificuldade dos profissionais da APS em reconhecerem estes sintomas como indicativos de problemas de Saúde Mental⁽²¹⁾.

É preciso, dessa maneira, avançar nos processos de expansão e de articulação da atenção na rede básica, fortalecendo os espaços de cuidados em Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial.

Como plano de ação para desenvolver serviços de Saúde Mental de boa qualidade, é necessário instituir o uso de protocolos e práticas baseadas em evidências, incluindo triagem e decisão clínica precoce, considerando os direitos humanos, a autonomia individual e a dignidade das pessoas. Por outro lado, o serviço de Saúde deve estar apto em Saúde Mental, sendo capaz de rastrear condições, gerenciar e encaminhar pessoas com transtornos mentais, incluindo uso de AOD⁽²²⁾.

Sobre a triagem como processo de investigação, pode-se incluí-la como possível de rastrear que a pessoa tenha ou não um problema de Saúde Mental e qual a necessidade de avaliação mais minuciosa, e não necessariamente classificá-la (tipo ou a gravidade do transtorno)⁽²³⁾. Nesse cenário, evidencia-se também a necessidade de integrar triagem de AOD em ambientes de atenção primária para identificar indivíduos vulneráveis a desenvolver algum problema, promovendo o acesso dele ao tratamento⁽²⁴⁾.

Algumas hipóteses sobre rastreamento, como refere Kagee⁽²⁵⁾, consideram que o sucesso da triagem em Saúde Mental pode aumentar as chances de as pessoas com necessidades de tratamento serem identificadas e devidamente tratadas. Assim, o uso de ferramentas de triagem e entrevistas estruturadas por profissionais treinados em Saúde Mental caracteriza-se como possibilidade de detecção precoce de transtornos mentais. De modo geral, os instrumentos de rastreio podem ajudar na identificação de ferramentas de triagem e entrevistas

estruturadas rotineiras e aumentar a probabilidade de que aqueles que precisam de tratamento sejam diagnosticados e adequadamente tratados⁽²⁵⁾.

Ainda a respeito da triagem, Bjärtå⁽²⁶⁾ acrescenta que os rastreios que abordem resultados de sintomas moderados, graves e/ou leves num contexto clínico, são de grande importância, pois são capazes de identificar a diferença entre a necessidade de encaminhamento ao serviço especializado e/ou de tratamento preventivo básico. Essa distinção entre indivíduos com indicação de assistência primária e aqueles que necessitam de cuidados especializados enriquece a utilidade dos instrumentos e pode qualificar a tomada de decisão clínica.

Essa perspectiva de rastreio em Saúde Mental, dentro dos serviços básicos, corrobora dados do estudo de Diez-Canseco⁽²⁷⁾ demonstrando que os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde apresentam maiores indicadores de transtornos mentais. Assim como Combs⁽²⁸⁾, compreendem que existe uma propensão maior por parte dos usuários com transtornos de ansiedade à busca pelos cuidados primários do que à procura por um serviço especializado. Trabalhar nessa direção da triagem para os problemas de Saúde Mental, identificando precocemente esses indivíduos, aumenta as chances de prevenção de doenças e de agravos e/ou complicações⁽²⁹⁾.

A prática do uso de instrumentos como ferramenta para abordar as condições físicas e também comorbidades mentais, especialmente nos cuidados primários, possibilita a adoção de estratégias para preencher as lacunas na assistência em Saúde Mental⁽²⁷⁾. De acordo com Roberge⁽³¹⁾ e Garcia-Campayo⁽³²⁾, as práticas de atenção em Saúde Mental na APS focadas nos serviços de triagem para transtornos de ansiedade podem ser eficazes na oferta de cuidados, proporcionando melhora nos desfechos da situação desses pacientes. Nessa concepção, a força-tarefa de serviços preventivos dos EUA evidenciou que, também para a depressão, o rastreio em serviços de AB otimiza a detecção de pessoas adoecidas e a disponibilidade de assistência⁽³³⁾.

O nível de atenção primária é de suma importância na prevenção na detecção precoce de enfermidades e na promoção de cuidados⁽³⁴⁾. Essa articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica propõe efetivamente a resolubilidade das necessidades de saúde. Busca a (re)construção de uma nova proposta de interação da APS com a Saúde Mental⁽¹⁴⁾.

3.2 PSICOMETRIA: VALIDADE E CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA – CONCEITOS BÁSICOS

As propostas de estudos que avaliam as propriedades psicométricas dos instrumentos têm sido cada vez mais indicadas na literatura científica, pois revelam uma preocupação com o uso dos instrumentos de medidas para uma análise fidedigna dos fenômenos que se quer investigar.

Conceitualmente, a psicometria representa “a arte de impor medidas e número em operações da mente [...]”⁽³⁵⁾.

3.2.1 Validade

A validade refere-se à capacidade de um instrumento mensurar precisamente o conceito de interesse⁽³⁶⁾, ou seja, o quão bem o fenômeno é representado pela(s) medida(s)⁽³⁷⁾. Diferentes métodos são usados para indicar essa propriedade psicométrica de um instrumento. As mais conhecidas são: de face, de conteúdo, de constructo e de critério. Neste estudo, o interesse será na validade de constructo e de critério.

3.2.1.1 Validade de constructo

Define-se como validade de constructo como a habilidade de um determinado instrumento em mensurar um fenômeno por meio de um conjunto de outros constructos que se relacionam entre si e com o todo⁽³⁸⁾. Para Hair⁽³⁷⁾, é o grau em que um conjunto de itens medidos corresponda exatamente ao atributo que se deseja medir. Essa análise de constructo considera os domínios do instrumento.

Nesse sentido, a validade de um instrumento torna-se confiável, quando desenvolvida após análise de dimensionalidade (análises fatoriais) e atende aos atributos de confiabilidade⁽³⁴⁾. Assim, para o processo de validação de instrumentos, qualquer que seja o constructo a ser medido (respostas dicotômicas e/ou escalas Likert), os métodos usados devem ser Análises Fatoriais (exploratória – AFE e confirmatória – AFC)⁽³⁹⁾. A análise fatorial é um método estatístico usado para analisar inter-relações entre diversas variáveis e explicar suas dimensões inerentes comuns (fatores). O objetivo é condensar a informação das variáveis originais em um conjunto menor de variáveis estatísticas (fatores) com perda mínima de informação⁽³⁷⁾. Pode ser sob duas óticas, considerando o problema de pesquisa e, claro, o objetivo da análise, exploratória e confirmatória.

A AFE analisa a quantidade de fatores que são necessários para melhor representar o constructo a ser medido, considerando as relações entre as variáveis para agrupá-las em cada fator. Já a AFC considera uma teoria de mensuração pré-concebida, onde se especificam o número de fatores e quais variáveis devem carregar cada um. Nas cargas fatoriais, de acordo com a significância prática, recomendam-se valores $\pm 0,30$ ^(37; 40).

Em situações de incerteza do modelo, Browne⁽⁴¹⁾ acredita que análises exploratórias são mais indicadas. Nessas situações, o uso da análise fatorial exploratória, com rotação da matriz fatorial, parece preferível, conforme a Figura 1, que segue.

Figura 1 - Etapas das análises de validades: AFE

Fonte: Adaptado de Hair ⁽³⁷⁾.

Seleção de um método fatorial: consiste em selecionar o método de extração dos fatores, que pode ser análise de fatores comuns ou análise de componentes. A escolha baseia-se sobre como a variância pode ser particionada, sempre considerando o objetivo do estudo.

Especificação da matriz fatorial: é a etapa que decide o número de fatores a serem extraídos, onde a combinação particular de variáveis originais explica a maior parte da variância nos dados como um todo e assim, sucessivamente, até que toda a variância seja explicada. Nesse momento, é importante definir o critério de parada (raiz latente, *a priori*, percentagem de variância e teste *scree* ⁽³⁷⁾).

Seleção do método rotacional: compreende a simplificação da estrutura fatorial, emprega-se um método de rotação que dê resultados mais simples e significativos, são eles: rotação ortogonal e oblíqua.

Interpretação da matriz fatorial rotacionada: tem a finalidade de identificar a estrutura entre as variáveis distintas para cada fator (significância das cargas, nomeação dos fatores e comunalidades).

Reespecificação do modelo fatorial: é feita nos casos em que ocorrem problemas na solução fatorial, como quando uma variável não tem carga significativa, comunalidades muito baixas e/ou variáveis com cargas cruzadas, sendo necessária a execução de ações para corrigir a problemática com a eliminação de variáveis, mudança no número de fatores, por fim, uma nova proposta de estrutura fatorial.

Validação da matriz fatorial: compreende avaliar o “grau de generalidade dos resultados para a população e da influência significativa de casos sobre os resultados gerais”, numa perspectiva confirmatória⁽³⁷⁾.

A AFE explora os dados para identificar potenciais constructos, utilizando-se de amostra que é separada antes de atingir o ponto da tentativa de confirmar um modelo de mensuração (AFC com Modelagem de Equações Estruturais-SEM). Os resultados da AFE podem ser úteis no desenvolvimento de teoria que norteará um modelo proposto de mensuração. É aqui que a AFC entra em jogo para confirmar ou não o modelo proposto pela teoria de mensuração oriundo da AFE⁽³⁷⁾. Na Figura 2, subsequente, vêm apresentadas as etapas de análises de validades: AFE, AFC e SEM.

Figura 2 - Etapas das análises de validades: AFE, AFC e SEM

Fonte: Adaptação de Maroco⁽⁴²⁾.

Neste sentido, a Modelagem de Equações Estruturais é uma técnica aplicada para analisar em que padrão *a priori* de cargas fatoriais mede exatamente a teoria proposta⁽³⁷⁾. A SEM (Figura 2) compreende um complexo percurso de cálculos, com etapas sucessivas, que vão desde o modelo teórico até a aceitação ou não do mesmo, que deve obedecer a uma estratégia bem definida *a priori* ⁽⁴²⁾.

Modelo teórico, especificação e identificação: nesse estágio, as possíveis relações entre as variáveis que serão analisadas, numa perspetiva confirmatória, são projetadas como a teoria de mensuração com a finalidade de justificar como conjuntos de itens medidos representam um conjunto de construtos. No caso da estratégia de modelagem, é o retrato visual do modelo teórico que especifica um único modelo e seu conjunto de relações, “isto ou funciona, ou não funciona”⁽³⁷⁾.

Estimação do modelo: consiste em estimar os parâmetros das forças das relações entre as variáveis e/ou os construtos. Os dados podem ser analisados por meio das matrizes de covariâncias ou das matrizes de correlações das amostras observadas. Essa etapa da SEM tem o objetivo de encontrar um conjunto de estimativas significantes para os parâmetros do modelo

(cargas fatoriais, coeficientes de regressão, covariâncias) que potencialize a probabilidade de observar as correlacionadas variáveis manifestas na amostra⁽⁴²⁾. É obtida por meio de métodos iterativos, ou seja, de solução aproximada e não exata, sendo o tradicional e mais utilizado o método da Máxima Verossimilhança, de interesse deste estudo⁽³⁷⁾.

Validade da qualidade do ajustamento do modelo: tem o propósito de analisar quão bem o modelo teórico explica a estrutura correlacional das variáveis medidas na amostra estudada⁽⁴²⁾. Para Hair⁽³⁷⁾, aqui os dados são examinados sob os aspectos da validade de constructo por meio de várias medidas empíricas, se testam ou se confirmam a validade do modelo teórico de mensuração. Neste estudo, são utilizados os índices de qualidade de ajustamento (GOF), como seguem:

- a. Índices de ajuste absoluto: são medidas diretas de qualidade do ajustamento, avaliam a qualidade do modelo de *per se*, sem comparação com outros modelos.
 - a.1 Razão qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/gl); de acordo com Hair⁽³⁷⁾, essa é a medida fundamental de ajuste. Considerado para esse estudo valor ≤ 3 como bom ajustamento do modelo^(43; 44).
 - a.2 *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA); essa medida é a que melhor representa o quão bem o modelo se ajusta a uma população e não apenas a uma amostra usada para estimação. Valores inferiores a 0.07 são recomendados para a maioria dos modelos aceitáveis⁽³⁷⁾.
- b. Índices de ajuste incremental: são medidas que avaliam a qualidade do modelo, comparando o ajustamento do modelo especificado com outro modelo alternativo de referência.
 - b.1 *Comparative Fit Index* (CFI), um dos índices mais usados dentre as medidas de ajuste. Os valores abaixo de 0.90 não são associados geralmente com um modelo que se ajusta bem⁽³⁷⁾. Bentler⁽⁴⁵⁾ considera bom ajustamento do modelo valores entre 0,90 a 0,95.

Dentro das diretrizes para estabelecer ajuste aceitável, é importante considerar que o uso de múltiplos índices de diferentes tipos, três ou quatro, geralmente oferece evidência adequada de ajuste do modelo. Dentre eles, o estudo deve fornecer pelo menos um índice incremental e um índice absoluto, além do valor χ^2 e dos graus de liberdade associados. Portanto, um modelo que analisa o valor χ^2 e graus de liberdade, CFI e RMSEA, disporá de informações suficientes para o estudo⁽³⁷⁾.

Ajustamento local: estimado pelos pesos fatoriais, sendo que os valores considerados adequados são $\geq 0,50$, confirmando que a especificação dos itens é correta⁽⁴²⁾.

Validação do modelo: consiste na análise realizada depois da validade do ajustamento do modelo, por meio de equações estruturais multigrupos, com o uso do teste da diferença do qui-quadrado, dividindo-se a amostra total em duas amostras aleatórias com aproximadamente o mesmo tamanho.

Conforme Maroco⁽⁴²⁾, quando um modelo fatorial proposto demonstra ser invariante entre grupos e que os fatores, as cargas fatoriais e as covariâncias entre os fatores não diferem significativamente entre grupos, têm-se um modelo com invariância fatorial. Portanto, o modelo proposto é válido para a população do estudo, se as amostras forem representativas da população, apresentando validade externa.

A análise da invariância apresenta três propostas de modelo: configural (se o número de fatores é o mesmo entre todos os grupos), métrico (se os grupos se diferenciam em relação às cargas fatoriais e seus respectivos itens) e escalar (se a média dos itens é equivalente entre os grupos)⁽⁴²⁾.

A *Invariância* é um pré-requisito para qualquer estudo que tenha por objetivo avaliar diferenças entre grupos. Isso porque, se o instrumento estiver inviesado para outro grupo, quaisquer diferenças encontradas entre os grupos podem estar relacionadas não às diferenças reais nos níveis de traços latentes dos sujeitos, mas sim a parâmetros não equivalentes do instrumento utilizado⁽⁴⁶⁾.

Dessa forma, admitem-se três maneiras de validade mais consensualmente aceitas: convergente, discriminante e nomológica, sendo as duas primeiras o interesse desse estudo^(47; 37; 48). A utilização mais direta de SEM é uma estratégia de modelagem confirmatória, objeto do presente estudo⁽³⁷⁾.

A *validade de constructo convergente* avalia o nível de correlação entre duas medidas de um mesmo conceito (deve ser alto); ou seja, os itens que pertencem a um mesmo fator devem compartilhar uma alta proporção de variância em comum. Dessa forma, os itens de um determinado fator têm suas cargas bem saturadas para este fator, justificando seus comportamentos de saturação. É obtida por meio da média das variâncias dos itens que o fator explica, variância extraída média (VME) pelo fator (adequada se $\geq 0,50$)^(49; 37).

A *validade de constructo discriminante* ocorre quando o nível de correlação entre duas medidas de um mesmo conceito deve ser baixo, ou seja, os itens altamente correccionados em

um fator devem comportar-se com baixas correlações com os demais fatores do instrumento. Logo, esse constructo onde seus itens são fortemente correlacionados apenas com esse único fator se resume enquanto um constructo verdadeiramente diferente dos demais, medindo fenômeno que nenhum outro consegue medir. É obtida quando a VEM de um fator e a VEM de outro fator distinto é $\geq$ a correlação do quadrado dos dois fatores^(37; 42; 50).

3.2.2 Confiabilidade

Segundo Hair⁽³⁷⁾, a confiabilidade é uma avaliação do grau de consistência entre múltiplas medidas de uma mesma variável, está relacionada com a capacidade de um instrumento medir com precisão, consistência e estabilidade⁽⁵¹⁾.

A confiabilidade de um instrumento pode ser avaliada por meio de diferentes métodos, o mais utilizado é a consistência interna, o alfa de Cronbach^(52; 37).

Zeller⁽⁵³⁾ afirma que, quando os itens correlacionados medem comportamentos que estão associados (covariam), pode-se dizer que há consistência entre eles no instrumento. Itens que medem eventos pouco ou não correlacionados com o restante dos itens da escala diminuem o coeficiente alfa de Cronbach, e no resultado da análise, é possível verificar quais são eles. A ideia de consistência interna é que os itens da escala devem medir o mesmo constructo, e assim terem correlações altamente significativas entre si^(54; 55). Os valores do alfa de Cronbach são considerados aceitáveis com coeficientes acima de 0,70^(56; 57).

Também estão disponíveis as análises de confiabilidade obtidas a partir da AFC, discutidas neste estudo, a confiabilidade composta (CC), que estima a consistência interna dos itens que são reflexos do fator, indicando o grau em que esses itens são manifestações consistentes do fator (adequada se $\geq 0,70$)⁽⁴⁹⁾.

3.3 O INSTRUMENTO GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS - SHORT SCREENER (GAIN-SS)

O GAIN - *Global Appraisal of Individual Needs* é uma família de avaliações baseada em evidências. Os instrumentos abrangem um instrumento de rastreamento (GAIN-SS), o qual leva de cinco a dez minutos para ser administrado, uma avaliação rápida de 30 a 45 minutos e

uma avaliação biopsicossocial completa com duração de 90 a 120 minutos (GAIN I - Inicial)⁽⁵⁸⁾.

A primeira versão em inglês do Global Appraisal of Individual Needs – GAIN, em 1993, foi elaborada em parceria entre profissionais da área da Saúde, pesquisadores e gestores de várias instituições, para a criação de um instrumento que fosse capaz de avaliar e integrar necessidades biopsicossociais do paciente. Portanto, o GAIN é um instrumento baseado em evidências e seu uso abrange adolescentes e adultos em serviços ambulatoriais, internação hospitalar, e outros^(58; 59). O conjunto GAIN faz parte do Sistema ABS – *Global Appraisal of Individual Needs Assessment Building System*, que inclui aplicativos *on line* voltados para a mensuração dos resultados, materiais de formação, treinamento e protocolos de acompanhamento de casos desenvolvidos numa cooperação entre a *Chestnut Health Systems* – CHS com agências federais dos Estados Unidos da América (EUA), *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, *National Institute on Drug Abuse* e *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, já em uso por 49 Estados americanos, e ainda pelo Canadá⁽⁶⁰⁾. De acordo com Dennis⁽⁶¹⁾, nos países: Japão, Rússia, Filipinas, Vietnã, Polônia, Egito, Bélgica, África do Sul e Espanha, Estados indianos e regiões que falam um dialeto asiático (Hmong), há versões mais curtas do instrumento, traduzidas e com análises em progresso, apoiando relatórios de pesquisa e publicações científicas^(62; 58; 59; 63).

O GAIN-I é um instrumento de mensuração psicossocial que integra o estado clínico com as evidências da pesquisa científica por meio de entrevista estruturada. Contém 103 escalas e índices que avaliam os problemas, mensuram as mudanças e documentam o uso de serviços. É dividido em oito seções principais (antecedentes, uso de substâncias, saúde física, comportamentos de risco, saúde mental, ambiente, aspectos legais e potencialidades vocacionais), permitindo a coleta de dados relacionados ao consumo de substâncias, a transtornos mentais e às necessidades do indivíduo, baseados no CID 10 e no DSM IV. O instrumento está disponível para uso em pesquisas sobre Saúde Mental, como consumo de AOD, diagnóstico, tratamento, avaliação da evolução do paciente, entre outros aspectos pertinentes ao cuidado de adolescentes e adultos usuários dos serviços de Saúde^(64; 65).

Por meio de revisão integrativa, foi possível fazer uma breve descrição das diversas versões do GAIN, cada uma construída para oferecer uma abordagem progressiva para a avaliação em diferentes momentos e populações (GAIN-I, GAIN monitoring 90 days-GAIN M90, GAIN Quick-GAIN Q, GAIN-Q–Monitoring 90 Days-GAIN QM, GAIN Short Screener-GAIN-SS e Treatment Satisfaction Index. Índice de satisfação com o tratamento-TxSI)⁽⁶⁵⁾.

O GAIN-I apresenta, nas suas escalas principais, estudos com alfas acima de 0,90 e as subescalas acima de 0.70. Análises com métodos de relato de uso de AOD comparando com exames de urina e saliva para determinar a validade dos itens foram amplamente consistentes com a estimativa combinada de qualquer uso (kappa de 0,59 para autorrelato, 0,69 para urina e 0,56 para saliva) e foi confiável em um estudo teste-reteste ($\rho = 0,94$) (Lennox et al., 2006). Outros dados de tratamento autorreferidos do GAIN também são consistentes ($r = 0,78$)⁽⁶⁷⁾.

Segundo Titus⁽⁶²⁾, análises psicométricas confirmam que as versões reduzidas (GAIN-SS e GAIN-Q - GAIN R - GAIN Rápido) são confiáveis, evidenciando equivalência com as versões completas (GAIN-I e GAIN-M90) e mostram convergência nos índices de validade e confiabilidade.

O GAIN-I é bem aceito pela literatura mundial, porém exige treinamento profissional (de dois a três meses) e um período relativamente longo com o indivíduo para sua aplicação (em torno de 90 a 120 minutos)⁽⁶⁵⁾. Apesar de o instrumento ser eficiente na coleta de informações, precisa de um tempo longo para completar todo o processo de aplicação, justificando a necessidade de estratégias mais rápidas e eficientes para a coleta de dados, que tornassem o processo mais viável⁽⁶⁸⁾.

Assim, houve a necessidade de desenvolver o GAIN-Short Screener, que pudesse ser fácil e rapidamente aplicado para distinguir as pessoas que têm um distúrbio e as pessoas que não têm. Consistente com o GAIN completo, tem a finalidade de ser válido para populações adultas, de fornecer medidas de gravidade de um modo geral e em quatro principais dimensões de problemas emocionais/comportamentais (internalização, externalização, AOD, crime/violência), e de triar nessas dimensões, subsidiando orientações para a avaliação complementar, apoiando a tomada de decisão clínica sobre as necessidades de diagnóstico e tratamento. O GAIN-SS oriundo do GAIN-I, em 2006, foi desenvolvido para atender essa necessidade na coleta de dados, que tornasse o processo de triagem mais ágil e hábil, já que o instrumento inicial leva um tempo longo para completar a investigação, apesar de sua potencialidade⁽⁶⁹⁾.

O processo de construção do GAIN Short Screener (GAIN-SS) foi formado por diferentes etapas, tendo como etapa inicial a construção do modelo estatístico substancial de problemas emocionais e comportamentais, nos quais o GAIN-I se baseia. Esse modelo pressupõe um fator subjacente de segunda ordem de várias morbidades que possa ser representado por um escore total de sintomas denominado Escala Geral de Gravidade

Individual (GISS; 123 itens) ⁽⁶⁹⁾. Na sequência, a Figura 3 expõe o GAIN-Modelo de Problemas Emocionais e Comportamentais.

Figura 3 - GAIN- Modelo de Problemas Emocionais e Comportamentais

* Transformação de cargas cruzadas na escala de crime e violência nas versões estatísticas deste modelo.

Fonte: Dennis⁽⁶⁹⁾.

Tais sintomas apresentam-se divididos em quatro dimensões principais, são baseados no DSM-IV-TR (APA), com exceção da dimensão Crime /Violência:

a) Escala Interna de Angústia Mental (IMDS; 43 itens): é um escore de sintomas relacionados a distúrbios internalizantes (somático, ansiedade, depressão, estresse traumático e pensamentos suicidas); também se respalda na Hopkins Symptom Checklist 90 (HSCL-90), na Escala do Mississippi de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD) e em itens comuns de triagem para risco de suicídio; **b) Escala de Complexidade de Comportamento (BCS; 33**

itens): é um escore relacionado a distúrbios externalizantes (déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade e transtorno de conduta) tem base nos distúrbios mais comuns na adolescência, mas passíveis nos adultos (correlacionados com a gravidade do uso de AOD); **c) Escala de Problemas de Substâncias (SPS; 16 itens):** é um escore de sintomas relacionados a qualquer distúrbio por uso de AOD (abuso, dependência, problemas de saúde física e mental induzidos por substâncias); está associado a maior probabilidade de distúrbios internalizantes e externalizantes; **d) Escala de Crime/Violência (CVS; 31 itens):** é um escore de ações cada vez mais violentas relacionadas a conflitos interpessoais e crimes (relacionados a drogas, propriedades e relações interpessoais), baseado na Escala Tática de Conflitos e nas versões resumidas das categorias de relatórios de crimes (UCR) do FBI ⁽⁶⁹⁾.

Na etapa seguinte, deu-se o processo de adaptação do GAIN-I, utilizando a Escala Geral de Gravidade Individual, que desenvolveu o GAIN-SS, de 23 itens distribuídos em quatro. Em cada fator, foi usado pelo menos um item de cada uma das subescalas do fator (Figura 3). A escolha dos itens foi baseada na maior correlação item-total com o restante da subescala e escala (análise Rasch, para adolescentes e adultos separadamente), elegeu-se, em média (adolescentes e adultos), o item que melhor funcionou em. A versão final possui um escore de rastreio de desordens total (TDSr), com quatro medidas em domínios de cinco itens que correspondem ao modelo na Figura 3 (Rastreio de Desordens Internalizantes - IDSr, Rastreio de Desordens Externalizantes - EDSr, Rastreio de Desordens por Substâncias - SDSr e Rastreio por Crime/Violência Screener - CVScr)⁽⁶⁹⁾.

A terceira etapa foi realizada com vistas nas medidas de validade (constructo e critério) do GAIN-SS. Para tanto, os autores partiram de uma análise fatorial confirmatória, uma comparação da matriz de correlação de Pearson entre as escalas GAIN-I e GAIN-SS, consistência interna (alfa de Cronbach e uma medida "eficiência") e validade discriminante (sensibilidade e especificidade) por meio de análise de características operacionais do receptor (ROC). Essas análises foram feitas, separadamente, para adolescentes e adultos, tanto para o instrumento como um todo, como para os seus respectivos fatores⁽⁶⁹⁾.

Análises psicométricas do GAIN-SS são representativas com o GAIN-GISS e seus domínios correspondentes. Uma redução nos índices de confiabilidade, embora esperada, mostrou-se mais severa do que o desejado (variação de 0,61 a 0,70). Os resultados indicam que modelos unidimensionais ajustam-se aos dados para três dos quatro domínios (IDSr, EDSr e SDSr)⁽⁷⁰⁾.

McDonnell⁽⁷¹⁾ verificou que o GAIN-SS, embora em uso bastante difundido, ainda apresenta pouca informação sobre sua confiabilidade e validade. Os autores do instrumento analisaram as propriedades psicométricas em adolescentes e adultos. Entre adolescentes, o escore total do GAIN-SS e seus quatro domínios demonstraram consistência e validade internas adequadas com o GAIN completo⁽⁶⁹⁾. Nessas análises consta adequação geral dos itens, significativas evidências de confiabilidade e apenas indícios isolados de desajuste dos itens^(72; 73; 74; 75). Os estudos psicométricos do GAIN-SS apresentam, principalmente, o uso da curva de ROC (receptores das curvas de característica operacional) que se destina a identificar pontos de corte de diagnóstico baseados em achados de sensibilidade e especificidade^(69; 71; 73; 76).

O GAIN-SS (Anexo B) é um rastreio inicial para identificação, porém não substitui uma avaliação mais minuciosa e cuidadosa. Por sua eficiência e fácil implementação, pode ser utilizado nos serviços de AB, na escola, em prontos-socorros, entre outros, interessados na detecção precoce de transtornos mentais e intervenção⁽⁶⁹⁾. O instrumento mensura 23 sintomas e, quando foi a última vez que aconteceram (nunca, há mais de um ano, de quatro a 12 meses atrás, de dois a três meses atrás, ou no último mês), resultando escores em cinco áreas da pessoa: sintomas de internalização, sintomas de externalização, uso de substâncias, crime e violência e escore de gravidade total⁽⁷⁷⁾.

Na prática, o uso do GAIN-SS revela-se promissor, pois tem proposta de agilidade e eficiência. Nessa perspectiva, Claro⁽⁷⁸⁾ discute a origem de um projeto matricial Desenvolvimento da versão Brasileira do *Software* GAIN – ABS e Validação dos Instrumentos GAIN para uso no Brasil, do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com o objetivo de propiciar o uso da versão brasileira válida e confiável nos serviços de Saúde. Em 2015, um estudo de validação da versão brasileira do GAIN-SS avaliou as propriedades psicométricas do instrumento adaptado ao português falado no Brasil, na versão Rastreio Rápido.

O Sistema ABS fornece um relatório simplificado, exteriorizando as áreas prováveis de risco, as necessidades de avaliação e conduções mais complexas para o usuário de AOD na perspectiva da RAS. No Brasil, está parcialmente traduzido e adaptado para o português brasileiro, sobretudo no que tange às informações úteis na aplicação da versão brasileira do GAIN-SS (AGNI-RR). O relatório pode também subsidiar maior eficácia de outras triagens e intervenções, pode ser um forte apoio na construção do Projeto Terapêutico Singular⁽⁷⁷⁾.

AGNI-RR (Anexo A) é a versão brasileira do Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS). O estudo de validação do AGNI-RR no Brasil apresenta nível de consistência interna compatível com a versão original e AGNI-I e o AGNI-RR têm validade convergente. As quatro subescalas do AGNI-RR correlacionam-se significativamente com as escalas do AGNI-I, bem como a escala total de transtorno (TDSr) do AGNI-RR com a escala de gravidade geral do AGNI-I (GISS), sendo consideradas válidas em sua convergência. De modo geral, as versões dos instrumentos assemelham-se à versão original em seu desempenho (AGNI-I e do AGNI-RR)⁽⁷⁸⁾, cuja versão final encontra-se no Quadro 1:

Quadro 1 - Versão Brasileira do Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener-AGNI-RR

Domínio	Item	Questão
Desordens Internalizantes	1a	Depressão
	1b	Ansiedade
	1c	Estresse Traumático
	1d	Somático
	1e	Pensamentos suicidas
	1f	Pensamentos suicidas
Desordens Externalizantes	2a	Transtorno de conduta
	2b	Déficit de atenção
	2c	Déficit de atenção
	2d	Déficit de atenção
	2e	Hiperatividade/impulsividade
	2f	Hiperatividade/impulsividade
	2g	Transtorno de conduta
Desordens por AOD	3a	Abuso e Dependência Química
	3b	Dependência Química e Problemas de saúde física
	3c	Dependência Química
	3d	Dependência Química
	3e	Problemas de saúde física e mental
Crime e Violência	4a	Conflitos interpessoais
	4b	Crimes (relacionados a propriedades)
	4c	Crimes (relacionados a drogas)
	4d	Crimes (relacionados a drogas)
	4e	Conflitos e Crimes interpessoais (relações interpessoais)
Dicotômico	5	Problemas psicológicos, de comportamento ou pessoais.

Fonte: Adaptado de Claro ⁽⁷⁷⁾.

3.4 EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DO GAIN-SS: SUSTENTAÇÃO DA LITERATURA

Sob uma perspectiva de conhecer e obter informações sobre as evidências de validação do GAIN-SS para triagem rápida em serviços de Saúde, foi realizada revisão sistemática da literatura, de acordo com as diretrizes da recomendação de Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA).

A revisão foi desenvolvida em 21 bases de dados, sendo: LILACS, SciELO, Medline, Scopus, Web of Science, BVS, Embase, PsycINFO, BDENF, PAHO, WHOLIS, PubMed, Open Thesis, Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo, Proquest, Cochrane, Evidence Based Medicine, Essential Evidence Plus, Joanna Briggs Institute of Systematic Reviews and Implementation Reports, Google Scholar e Grupo de Coordenação do Projeto GAIN (Chestnut Health Systems-EUA) baseada na estratégia de busca “GAIN-SS”.

Definiram-se como critérios de inclusão dos achados: (a) artigos originais publicados na íntegra; (b) que correspondessem a estudos de validação do GAIN-SS. Foram excluídos da busca todos os artigos de revisão, trabalhos publicados em anais de eventos e que não abordassem estudos de validação. Durante a estratégia de busca, os filtros utilizados foram somente dois: período (2006-2018) e idioma (português, inglês ou espanhol) para poder ampliar a busca dos estudos de validação.

Na aplicação de estratégia de busca, utilizou-se o termo “GAIN-SS”, sem especificador, porém, para a Medline “GAIN-SS [all fields]”. Houve um corte temporal entre os anos de 2006 e 2018; considerando que o GAIN-SS foi desenvolvido somente no ano de 2006, foi a única restrição no procedimento de busca de dados.

Foram identificados 456 estudos nas fontes primárias de pesquisa (LILACS, SciELO, Medline, Scopus, Web of Science, BVS, Embase, PsycINFO, BDENF, PAHO, WHOLIS, PubMed) e 616 estudos nas plataformas de pesquisa Google Scholar, por meio da busca nas bases de dados eletrônicas. Desses 1.082 estudos, 55 foram excluídos por duplicação (5%), ficando 1.027 estudos para análises. Considerando os artigos que não abordavam estudos sobre o instrumento GAIN-SS, foram excluídos 875 (85%), o que significa que 152 (15%) traziam em seu estudo o GAIN-SS e, por isso, foram incluídos. Também foram removidos 141 (93%) do total de 152, pois não eram estudos psicométricos, apesar de serem estudos com o GAIN-SS. Após análise mais detalhada e considerando os critérios de exclusão, ficaram 11 (7%)

trabalhos para a etapa seguinte de interpretação e comparação entre estudos e os elementos contidos em cada um, encontrando elementos e evidências significativas acerca da validação do GAIN-SS. A Figura 4, seguinte, apresenta o Diagrama de fluxo da Revisão Sistemática do GAIN-SS.

Figura 4 - Diagrama de fluxo da Revisão Sistemática do GAIN-SS

Fonte: Liberati ⁽⁷⁹⁾.

Diante do exposto, dos estudos analisados, nove (82%) foram publicados nos anos de 2013 a 2017, sendo que desses, dois (18%) foram realizados no Brasil, destacando-se o EUA com três (27%) estudos no período.

Todos os estudos foram publicados na língua inglesa. Entre as revistas que mais publicaram, destacaram-se: Elsevier (18%), no Journal of Substance Abuse Treatment.

Nessa revisão, identificou-se que o instrumento GAIN-SS foi usado internacionalmente para estudos relacionados às necessidades em AOD e transtornos mentais em diferentes culturas, como na Polônia e no Egito ⁽⁸⁰⁾, Bélgica ⁽⁸¹⁾, África do Sul ⁽⁸²⁾, Canadá ^(83; 84), Brasil ^(77; 85) e EUA ^(86; 71; 69; 70), conforme mostra o Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na Revisão Sistemática do GAIN-SS

(continua)

Autor/Ano/ País	Objetivos da análise	Tipo de Estudo	Amostra	Versão do GAIN-SS	Análise realizadas					
					ATC	F	Co	Cto	Cr	Cf
Kira et al., 2017. Polônia e Egito.	Examinar a validade da dinâmica por trás dos efeitos negativos da discriminação de gênero (GD) na saúde mental.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	596 mulheres: 319 do Egito e 277 da Polônia.	Adapted GAIN Short Screener (GAIN-SS)	X	-	-	X	-	X
Mortier et al., 2017. Bélgica.	Identificar padrões de pensamentos e comportamentos suicidas (STB) entre calouros e desenvolver um algoritmo de rastreio de risco para persistência desses padrões (STB).	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte prospectivo.	2.566 estudantes calouros.	GAIN-SS ³²	-	-	-	-	X	-
Claro, 2015. Brasil. Brasil.	Avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreio Rápido.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	110 pacientes (40 pacientes internados e 70 ambulatoriais).	GAIN-SS	X	-	-	X	X	X
Claro et al., 2016. Brasil.	Apresentar evidências sobre a consistência e validade convergente das Versões portuguesas, no Brasil do GAIN-I e GAIN-SS.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	180 indivíduos de um atendimento hospitalar e/ou ambulatorial de base comunitária.	GAIN-SS	X	-	-	X	X	X

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na Revisão Sistemática do GAIN-SS

Autor/Ano/ País	Objetivos da análise	Tipo de Estudo	Amostra	Versão do GAIN- SS	Análise realizadas					
					ATC	F	Co	Cto	Cr	Cf
Carney, Myers, Louw, 2016. África do Sul.	Comparar a Confiabilidade do CRAFT, do PESQ e da subescala de SDSr (GAIN-SS) entre adolescentes na Cidade do Cabo, África do Sul.	Psicométrico com Dados obtidos por estudo em corte transversal.	231 adolescentes de 12 a 19 anos.	GAIN-SS	-	-	-	X		X
Stucky, Edelen, Ramchand, 2014. EUA.	Avaliar a estrutura de fatores subjacentes e avaliar a utilidade das escalas em fornecer estimativas de pontuação precisa em vários locais de gravidade.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	6.909 adolescentes em tratamento ambulatorial	GAIN-SS	-	-	-	X		X
Veldhuizen, Rush, Urbanoski, 2014. Canadá.	Avaliar vantagens e desvantagens de uma única questão de triagem (SSQ) para Transtorno Mental e Transtorno no Uso de Substâncias.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	544 adultos em tratamento ambulatorial de transtorno por uso de substância.	GAIN-SS	-	-	-	-	X	-
Rush et al., 2013. Canadá.	Validar e comparar o desempenho de quatro ferramentas de triagem para transtornos mentais.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	544 clientes de três centros de tratamento de dependência química.	GAIN-SS- IDSr	-	-	-	-	X	-

(continuação)

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na Revisão Sistemática do GAIN-SS

Autor/Ano/ País	Objetivos da análise	Tipo de Estudo	Amostra	Versão do GAIN-SS	Análise realizadas						(conclusão)
					ATC	F	Co	Cto	Cr	Cf	
Garner, Belur, Dennis, 2013. EUA.	Examinar como as quatro subescalas do GSS e sua soma preveem futura prisão ou encarceramento entre indivíduos em tratamento para transtorno de uso de substância.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	6.815 jovens de 55 locais de tratamento nos Estados Unidos.	GAIN-SS	-	-	-	-	X	-	
McDonell et al., 2009. EUA.	Examinar a adequação do GSS como uma ferramenta de triagem para psiquiatria e transtornos por uso de substância.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	95 pacientes de 13 a 19 anos (internados e ambulatoriais).	GAIN-SS	-	-	-	X	X	X	
Dennis, Chan, Funk, 2006. EUA.	Descrever o desenvolvimento do GSS, validar seu uso como uma medida dimensional e identificar os pontos de corte clínicos ideais para a tomada de decisão clínica.	Psicométrico com dados obtidos por estudo em corte transversal.	6.177 adolescentes e 1.805 adultos.	GAIN-SS	-	-	-	X	X	X	

(conclusão)

TC: Adaptação Transcultural; F: Face; Co: Conteúdo; Cto: Constructo; Cr: Critério; Cf: Confiabilidade

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

No Quadro 2, nota-se que sete (64%) dos estudos eleitos tiveram como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do instrumento GAIN-SS^(77; 85; 82; 70; 84; 71; 69). Entre eles, observa-se que apenas dois (18%) realizaram o processo de tradução e adaptação transcultural, validade de face ou conteúdo, complementados por análise de validades^(77; 85).

Ao final, pode-se identificar que dos 11 estudos analisados, quatro (36%) não efetuaram validade de constructo e nem apresentaram a análise de confiabilidade do instrumento^(81; 83; 84; 86).

Na sequência, no Quadro 3, constam as características dos estudos que realizaram análise de validação e confiabilidade do instrumento:

Quadro 3 - Estudos da Revisão Sistemática que realizaram análise de validade (constructo/critério) e confiabilidade

(continua)

Autor/Ano/ País	Versão do Instrumento	Constructo	Critério	Confiabilidade
Kira et al., 2017. Polônia e Egito.	Adapted GAIN-SS	Constructo (AFE e AFC): 32 itens em três domínios (internalização: nove; externalização e abuso de substâncias: 14; e transtorno do pensamento: 9 itens), sem registro das medidas (cargas fatoriais, variância total explicada, KMO).	Não houve.	Confiabilidade: $0,74 \leq \alpha \leq 0,82$; teste-reteste usando um método independente: (quatro semanas) evidenciou excelentes coeficientes de estabilidade (internalização 0,970; externalização 0,908 e transtorno do pensamento 0,923).
Claro, 2015. Brasil.	GAIN-SS	Constructo (ACP): 23 itens em quatro dimensões, com cargas fatoriais acima de 0.6, sem registro das medidas (variância total explicada, KMO). Apresentou indícios de que haja outra dimensão na escala, deixando de confirmar sua unidimensionalidade.	Critério convergente: correlações moderadas e significantes entre o domínio de severidade (GAIN-I) vs rastreador Total de desordem (GAIN-SS), correlações fracas entre os demais domínios.	Confiabilidade: $0,673 \leq \alpha \leq 0,828$.
Claro et al., 2016. Brasil.	GAIN-SS	Não houve.	Critério convergente: correlações moderadas e significantes entre o domínio de severidade (GAIN-I) vs rastreador Total de desordem (GAIN-SS), correlações fracas entre os demais domínios.	Confiabilidade: $0,673 \leq \alpha \leq 0,828$, onde IDScr 0,762 ^a , EDSer 0,655 ^a , SDSer 0,673 ^a , CVScr 0,446 e TDScr 0,828 ^a .

Quadro 3 - Estudos da Revisão Sistemática que realizaram análise de validade (constructo/critério) e confiabilidade

(continuação)

Autor/Ano/ País	Versão do Instrumento	Constructo	Critério	Confiabilidade
Carney, Myers, Louw, 2016. África do Sul.	GAIN-SS	Não houve.	Não houve.	Confiabilidade: $0,80 \leq \alpha \leq 0,88$; teste-reteste evidenciou coeficiente de correlação intra-classe $> 0,79$.
Stucky, Edelen, Ramchand, 2014.	GAIN-SS	Constructo (AFC): KMO não relatado; os índices de ajuste evidenciaram, com exceção da escala de crime e violência, unidimensionalidade. As cargas fatoriais indicaram nos quatro fatores cargas fortes, com exceção do fator desordens externas. As cargas no fator geral são baixas (média = 0,56); variância comum explicada de 54%.	Não houve.	Confiabilidade: $0,61 \leq \alpha \leq 0,70$.

Quadro 3 - Estudos da Revisão Sistemática que realizaram análise de validade (constructo/critério) e confiabilidade

(continuação)				
Autor/Ano/ País	Versão do Instrumento	Constructo	Critério	Confiabilidade
McDonell et al., 2009. EUA.	GAIN-SS**	Não houve.	Critério convergente e discriminante: todos os domínios demonstraram validade convergente e discriminante entre as escalas (<i>YSR</i> ; <i>CRAFT</i> e <i>DPS</i>). Critério Preditivo: Características de operação do receptor (ROC) revelaram que as subescala SDS e IEDS apresentam adequadas sensibilidade (88% vs 74%) e especificidade (89% vs 77%).	Confiabilidade: $0,55 \leq \alpha \leq 0,89$.
Dennis, Chan, Funk, 2006. EUA.	GAIN-I para criar a versão GAIN-SS.	Constructo (AFC): redução para 20 itens em quatro dimensões, cargas fatoriais e variação total explicada não informadas, KMO não relatado; evidenciou carregamento cruzado (itens transtorno de conduta vs crime/violência). Em termos dos índices de ajuste (CFI; 0,92 e RMSEA; 0,06), alcançando parcialmente bons níveis de adequação;	Critério Preditivo: Características de operação do receptor (ROC) revelaram adequadas sensibilidade (90% ou +) e especificidade (92% ou +). Por idade, funcionou melhor para adultos do que para adolescentes.	Confiabilidade: $0,65 \leq \alpha \leq 0,87$; correlação de Pearson com valores altamente correlacionados ($r = 0,84$ a $0,94$) com o GAIN-I.

(conclusão)

* α : 95% CI contém o valor de 0,7 conforme recomendado pela literatura. **: apenas três subescalas do GAIN-SS foram administradas (Transtornos Internalizante (IDS), Transtornos Externalizante (EDS) e Uso de Substâncias (SDS). Uma subescala de internalização e externalização foi criada pela soma das pontuações do IDS e do EDS (IEDS)).

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

Os dados do Quadro 3 demonstraram que, dos sete estudos (100%) de evidência de validade do instrumento GAIN-SS ^(80; 77; 85; 82; 70; 84; 71; 69), a maioria (57%) procedeu à validade de constructo ^(80; 77; 70; 69), sendo três (43%) com análises do instrumento total e suas quatro subescalas ^(77; 70; 69). Destaca-se que o número de domínios e o número de itens das escalas desses estudos mantiveram-se, onde apenas um estudo (33,3%) revelou os índices de ajuste para unidimensionalidade (com exceção da subescala de crime e violência) e a variância comum explicada de 54% ⁽⁷⁰⁾. No entanto nenhum deles apresentou valores de KMO, número de fatores retidos e das respectivas cargas fatoriais. Observou-se que, dos três estudos com análise de constructo, dois (30%) fizeram análise de critério (convergente e preditiva) ^(77; 69).

A análise de confiabilidade do instrumento foi realizada em sete (58%) dos 11 estudos analisados com valores mínimos $0,61 \leq \alpha \leq 0,70$ ⁽⁷⁰⁾; $0,55 \leq \alpha \leq 0,89$ ⁽⁷¹⁾; $0,65 \leq \alpha \leq 0,87$ ⁽⁶⁹⁾ e valores máximos $0,74 \leq \alpha \leq 0,82$ ⁽⁸⁰⁾; $0,673 \leq \alpha \leq 0,828$ ^(77; 85); $0,80 \leq \alpha \leq 0,88$ ⁽⁸²⁾.

Essa revisão sistemática evidenciou que o GAIN-SS tem sido estudado por autores de vários países, inclusive o Brasil, mostrando-se um instrumento válido e confiável para a avaliação global das necessidades individuais em pessoas com sintomas de transtornos mentais e AOD. Nesse cenário, este estudo propõe-se a buscar evidências de validade de constructo do GAIN-SS na população específica de pessoas com as mesmas necessidades e usuários das Unidades Básicas de Saúde atendidas em Macapá e São Paulo.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo metodológico de validação de instrumento, sendo que faz menção às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação de instrumento em sua adaptação transcultural. Sua meta é a validação de um instrumento para a língua portuguesa, preciso e utilizável, e que possa ser empregado por outros pesquisadores e profissionais da prática clínica⁽⁸⁷⁾.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada em duas UBS, uma na cidade de Macapá-AP (UBS Marabaixo) e outra na cidade de São Paulo-SP (UBS Sé), uma vez que para o método de validação de instrumento se faz importante a investigação e/ou aplicação em diferentes espaços, realidades, regiões (Norte e Sudeste) e populações. As UBS oferecem assistência na Atenção Básica à Saúde, com atendimentos individuais e/ou em grupos (multidisciplinares, de Enfermagem, psicológico, de educação física e outros), de urgência e ambulatoriais.

UBS Marabaixo: Fundada em 2012, localizada na rua quatro, bairro Marabaixo II, na cidade de Macapá, no estado do Amapá, na Região Norte do país. O bairro Marabaixo foi extraoficialmente criado desde 1998, sem publicações de dados oficiais acerca da população; de acordo com a fonte consultada, é considerado um bairro formado por processo de urbanização desordenado (invasão). O bairro possui abastecimento de energia elétrica, contudo apresenta déficit no abastecimento de água tratada e saneamento básico na pavimentação e drenagem urbanas (asfaltamento, meio-fio, canais para escoamento das águas pluviais e sinalização)⁽⁸⁸⁾. Vale ressaltar que essa região da cidade é onde está localizado o Instituto de Administração Penitenciária do Amapá-IAPEN (presídios masculino e feminino); por essa razão, a UBS tem maior concentração de atendimentos da população carcerária, além das populações de mais sete bairros (Marabaixo I, II, III e IV; Km 9, Comunidade Lagoa dos Índios; Cabralzinho) e cinco Residenciais (Lagoa, Cajari, Buriti, Platon, Novo Mundo).

A UBS é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA-AP), por meio de Administração Direta Municipal; seus atendimentos são exclusivamente pelo SUS, funciona todos os dias, das 07h às 00h00. Tem como objetivo seguir as orientações da SEMSA-AP quanto aos programas, metas e protocolos preconizados à Atenção Básica de Saúde, assim como a garantia do funcionamento em período integral dos respectivos serviços: consultas médicas Estratégia Saúde da Família (quatro equipes) generalista (Clínica Médica, Ginecologia e Pediatria); Odontologia; consultas de Enfermagem; assistência farmacêutica; assistência domiciliar; pré-natal; puericultura; coleta de Papanicolau; imunização; administração de medicação; inalação; curativos; testagem rápida para Hepatites, sífilis, HIV; tratamentos para Tuberculose e Hanseníase; saúde reprodutiva; Atenção Integral à Saúde das Pessoas no Sistema Prisional; Academia da Saúde; Ações de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Programa Saúde na Escola; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); grupos educativos de prevenção de doenças e promoção à saúde, entre outros.

A UBS Marabaixo fica sediada em prédio de dois andares com nove consultórios odontológicos, médicos, de Enfermagem, de Nutrição, de Psicologia, da ESF; 01 farmácia; 12 salas, sendo da ESF, de observação, de vacinas, de curativos, de inalação e medicação, de malária, de testagem rápida, de coleta de exame de Papanicolau, de vigilância epidemiológica-malária, de administração/gerência, de acolhimento; 01 copa; 05 banheiros, para usuários com necessidades especiais, para usuários femininos, para usuários masculinos, para funcionários femininos, para funcionários masculinos; 01 recepção; 01 same com sala de espera, 01 auditório-sala de reunião, 01 esterilização, 01 lavanderia.

UBS Sé: Fundada em 2008, localizada na rua Frederico Alvarenga, 259 (térreo) - Parque Dom Pedro, bairro Sé (região Central), na cidade de São Paulo, no estado de São Paulo, na região Sudeste do País. Sediada em um território de 26,56 Km², composta por oito Distritos Administrativos: Sé, Santa Cecília, Liberdade, Bela Vista, Cambuci, Consolação, Bom Retiro e República. Possui importante centro comercial e financeiro (ruas: Direita, São Bento, 25 de março e Santa Ifigênia). É ainda a região da cidade com a maior concentração de imigrantes e moradores em situação de rua, bem como a alta concentração de dependentes químicos.

A UBS Sé está vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), com administração por meio de Organização Social de Saúde (OSS), com o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), com vinculação à Coordenadoria Regional de Saúde Centro. Seus atendimentos são exclusivamente pelo SUS, funciona de segunda às sextas-feiras, das 07h às 19h. Tem como objetivo seguir as orientações da SMS/SP quanto aos programas,

metas e protocolos preconizados à Atenção Básica de Saúde, assim como a garantia do funcionamento em período integral dos respectivos serviços: consultas médicas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) generalista (Clínica Médica, Ginecologia e Pediatria), Odontologia, Consultas de Enfermagem, assistência farmacêutica, assistência domiciliar, pré-natal, puericultura, coleta de Papanicolaou, imunização, vigilância epidemiológica, administração de medicação, inalação, curativos, coleta de exames laboratoriais, serviço social, NASF, grupos educativos de prevenção de doenças e promoção da saúde, regulação, entre outros. Também contempla o serviço de duas equipes de Consultório de Rua “Bompar” para o acolhimento e atendimento de população vulnerável em situação de rua.

A UBS Sé fica sediada em prédio de dois andares, com 09 consultórios odontológicos e médicos; 01 farmácia; 12 salas, sendo multidisciplinar, de regulação, de vacinas, de curativos, de inalação e medicação, de coleta de exame de Papanicolau, de vigilância epidemiológica, de administração, de gerência, de acolhimento; de reunião; 01 copa; 04 banheiros (para usuários femininos, para usuários masculinos, para funcionários femininos, para funcionários masculinos); 01 recepção; 01 same com sala de espera, 01 auditório, 01 esterilização, 01 lavanderia e 01 Abrigo de Resíduos Externo.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (instituição proponente), com o parecer nº 2.125.494 (Anexo F), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (instituição coparticipante), parecer nº 2.176.623 (Anexo G) e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (instituição coparticipante) e parecer nº 2.248.472 (Anexo H). A coleta de dados teve início somente após a emissão das cartas de anuências das instituições envolvidas no estudo (Anexos D e E).

Os participantes do estudo assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), após explicação detalhada dos objetivos, dos riscos e benefícios da pesquisa, bem como tiveram assegurados: a vontade de participar ou não, o sigilo e o anonimato do estudo, ficando uma via na posse do participante e a outra na posse do pesquisador.

4.3.1 Riscos da coleta de dados

Um possível risco cogitado pelo pesquisador desta proposta de estudo foi o estresse emocional, uma vez que os itens interrogados aos indivíduos são de ordem pessoal e avaliam Saúde Mental e problemas relacionados ao consumo de substâncias. Indivíduos que apresentaram alterações detectadas como estressoras (choro, mal-estar etc.) foram encaminhados para a avaliação da equipe de saúde da UBS e acolhidos em suas necessidades.

4.3.2 Benefícios da coleta de dados

As informações coletadas pelos instrumentos: sociodemográfico e clínico e a versão brasileira do GAIN-SS são consideradas, pela literatura, como relevantes para o planejamento terapêutico do usuário dos serviços de Saúde, e também são instrumentos que avaliam o indivíduo quanto ao uso de AOD, Saúde Mental, comportamentos de risco, aspectos socioeconômicos, aspectos legais, entre outros.

4.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída de 460 participantes, com 230 indivíduos na UBS Marabaixo-Macapá e 230 na UBS Sé - São Paulo, sendo dividida aleatoriamente em amostra A e amostra B. Para Hair⁽³⁷⁾, o tamanho de amostra mais oportuno seria numa proporção de dez observações para cada variável do instrumento, considerando esta proporção para cada análise fatorial, exploratória e confirmatória individualmente. Foram convidados a participar da pesquisa os indivíduos acolhidos no serviço de Saúde para atendimento de qualquer natureza (consulta ambulatorial, de emergência, realização de exames e outros) visto que os instrumentos foram desenvolvidos para rastreio.

Foram abordados todos os indivíduos elegíveis nas UBS no período determinado para a coleta de dados. Foi utilizado o procedimento de amostra por conveniência, uma vez que as entrevistas foram limitadas ao período de setembro de 2017 a julho de 2018.

4.4.1 Critérios de Inclusão

Indivíduos entre 18 e 60 anos de idade, com disponibilidade para submeter-se à entrevista com duração aproximada de 15 minutos (tempo este que foi esclarecido ao próprio indivíduo antes da entrevista).

4.4.2 Critérios de exclusão

Indivíduos que não pertenciam à faixa etária objeto desse estudo, os que não tinham condições de participar da entrevista com duração aproximada de 15 minutos (o que foi questionado ao próprio indivíduo). Foram excluídos ainda os indivíduos que abandonaram a coleta antes de sua finalização ou cuja entrevista não foi finalizada por qualquer outro motivo.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita no período de setembro a dezembro de 2017 na UBS Marabaixo e de abril a julho de 2018 na UBS SÉ.

4.5.1 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um conjunto de folhas composto por duas partes:

Parte I: Dados sociodemográficos, como: gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação trabalhista, renda familiar, etnia, situação familiar/conjugal, condição de vulnerabilidade e dados clínicos, como diagnóstico de transtorno mental, uso de álcool e outras drogas (idade de início, substância, padrão de uso) (Apêndice A).

Parte II: Instrumento Global Appraisal of Individual Needs- Short Screener (GAIN-SS, versão brasileira) (Anexo A).

Conforme já exposto anteriormente, o GAIN-SS adaptado para a cultura brasileira contém 23 itens em quatro domínios, IDSr (transtornos internos), EDSr (transtornos externos), SDSr (dependência química) e CVScr (crime e violência)⁽⁸⁵⁾. Cada item é precedido de uma questão com as seguintes opções de respostas, de acordo com a escala Likert: “No último mês” (4); “2 a 3 meses atrás” (3); “4 a 12 meses atrás” (2); “1 ano ou mais” (1) e “Nunca” (0)⁽⁶⁹⁾.

O escore total da escala é obtido pela soma do número de respostas dos participantes para cada período de tempo, não somando os valores de resposta (isto é, os números que aparecem nas colunas do período), com variação mínima de zero e máxima de 23⁽⁸⁹⁾. A classificação das necessidades tem os seguintes níveis: Baixo (0), que provavelmente não precisará de serviços; Moderado (de um a dois), com um possível diagnóstico e com probabilidade de beneficiar-se de uma breve intervenção; e Alto (três ou mais), com elevada probabilidade de diagnóstico e que necessitam de avaliação e intervenção mais detalhadas (diretamente ou por referência). Quanto maior a pontuação final, maior a necessidade de avaliação mais detalhada; na prática, presume-se que são necessários cuidados em Saúde Mental, quando em cada um dos quatro domínios, a pontuação for de um ou mais⁽⁶⁹⁾.

4.5.2 Procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados nas UBS foi feita pelo pesquisador principal e por acadêmicas de Enfermagem EEUSP (Iniciação Científica). Essas acadêmicas submeteram-se a treinamento, quando lhes foi dada informação sobre o instrumento GAIN-SS, desde sua origem até a versão brasileira, além dos objetivos dos estudos e do método proposto para a coleta de dados. Após o treinamento, todas receberam documentos de autorização da instituição UBS Sé, TCLE e os instrumentos. Uma semana após o início da coleta de dados em São Paulo, foi realizada uma reunião para que as acadêmicas pudessem relatar as dificuldades iniciais na pesquisa e compartilhar estratégias positivas entre o grupo.

As entrevistas foram feitas pessoalmente, com registro manual das respostas pelos entrevistados, em período diurno. Os participantes eram convidados individualmente a participar da pesquisa, dentre as pessoas que circulavam na UBS, pacientes ou acompanhantes. Nessa ocasião, explicavam os objetivos da pesquisa. Após o consentimento verbal, os entrevistados eram encaminhados para uma sala reservada, preservando-se a privacidade do indivíduo, com a presença apenas do entrevistador e do participante do estudo. Em seguida, foi feita a explanação do TCLE e colhida a assinatura. Ressalta-se que os instrumentos de coleta de dados eram lidos pelo entrevistador e era feito o registro das respostas fornecidas pelo participante. A abordagem às pessoas antes e durante as entrevistas foi pactuada com o serviço de Saúde.

4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

As análises foram efetuadas com recurso ao IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22 para *Windows* (análise fatorial exploratória) e com o programa *Amos*, versão 22 para *Windows* (Modelos de Equações Estruturais) ⁽⁹⁰⁾.

Para caracterizar a amostra, as variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) e as variáveis quantitativas foram apresentadas segundo a média e desvio- padrão.

Para a caracterização dos escores do GAIN-SS, foram utilizados os fatores validados pelas análises fatoriais exploratória e confirmatória com SEM, sendo considerada a classificação de dois níveis a partir dos escores dos itens dos fatores do GAIN-SS no último ano: Baixo, Moderado a Alto⁽⁸⁹⁾. Foi também incluído na análise o item IDSr_1_e (Pensou em acabar com sua vida ou cometer suicídio?), designado nos resultados por comportamento suicida e analisado à parte (item dicotômico). Para o escore total, foram considerados os 16 itens dos três fatores obtidos.

4.6.1 Análises psicométricas

Para analisar as evidências de validade e confiabilidade, foram realizados diferentes procedimentos estatísticos considerando os objetivos do estudo. Nessa metodologia de validação da versão brasileira do GAIN-SS, foi analisada a validade (de constructo) e confiabilidade (estrutura interna do instrumento); para tanto, foi usado o procedimento de duas análises: AFE seguida de AFC com SEM. O tamanho da amostra foi estimado para garantir pelo menos dez casos por item, em cada uma das análises propostas (dez casos por item para AFE e dez casos por item para a AFC). A amostra total foi dividida em duas para estimativa das diferentes análises, amostra A e B (cada uma composta de 230 participantes).

Na **análise fatorial exploratória** foi utilizada a amostra A e empregou-se o método dos componentes principais com rotação oblíqua (*Direct Oblimin*). Para verificar a adequação dos dados à realização da análise, foram adotados a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. Para a decisão do número de fatores a extrair, usou-se o critério baseado na extração de fatores com autovalores superiores a um (Critério de Kaiser) e foi

analisado o *scree-plot*. Para a decisão quanto à estrutura de fatores, foram considerados os valores propostos por Hair⁽³⁷⁾, com pesos fatoriais superiores a 0.50.

Na **análise fatorial confirmatória**, foi utilizada a amostra B e empregou-se o Modelo de Equações Estruturais, usando o método de estimação da Máxima Verosimilhança. Foram avaliadas a validade fatorial, a validade convergente, a validade discriminante e também a qualidade do ajustamento do modelo. Os valores de referência utilizados foram com pesos fatoriais padronizados superiores a 0.50 (validade fatorial); Variância Média Extraída (VME) superior a 0.50 (validade convergente); raiz quadrada da VME superior às correlações entre as dimensões (validade discriminante) e, para a qualidade de ajustamento do modelo, foram usados índices absolutos: Qui-Quadrado/graus de liberdade inferior a três e índices relativos: CFI (*Comparative Fit Index*) superior a 0.90 e RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) inferior a 0.07^(37; 42).

A **Invariância Fatorial** foi feita por meio de análises multigrupos, recorrendo-se ao teste do Qui-quadrado ($\Delta\chi^2$). Considerou-se a invariância quanto ao sexo, à idade (dois grupos etários: 18-39 anos e 40-60 anos) e quanto ao local (Macapá e São Paulo). As análises propuseram-se a verificar a invariância configural (os constructos adequam-se a todos os grupos), a invariância métrica (os pesos fatoriais são semelhantes nos grupos) e a invariância escalar (qualidade de ajustamento semelhante nos grupos).

A **confiabilidade** (ou consistência interna) dos fatores obtidos foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach e a Confiabilidade composta (CC). Foram analisadas as correlações de cada item com o total da escala sem o item (correlação item-total corrigida). Foram seguidas as recomendações propostas por Hair⁽³⁷⁾, onde o Alpha de Cronbach superior a 0.70 (aceitável acima de 0.60), correlações item-total corrigidas superiores a 0.30. Foi também verificado se a saída de um item melhorava a consistência interna da escala (Alpha de Cronbach sem o item).

Foi considerado um nível de significância de 5% para os testes estatísticos, ou seja, diferenças foram avaliadas como estatisticamente significativas, quando o valor de significância foi menor do que 0.05 ($p < 0.05$).

Os índices da CC consideraram valores superiores a 0.70^(37; 42) com o mínimo para garantir a confiabilidade de um constructo. Bons índices de confiabilidade indicam a existência de consistência interna, ou seja, todas as medidas de modo consistente representam o mesmo constructo.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

5.1.1 Caracterização sociodemográfica

A amostra incluiu 460 participantes, a maioria do gênero feminino (75%) e adulta, sendo que a média de idade foi de 33,8 anos (DP = 11,4), predominando os grupos etários dos 25 aos 34 anos (35%) e dos 18 aos 24 anos (24,6%). Quanto à etnia, notou-se predominância de negros (pardos e pretos) (76%), com Ensino Médio (32%) e a maioria era de trabalhadores informais (31,1%) e desempregados (20%). Quanto à renda, a maioria teve renda mensal de um a três salários mínimos (73,1%), declararam serem solteiros (39,1%) e conviver com companheira(o) e filho(s) (38,2%). A maioria informou que não vive em situação de vulnerabilidade (93,7%), dos 6,3% que vivem em vulnerabilidade, 41,4% vivem em situação de imigrante (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas de interesse (n = 460). Brasil, 2019.

(continua)		
Variáveis	Categorias	n (%)
Gênero	Masculino	114 (25%)
	Feminino	346 (75%)
Idade	18 - 24 anos	113 (24,6%)
	25 - 34 anos	161 (35%)
	35 - 44 anos	91 (19,8%)
	45 - 54 anos	69 (15%)
	55 - 60 anos	26 (5,7%)
	Média (DP)	33.8 (11,4)
Etnia	Negro	358 (76%)
	Branco	101 (22,1%)
	Índio	5 (1,1%)
	Amarela	4 (0,9%)
Escolaridade	Não Alfabetizado	10 (2,2%)
	1º grau completo	45 (9,8%)
	1º grau incompleto	89 (19,3%)
	2º grau completo	147 (32%)
	2º grau incompleto	48 (10,4%)
	3º grau incompleto	55 (12%)
	3º grau completo	66 (14,3%)

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas de interesse (n = 460). Brasil, 2019.

		(continuação)
Variáveis	Categorias	n (%)
Situação trabalhista	Trabalha no mercado formal	120 (26,1%)
	Trabalha no mercado informal	143 (31,1%)
	Aposentado	10 (2,2%)
	Do lar	85 (18,5%)
	Desempregado	95 (20,7%)
	Outros	7 (1,5%)
Renda	< 1 salário mínimo	73 (15,9%)
	1 a 3 salários mínimos	335 (73,1%)
	4 a 6 salários mínimos	44 (9,6%)
	> 7 salários mínimos	6 (1,3%)
Estado civil	Solteiro(a)	180 (39,1%)
	Casado(a)	108 (23,5%)
	União estável	164 (35,7%)
	Viúvo(a)	8 (1,7%)
Situação familiar	Convive com companheira(o) e filho(s)	175 (38,2%)
	Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s)	65 (14,2%)
	Convive com companheira(o), filho(s) e outros familiares	50 (10,9%)
	Convive com familiares sem companheira(o)	122 (26,6%)
	Convive com outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais	13 (2,8%)
	Vive só	33 (7,2%)
Vive em situação de vulnerabilidade	Sim	29 (6,3%)
	Não	431 (93,7%)
Vulnerabilidade (entre os que vivem em situação de vulnerabilidade – n = 29)	Vive em situação de privação de liberdade	7 (24,1%)
	Vive em situação de rua	10 (34,5%)
	Vive em situação de imigrante	12 (41,4%)

(conclusão)

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

5.1.2 Caracterização clínica

Na Tabela 2, de caracterização clínica, verificou-se que a maioria declarou não ter qualquer diagnóstico de transtorno mental (91,3%), dos 8,7% que têm transtorno mental, os transtornos mais referidos foram a depressão (60%), a ansiedade (15%) e a síndrome do pânico (10%). Quanto à existência de problemas autorreferidos, cerca de um em cada quatro

participantes (27,4%) referiram ter problemas importantes psicológicos, de comportamento, ou pessoal, para os quais queriam ajuda ou tratamento. Dos 460 participantes da pesquisa, 29,2% referiram que consomem AOD; a idade média de início de consumo foi de 17,7 anos (DP = 4,8), com predomínio do álcool (82,2%), seguido pelo uso da maconha (8,1%). A maioria dos participantes informaram ter padrão de consumo eventual (56,7%) e 33,6% semanal.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo as características clínicas de interesse (n = 460). Brasil, 2019

Variáveis	Categorias	n (%)
Transtorno mental	Sim	40 (8,7%)
	Não	419 (91,3%)
Qual transtorno mental (entre os que têm transtorno mental – n = 40)	Depressão	24 (60%)
	Ansiedade	6 (15%)
	Síndrome do pânico	4 (10%)
	Esquizofrenia	3 (7,5%)
	Epilepsia	1 (2,5%)
	TDAH	1 (2,5%)
	Transtorno bipolar	1 (2,5%)
Problemas	Sim	126 (27,4%)
	Não	334 (72,6%)
Consome álcool ou drogas	Sim	134 (29,2%)
	Não	325 (70,8%)
Idade de início (entre os que consomem – n = 134)	Até 15 anos	37 (28,5%)
	16 - 18 anos	61 (46,9%)
	Depois dos 18 anos	32 (24,6%)
	Média (DP)	17,7 (4,8)
	Álcool	111 (82,2%)
Substância (entre os que consomem – n = 134)	Maconha	11 (8,1%)
	Álcool, cocaína	1 (0,7%)
	Álcool, maconha, cocaína	4 (3%)
	Álcool, maconha, anabolizante	1 (0,7%)
	Álcool, crack	1 (0,7%)
	Diário	13 (9,7%)
Padrão de uso (entre os que consomem – n = 134)	Eventual	76 (56,7%)
	Semanal	45 (33,6%)

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

5.2 VALIDAÇÃO DA ESCALA GAIN-SS

Para as análises psicométricas da versão brasileira do GAIN-SS, foram utilizadas a validade de constructo (AFE e AFC com SEM), a confiabilidade e a Invariância.

5.2.1 Análise fatorial exploratória

A análise fatorial exploratória foi feita pelo método dos componentes principais com rotação *Direct Oblimin*, de forma a permitir correlações entre os fatores ⁽³⁷⁾. A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0.763) e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(253)} = 1558.836$ $p < 0.001$) garantiram a adequabilidade da amostra para a realização da análise fatorial exploratória. A solução fatorial consta da Tabela 3, que segue.

Tabela 3 – Análise fatorial exploratória com Solução fatorial composta por sete fatores – pesos fatoriais, autovalores, comunalidades, Alpha de Cronbach e variância explicada (n = 230 - Amostra A). Brasil, 2019

Itens	Fatores							Comunalidades
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	
SDScr_3a	0.883							0.815
SDScr_3b	0.883							0.831
SDScr_3e	0.800							0.692
SDScr_3d	0.795							0.703
SDScr_3c	0.750							0.598
IDSr_1c		0.702						0.582
IDSr_1a		0.649						0.487
IDSr_1b		0.629						0.493
EDScr_2c		0.621						0.527
EDScr_2b		0.572	0.388					0.500
IDSr_1f		0.549						0.518
EDScr_2d		0.529						0.456
IDSr_1d		0.431						0.418
CVScr_4a			0.826					0.692
EDScr_2f			0.812					0.688
EDScr_2e			0.650					0.460
CVScr_4b				0.820				0.690
CVScr_4c				0.774				0.627
CVScr_4d					0.728			0.612
CVScr_4e			0.455		0.512			0.557
EDScr_2a				0.391		0.592		0.666
IDSr_1e				0.357		0.568		0.602
EDScr_2g							0.878	0.796
Autovalores	4.55	2.87	1.70	1.45	1.26	1.15	1.02	
Variância explicada	19,8%	12,5%	7,4%	6,3%	5,5%	5%	4,4%	
Variância explicada T				60,9%				
Alpha de Cronbach	0.884	0.741	0.698	0.592	0.146	0.095		
Alpha de Cronbach T				0.794				

Ocultados os pesos fatoriais inferiores a 0.30.

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

A análise levou à identificação de sete fatores com autovalores superiores a um que, no total, explicam 60,9% da variância total. Dos sete fatores obtidos, quatro são compostos por apenas dois itens (F4, F5 e F6) ou por um item (F7). Esses fatores apresentam também níveis de confiabilidade abaixo do considerado aceitável. Esses resultados indicam o uso da estratégia de modelagem confirmatória, onde se especifica um só modelo; e a SEM é utilizada para analisar quão bem esse novo modelo se ajusta aos dados, ou seja, um teste para confirmar se a proposta de modelo funciona ou não. A AFC depende de uma forte base conceitual e empírica. Portanto, a especificação do modelo AFC pode ser baseada em análise exploratória prévia (AFE), que define o número apropriado de fatores e suas respectivas correlações com os itens⁽⁹¹⁾.

Diante do exposto, a exclusão de itens foi feita buscando-se o refinamento da solução fatorial de uma estrutura mais aprimorada do instrumento para produzir um modelo com melhor ajuste. De acordo com Hair⁽³⁷⁾, um número mínimo de três itens por fator é considerado como uma boa prática e Brown⁽⁹¹⁾ destaca a importância de manter em mente questões substantivas para a interpretação de soluções de AFE e AFC. No modelo de medida, as variáveis latentes foram, portanto, o primeiro domínio Rastreio de Desordens por Substâncias (SDScr); o segundo domínio agrupou os itens que inicialmente encontravam-se dispostos em dois domínios separadamente (Rastreio de Desordens Internalizantes e Rastreio de Desordens Externalizantes (IDScr e EDScr), porém representando num contexto mais amplo, transtornos mentais comuns (Rastreio de Desordens Internalizantes e Externalizantes - IDEDScr) e o terceiro domínio foi formado pelo agrupamento de três itens dos domínios EDScr (dois) e CVScr (um) do instrumento original, mas itens com conceitos condizentes com a origem do domínio Rastreio por Crime/Violência - CVScr (Escala tática de conflitos em geral - GCTS) no GAIN-SS, ficando na teoria de mensuração como Rastreio de conflitos interpessoais (CScr).

Observa-se, nos dados da Tabela 4, a síntese dos resultados da análise fatorial exploratória com três fatores, sendo explicados por suas cargas fatoriais, comunalidades, Alpha de Cronbach e variância explicada.

Tabela 4 - Análise fatorial exploratória com solução Fatorial composta por três domínios– pesos fatoriais, comunalidades, Alpha de Cronbach e variância explicada. (n = 230- Amostra A)

Itens	F1	F2	F3	Comunalidades
SDScr_3a	0.883			0.815
SDScr_3b	0.883			0.831
SDScr_3e	0.800			0.692
SDScr_3d	0.795			0.703
SDScr_3c	0.750			0.598
IDSr_1c		0.702		0.582
IDSr_1a		0.649		0.487
IDSr_1b		0.629		0.493
EDScr_2c		0.621		0.527
EDScr_2b		0.572		0.500
IDSr_1f		0.549		0.518
EDScr_2d		0.529		0.456
IDSr_1d		0.431		0.418
CVScr_4a			0.826	0.692
EDScr_2f			0.812	0.688
EDScr_2e			0.650	0.460
IDSr_1e				0.602
Variância explicada T			39,7%	
Alpha de Cronbach	0.884	0.741	0.698	
Alpha de Cronbach T			0.797	

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

Assim, foram apenas considerados os itens dos fatores F1, F2 e F3 equivalentes com o instrumento original (Tabela 4).

A SEM é uma técnica que busca explicar as relações entre múltiplas variáveis e descrever todas as relações entre os constructos envolvidos na análise. Também é considerada uma análise confirmatória, usada para testar uma teoria. Para tanto, tem base em uma teoria pré-concebida, que aqui se sustenta pela fundamentação teórica que norteou a criação do GAIN-SS, porém considerando as experiências prévias das análises em outros estudos com o instrumento e os objetivos da pesquisa.

A definição conceitual do modelo a ser utilizado neste estudo deu-se a partir do conjunto sistemático das relações que explicavam de modo consistente e abrangente o fenômeno que o modelo original do instrumento propunha-se a medir. Assim, após a AFE, buscou-se explorar o instrumento original para refinar com a AFC com SEM para evidenciar o quão bem o novo

modelo se ajusta aos dados, em outras palavras, se a solução fatorial com três fatores funciona ou não.

Figura 5 - Diagrama de Caminhos da teoria de mensuração do modelo composto por três fatores (F1, F2 e F3)

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

- O fator F1 é composto pelos cinco itens da dimensão SDScr da escala original. Os itens deste fator explicam 19,8% da variância total, têm um nível de confiabilidade muito bom (Alpha de Cronbach = 0.884) e apresentam comunalidades elevadas (entre 0.598 e 0.831);
- O fator F2 é composto por cinco itens da dimensão IDSr (itens a, b, c, d, f) e por três da dimensão EDSr (itens b, c, d). Estes itens explicam 12,5% da variabilidade total, têm um bom nível de confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0.741) e as comunalidades variam entre 0.418 e 0.582.
- O fator F3 inclui um item da dimensão CVScr (item a) e dois itens da dimensão EDSr (itens e, f). Estes itens explicam 7,4% da variabilidade total, têm um nível de confiabilidade aceitável (Alpha de Cronbach = 0.698) e as comunalidades variam entre 0.460 e 0.692.

Em conjunto, os 16 itens desses três fatores explicam 39,7% da variabilidade total e apresentam um bom nível de confiabilidade, com o Alpha de Cronbach de 0.797. A variância explicada não obteve a combinação particular de variáveis que explicasse a maior parte da variância nos dados como um todo⁽³⁷⁾. Porém, considerou-se o critério de que uma avaliação

adequada da medida de variância explicada deve ponderar entre a magnitude do delineamento teórico e metodológico, e os achados empíricos⁽¹⁴¹⁾. Uma sequência comum na validação de constructo é conduzir AFC como o próximo passo após a estrutura latente ter sido explorada, passo que fornece informações substanciais importantes no desenvolvimento de modelos confirmatórios realistas⁽⁹¹⁾.

5.2.2 Análise fatorial confirmatória

Para confirmar a estrutura fatorial obtida na análise exploratória (estrutura de três fatores: F1, F2 e F3), foi elaborada uma análise de modelagem confirmatória, pois é uma análise fatorial confirmatória com recurso do modelo de equações estruturais. Na Tabela 5, apresentam-se os resultados da AFC do novo modelo de três fatores GAIN-SS, derivado da AFE e seus respectivos coeficientes de ajustes.

Tabela 5 - Análise Fatorial Confirmatória com solução fatorial composta por três fatores (n=230 - Amostra B). Brasil, 2019

Coefficiente de ajuste Amostra (B)	Valores
X²	190.146
X² /gl	1.883
CFI	0.931
RMSEA	0.062
IC90%	0.048-0.076

Símbolos: χ^2 = Qui-quadrado, CFI= Índice de ajuste comparativo, RMSEA= Erro quadrático médio de aproximação; IC= Intervalo de Confiança.

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

Para a avaliação da qualidade do ajustamento, são apresentados os índices sugeridos por Hair⁽³⁷⁾: o valor da estatística do Qui-Quadrado e os respectivos graus de liberdade, o CFI (Comparative Fit Index) e o RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation). O Teste do Qui-Quadrado ($X^2 = 190.146$; graus de liberdade = 101; $p = 0.001$) é significativo. Em seguida, os valores do rácio $X^2/gl = 1.883$, do CFI = 0.931 e do RMSEA = 0.062 (IC90%: 0.048-0.076) também garantem, de acordo com Marôco⁽⁴²⁾ e Hair⁽³⁷⁾, uma boa qualidade de ajustamento do modelo com os três domínios (Tabela 5).

Até aqui, as evidências de validade foram satisfatórias, permitindo seguir com as demais análises. Esperando fortalecer essas evidências, verificou-se a validade da nova estrutura de

fatores (somente três fatores) obtida na AFE por meio da qualidade do ajustamento (Tabela 5), da validade fatorial, da confiabilidade (Composta e o Alpha de Cronbach), da validade convergente, da validade discriminante e da invariância quanto ao sexo, à idade e ao local. Seguem as tabelas 6, 7, 8 e 9 relativas a esses dados.

Tabela 6 - Validade fatorial (pesos fatoriais padronizados), Validade de constructo convergente (VME), Validade de constructo discriminante ($\sqrt{VME}$) e a Confiabilidade (Composta e Alpha de Cronbach) do modelo composto por três fatores (n = 230 - Amostra B). Brasil, 2019.

Fatores	Pesos fatoriais estandardizados	VME	$\sqrt{VME}$	CC	A
Fator F1		0.651	0.807	0.901	0.884
SDScr_3a	0.797				
SDScr_3b	0.853				
SDScr_3c	0.906				
SDScr_3d	0.860				
SDScr_3e	0.574				
Fator F2		0.449	0.670	0.865	0.741
IDSr_1a	0.852				
IDSr_1b	0.713				
IDSr_1c	0.678				
IDSr_1d	0.684				
IDSr_1f	0.634				
EDScr_2b	0.592				
EDScr_2c	0.583				
EDScr_2d	0.579				
Fator F3		0.567	0.753	0.787	0.698
EDScr_2e	0.480				
EDScr_2f	0.896				
CVScr_4a	0.817				

Siglas: VME = Variância Média Extraída, $\sqrt{VME}$ = raiz quadrada da VME, CC = Confiabilidade Composta e α = Alpha de Cronbach.

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

Na Tabela 6, pode-se observar uma solução fatorial clara, sem cargas cruzadas, além disso, todos os itens dos três fatores têm pesos fatoriais padronizados superiores a 0.50, ou próximos (existe um item do fator F3 com peso fatorial de 0.480), ficando assim garantida a sua validade fatorial, confirmando que a especificação dos itens é correta(42).

A validade convergente foi avaliada pela Variância Média Extraída (VME), cujos valores superiores ou iguais a 0.50 são indicadores de validade convergente adequada nos

fatores F1 (VME = 0.651) e F3 (VME = 0.567). A VME do fator F2 foi de 0.449, inferior a 0.50, mas suficientemente próximo para não colocar em causa a validade convergente deste fator (Tabela 6).

Com relação à análise de confiabilidade (ou consistência interna), os valores da Confiabilidade Composta (CC) foram superiores a 0.70 nos três fatores, valor indicado por diversos autores^(37; 42) com o mínimo para garantir a confiabilidade de um constructo (Tabela 6).

A análise de confiabilidade por meio do Alpha de Cronbach, no fator F1 e no fator F2, apresentou um bom nível de confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0.884 e 0.741, respectivamente) e no fator F3, o Alpha de Cronbach foi de 0.698, inferior a 0,70, mas satisfatoriamente aproximado, não comprometendo um nível de confiabilidade aceitável, como se pode visualizar na Tabela 7 subsequente.

Tabela 7 - Validade discriminante com as Correlações entre os fatores e a Raiz Quadrada da Variância Média Extraída (VME) do modelo composto por três fatores (n = 230 – Amostra B). Brasil, 2019

Fatores	Fator F1	Fator F2	Fator F3
Fator F1	(0.807)		
Fator F2	0.408	(0.670)	
Fator F3	0.388	0.387	(0.753)

Os elementos da diagonal (entre parênteses) dizem respeito à raiz quadrada da VME. Os elementos fora da diagonal correspondem às correlações entre as dimensões.

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

Quanto à validade discriminante, foi efetuada comparando a raiz quadrada da VME de cada par de fatores com os coeficientes de correlação entre esses fatores. De acordo com Hair⁽³⁷⁾, se os valores da raiz quadrada da VME apresentarem valores superiores às correlações entre as dimensões, fica garantida a validade discriminante. Os valores das correlações e da $\sqrt{\text{VME}}$ apresentados na Tabela 7 mostram que todos os fatores cumpriram estas condições, ficando garantida a sua validade discriminante.

De todo modo, os resultados dão suporte a novas (ou primeiras) evidências de validade com base na estrutura interna e confiabilidade da versão brasileira do GAIN-SS para a população atendida em UBS do Brasil, Macapá e São Paulo.

Na Tabela 8, são apresentados os valores do Alpha de Cronbach das amostras desta pesquisa e dos estudos de validação do GAIN-SS no Brasil⁽⁷⁷⁾ e nos EUA⁽⁶⁹⁾. Os valores do Alpha de Cronbach da amostra no Brasil na APS apresentam bons níveis, em consonância com os valores obtidos nos estudos de validação do GAIN-SS no Brasil e nos EUA^(77; 69). É importante observar que teve um fatoro (CVScr*) que apresentou baixos valores nos três estudos, esse dado também foi critério para exclusão do fator nesse estudo.

Tabela 8 - Resultado comparativo da consistência interna dos estudos de validação do GAIN-SS no Brasil e nos EUA. Brasil, 2019

	Validação Brasil⁽³⁾ (N = 460)	Validação Brasil⁽²⁾ (N = 126)	Validação EUA⁽¹⁾ (N = 10175)
IDScr	0,741*	0.762	0.78
EDScr		0.655	0.80
SDScr	0,884	0.673	0.88
CVScr*	0,698	0.446	0.66
TDScr	0.797	0.828	0.88

⁽¹⁾ Dennis *et al.* (2006), ⁽²⁾ Claro (2015) e ⁽³⁾ Favacho (2019).

^(*) Solução fatorial com 3 fatores, domínio conflitos interpessoais, Favacho (2019).

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

Com relação à comparação entre os estudos, somente o domínio IDScr obteve alfa de Cronbach superior a 0.7; os domínios EDScr e SDScr apresentaram coeficientes aceitáveis, caso arredondados, mas o domínio CVScr teve nível consideravelmente abaixo do limite considerado razoável.

Recorreu-se, por fim, à análise da invariância entre os multigrupos quanto ao sexo, quanto à idade (dois grupos etários: 18-39 anos e 40-60 anos) e quanto ao local (Macapá e São Paulo). Os resultados confirmam a invariância configural (os constructos adequam-se a todos os grupos), a invariância métrica (os pesos fatoriais são semelhantes nos grupos) e a invariância escalar (qualidade de ajustamento semelhante nos grupos), conforme a Tabela 9 que segue.

Tabela 9 - Resultados das análises de invariância do modelo composto por três fatores. Brasil, 2019

Grupos	X^2 (gl)	X^2 / gl	CFI	RMSEA (IC90%)
Sexo				
Configural	390.714 (202)	1.934	0.917	0.045 (0.038-0.052)
Métrica	439.211 (215)	2.043	0.901	0.048 (0.041-0.054)
Escalar	498.643 (221)	2.256	0.898	0.052 (0.046-0.058)
Idade				
Configural	446.590 (202)	2.211	0.901	0.051 (0.045-0.058)
Métrica	493.038 (215)	2.293	0.898	0.053 (0.047-0.059)
Escalar	521.096 (221)	2.358	0.897	0.054 (0.048-0.061)
Local				
Configural	445.420 (202)	2.205	0.906	0.051 (0.045-0.058)
Métrica	502.817 (215)	2.339	0.889	0.054 (0.048-0.060)
Escalar	546.087 (221)	2.471	0.894	0.057 (0.051-0.063)

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

A versão brasileira do GAIN-SS, validada para a população atendida nas UBS de Macapá e de São Paulo, após os procedimentos psicométricos realizados, é apresentada no Quadro 4 e considerou a nova estrutura de fatores composta pelos itens dos três fatores F1, F2 e F3, pelo item cinco dicotômico, já existente no GAIN-SS e o item seis, que foi incluído, IDSr_1e (Pensou em acabar com sua vida ou cometer suicídio?), designado nos resultados por comportamento suicida. Para explicar essa inclusão, é importante observar que, ao contrário dos outros fatores com seus itens bem distribuídos no *continuum*, o item comportamento suicida reflete um nível específico de sofrimento mental, que não se encaixa em nenhum dos outros três fatores⁽⁹²⁾.

Quadro 4- Versão brasileira do Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener - AGNI-RR₁₆ com três fatores para a população atendida nas UBS de Macapá e São Paulo, 2019

Domínio	Item	Questão
Desordens por AOD	3b	Dependência Química e Problemas de saúde física
	3a	Abuso e Dependência Química
	3e	Problemas de saúde física e mental
	3d	Dependência Química
	3c	Dependência Química
Desordens	1c	Estresse Traumático
Internalizantes e Externalizantes	a ^a	Depressão
	1b	Ansiedade
	1d	Somático
	1f	Pensamentos suicidas
	2c	Déficit de atenção
	2b	Déficit de atenção
	2d	Déficit de atenção
Conflitos	4a	Conflitos interpessoais
Interpessoais	2f	Hiperatividade/impulsividade
	2e	Hiperatividade/impulsividade
Dicotômicos	5	Problemas psicológicos, de comportamento, ou pessoal.
	1e	Pensamentos suicidas

Para mais informações a respeito deste instrumento, por favor visite <http://www.gaincc.org>, contate o Grupo de Coordenação do Projeto GAIN (EUA) pelo e-mail GAINInfo@chestnut.org ou entre em contato com Veronica Batista Cambraia Favacho (responsável pela 2ª versão em português) em vv.favacho@gmail.com.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA NAS UBS DE MACAPÁ E SÃO PAULO COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO DO GAIN-SS

Para a caracterização dos escores do GAIN-SS, foram utilizados os fatores validados na seção anterior e o item IDSr_1e (Pensou em acabar com sua vida ou cometer suicídio?) comportamento suicida teve análise à parte. Para o escore total, foram considerados os 16 itens dos três fatores obtidos.

De acordo com Dennis⁽⁸⁹⁾, cada indivíduo foi classificado num dos dois níveis: Baixo = 0 sintomas no último ano; Moderado a alto = um ou mais sintomas no último ano. Assim, cada participante foi classificado num dos dois níveis a partir do escore Total e dos três fatores no último ano. No caso do comportamento suicida, os indivíduos foram classificados também em dois níveis: tiveram comportamento suicida no último ano *vs* nunca tiveram ou tiveram há um ano ou mais.

No fator F1(SDScr), o escore mais referido pela população foi baixo (83%), ou seja, menos pessoas têm necessidades relacionadas com AOD. Para o fator F2 (IDEDScr), o escore apresentou-se moderado/alto (85%), a maioria da população tem necessidades para transtornos comuns. Em relação ao fator F3 (CScr), o escore foi considerado baixo (63,3%), sendo a maior parte da população com menos necessidades para conflitos pessoais. No que concerne ao escore Total, a grande maioria da amostra refere necessidades em Saúde Mental (88%). Os resultados da caracterização da amostra com base nesta classificação são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Caracterização da população atendida nas UBS Macapá e São Paulo com base na classificação do GAIN-SS (n = 460). Brasil, 2019.

Fatores	Classificação	n	%
Fator F1	Baixo	385	83.7%
	Moderado/ Alto	75	16.3%
Fator F2	Baixo	69	15%
	Moderado/ Alto	391	85%
Fator F3	Baixo	291	63,3%
	Moderado/ Alto	169	36,7%
TOTAL	Baixo	55	12%
	Moderado/ Alto	405	88%
Comportamento suicida	Nunca/ há um ano ou mais	411	89,3%
	No último ano	49	10,7%

Fonte: dados do estudo (Favacho, 2019).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O rastreio em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde é fundamental para avaliar necessidades relacionadas a transtornos mentais e AOD entre os usuários das UBS, sendo importante produzir e incluir esses indicadores de Saúde Mental na APS para promover planejamento das ações e implementações nos serviços de Saúde. Nesse sentido, é imprescindível que as UBS disponham de mecanismos que facilitem a identificação e avaliação dessas necessidades de Saúde Mental, contribuindo para a eficácia da articulação da Saúde Mental e a Atenção Básica.

Pois bem, destaca-se internacionalmente, no contexto prático científico do rastreio de pessoas com necessidades de cuidados de Saúde Mental, o uso do instrumento GAIN-SS em vários ambientes de cuidados de internação e ambulatoriais^(83; 84; 77; 85; 86; 71; 69; 70), embora também tenha mostrado sua eficácia em ambientes genéricos^(80; 81; 28). Nessa perspectiva, considerando que o GIAN-SS foi traduzido e validado para uso no Brasil^(77; 85), propôs-se este estudo, buscando o maior rigor metodológico e em resposta à hipótese inicialmente formulada: se a versão brasileira do GAIN-SS, quando aplicada a uma mostra de usuários de Unidade Básica de Saúde, apresenta adequadas propriedades psicométricas. Para tanto, as análises realizadas foram a validade de constructo fatorial, convergente e discriminante, invariância fatorial e a confiabilidade.

No presente estudo, a amostra total para analisar as evidências de validade da versão brasileira do instrumento GAIN-SS foi composta por 460 participantes. Observou-se, nas características sociodemográficas, que as mulheres predominaram, representando 75% na amostra. Outros estudos em Saúde Mental corroboram esse achado^(81; 82; 69; 71). Isso tem resposta numa trajetória histórica e cultural com as questões de gênero sobre modos de se perceber, de viver e, também, de se cuidar como homens, ou como mulheres⁽⁹³⁾. Para Leite⁽⁹⁴⁾, a busca dos homens pelos serviços de Saúde costuma acontecer na atenção especializada, em detrimento ao acesso no seu nível primário ou básico de atenção, havendo um retardamento da atenção à saúde.

A média de idade dos participantes foi de 33.8 anos, semelhante à média reportada por estudos em Saúde Mental, realizados em diferentes lugares e culturas. Um estudo no Canadá, em população heterogênea nos Centros de Tratamento para AOD, teve média de idade entre a faixa etária de 25 a 34 anos⁽⁸⁴⁾; nos EUA, em uma variedade de contextos institucionais

(atendimento de adolescentes e adultos, programas de assistência ao estudante, agências de justiça criminal e juvenil, agências de Saúde Mental e serviços de proteção à criança e agências de serviços familiares), Dennis⁽⁶⁹⁾ teve média de idade entre os adultos similar, 34 anos, como também no Brasil. Claro⁽⁷⁸⁾, em estudo com pacientes internados e ambulatoriais em São Paulo, encontrou a idade média de 33,35 anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽⁹⁵⁾ refletem essa população da amostra. Nos grupos etários de 25 a 39 anos, Macapá e São Paulo têm o segundo lugar. Esses dados demonstram que o perfil atual da população brasileira está em torno dessa faixa etária.

Com relação à etnia predominante declarada no presente estudo, os negros (pardos e pretos) constituíram a maioria (76%). Em estudos similares de rastreio para TM e AOD, a amostra coincide com essa caracterização da população, com a maioria de negros^(82; 69). Para Neto⁽⁹⁶⁾, no caso do Brasil, esses dados refletem um maior reconhecimento do perfil étnico por parte da população. A escolaridade dos participantes aponta 61,1% até o Ensino Médio, em consonância com outros estudos^(71; 97). Esse grau de escolaridade é visto por Camelo⁽⁹⁸⁾ como uma tendência de aumento nos anos de estudos da população brasileira.

No que tange à situação trabalhista, 51,8% estavam desempregados ou no trabalho informal e com renda de até três salários-mínimos (89%). Essa representatividade encontra respaldo no avanço do capitalismo com a reorganização contemporânea do trabalho, ocasionando novas formas de exploração do trabalhador e de precarização do trabalho⁽⁹⁹⁾.

A respeito do perfil estado civil e situação familiar, os resultados complementam-se, 68% dos participantes do estudo são casados ou em união estável e 63% vivem com companheiro e 75% têm em seu convívio os familiares, o que os faz, certamente, pertencentes a uma unidade social básica, que é a família⁽¹⁰⁰⁾. Outros estudos nesse ambiente de Atenção Primária à Saúde também apresentam esses resultados^(101; 102; 103).

Nos resultados deste estudo, observou-se a condição de vulnerabilidade em 6% da amostra, onde 41% referiram viver em situação de imigrante. Apesar de serem a minoria em situação de vulnerabilidade, é um indicador sociodemográfico relevante, pois a imigração atual⁽¹⁰⁴⁾ é uma condição complexa, que precisa ser compreendida de modo abrangente e interdisciplinar, considerando a multifatorialidade no que tange à relação migração e saúde.

As características sociodemográficas expostas no presente estudo correspondem aos achados de outras investigações feitas no Brasil^(105; 106; 107). Fica evidente que as condições

socioeconômicas da população brasileira têm contribuído para a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, os transtornos mentais e a dependência química.

Nas características clínicas deste estudo, os transtornos mentais apareceram em 8,7%, que referiram ter diagnóstico em TM, assim como em outros estudos^(105; 108), porém a maioria dos estudos apresentam dados mais elevados para os diagnósticos de TM, entre 25% e 50%^(109; 110; 111). Essas prevalências são encontradas, tanto na população em geral, quanto em populações específicas (categorias profissionais, grupos etários distintos, etc.)^(112; 113). Para os dados do presente estudo, é importante considerar, segundo Walthers⁽¹¹⁴⁾, Beber⁽¹¹⁵⁾, que os TM aparecem nas pessoas, geralmente, como sintomas de somatização, podendo ser equivocadamente o foco principal dos cuidados de saúde. Os diagnósticos de TM mais frequentes foram depressão (60%) e ansiedade (15%), corroborando a literatura existente^(24; 97; 84; 80; 108). Alves⁽¹¹⁶⁾ e Coutinho⁽¹¹⁷⁾ concluíram que cerca de 90% dos problemas de Saúde Mental mostram-se por meio de manifestações de depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, disfunção de memória e de concentração.

Os problemas psicológicos, de comportamento, ou pessoais, para os quais se desejam cuidados (item cinco do GAIN-SS) foram referidos por 27,4% da população estudada, mas não aparecem entre os diagnosticados, o que se assemelha com resultados de outros estudos, tanto internacionais, como nacionais^(86; 85). Segundo Azevedo⁽¹¹⁸⁾, as queixas referentes às necessidades de Saúde Mental relatadas no sistema de Saúde são comumente consideradas como sofrimento somático, resultante do modelo biológico que ainda perdura, em que os sintomas físicos são mais relevantes. Portanto, pessoas com TM estão vulneráveis a cuidados em Saúde Mental não efetivos, com muitas idas e vindas ao serviço sem resolubilidade e dispendiosos ao sistema⁽¹⁰⁵⁾.

Do ponto de vista prático, esses dados são preocupantes, considerando o contexto de sofrimento psíquico que se apresenta como uma das principais causas de deficiência⁽¹¹⁹⁾, representando 7,4% de todos os problemas de saúde^(20; 120) e o paradigma dos serviços de Saúde, onde a comunidade, profissionais de saúde e gestores ainda não reconhecem os TM como parte significativa da atenção primária⁽¹⁰⁵⁾. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de abordagens mais efetivas dessa problemática na APS, considerando a ampliação do foco da atenção à saúde para além da dicotomia corpo e mente, valorizando o acolhimento e a escuta⁽¹¹⁸⁾. A APS é um importante recurso para melhorar os indicadores de Saúde Mental, avaliando rotineiramente a Saúde Mental dos usuários e implementando cuidados que impactem na qualidade de vida dessas pessoas com TM⁽¹⁰⁵⁾.

No tocante ao uso de AOD, 29% dos participantes mencionaram fazer uso de substâncias, o que também foi observado em outros estudos^(70; 80), inclusive no Brasil, onde até de 30% da população dos estudos fazem uso de AOD^(121; 122; 123; 124). Nesse sentido, o consumo do álcool e/ou outras drogas pode ser percebido pelas pessoas como mecanismo de fuga, estratégia para o pertencimento e a identidade^(125; 126) e com a finalidade de obter bem-estar⁽¹²⁷⁾.

As substâncias mais consumidas dentre os que fazem uso de AOD foram o álcool, assim como em outros estudos^(128; 126; 129; 121; 127; 125; 124), seguida da maconha^(126; 129; 127; 125; 124). De acordo com Santos⁽¹³⁰⁾, a preferência pelo uso de drogas lícitas costumeiramente antecede o uso de outras substâncias psicoativas, como a maconha. Para Kerr-Corrêa⁽¹³¹⁾, essa prevalência do álcool parece resultar do fato de ser a substância, dentre AOD, a mais aceita socialmente e, portanto, seu uso não é percebido como conduta reprovável e nem que merece atenção de profissional de saúde especializado⁽¹²⁶⁾. Na percepção das pessoas que fazem uso de AOD, o álcool não é visto como um problema tão grave, quanto o de outras drogas, por isso seu uso se torna mais atrativo⁽¹²⁶⁾.

No Brasil, o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas evidenciou a prevalência do uso de maconha em relação às demais drogas ilícitas nas capitais de todas as regiões brasileiras. Outro estudo com as estimativas mundiais, por meio do European Monitoring Centre for Drug and Drugs Addiction, evidenciou prevalências de uso da maconha na vida, dados crescentes que vêm se mantendo há décadas no contexto internacional⁽¹²⁴⁾. Por outro lado, essa prevalência ocorre onde o uso medicinal é totalmente legítimo e o uso não terapêutico difundido, entre os jovens, há décadas^(124; 121). Em outra perspectiva, a maconha é prevalente como a primeira droga de iniciação entre as ilícitas⁽¹³²⁾, comprovando que cada vez mais os jovens não percebem o uso da maconha como um risco⁽¹³³⁾.

É possível observar a magnitude do perfil de pessoas que fazem uso de AOD encontrada nesta investigação, sendo um alerta para a questão, principalmente no que refere ao consumo abusivo de álcool^(128; 134; 122; 123), de tal modo, que se constitui num relevante problema de saúde pública, considerando seu potencial de adoecimento, impacto na qualidade de vida das pessoas⁽¹³⁵⁾. Deve-se ter em conta também que, no contexto da atenção básica, o enfoque se dá apenas na queixa imediata dos usuários, sem reconhecimento do mal-estar mais amplo⁽¹³⁶⁾. Com isto, a APS deve ser prioritariamente a principal porta de entrada dos usuários do SUS⁽¹³⁷⁾, tornando-se espaço de compartilhar e rastrear condições de saúde que até então são negligenciadas por estigma e preconceito. É nesse cenário que a APS deve efetivar-se como

nível de atenção essencial no cuidado às pessoas com TM e consumo problemático de álcool⁽¹³⁴⁾.

De acordo com Dennis⁽⁸⁹⁾, os níveis que classificam a Avaliação Global das Necessidades Individuais no último ano, segundo o GAIN-SS (Baixo: zero sintomas no último ano; Moderado a alto: um ou mais sintomas no último ano), definem que quanto maior a pontuação final, maior a necessidade de cuidados em Saúde Mental⁽⁸⁹⁾. Nessa dinâmica, a caracterização da amostra desse estudo com a solução fatorial de três domínios deu-se considerando o grau de necessidades da população usuária dos serviços de APS em Macapá e São Paulo. O interessante foi perceber que a maioria das pessoas pontuou com escores de Moderado a Alto (88%). Isso significa, de modo preocupante, que o resultado deste rastreio converge com os estudos de Saúde Mental^(84; 83; 105; 112; 103; 138; 139; 140).

A identificação das necessidades de Saúde Mental é fundamental para a prevenção de doenças e promoção da Saúde Mental a fim de reduzir as dificuldades relacionadas ao rastreio, diagnóstico e tratamento dessas condições clínicas, principalmente no que tange ao acesso e à procura pelos serviços de Saúde, em especial nas UBS. A efetiva abordagem dos indivíduos com essas necessidades requer intervenções pertinentes nesse nível de atenção, sendo o rastreio um marcador da incorporação na prática cotidiana desses serviços.

Para analisar as evidências de validade (de constructo), foram utilizadas AFE seguida de AFC com SEM. A AFE é uma técnica estatística que analisa inter-relações entre um número de variáveis e explica essas variáveis em termos de suas dimensões inerentes comuns (fatores). É considerada uma técnica que explora os dados e informa sobre o número de fatores que melhor representam os dados⁽³⁷⁾. Para tanto, foram efetuados vários procedimentos estatísticos que garantissem a adequação da amostra, a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett, onde o GAIN-SS apresentou satisfatórias medidas, possibilitando proceder adequadamente com as análises fatoriais. A AFE foi executada e não confirmou a estrutura unidimensional do instrumento original^(70; 77; 69). Foi testado o modelo com sete fatores, o qual demonstrou a variância explicada alcançada de 61%, onde a combinação particular de variáveis originais explicou a maior parte da variância nos dados como um todo⁽³⁷⁾. Mais que isso, considerou-se o critério de que uma avaliação adequada da medida de variância explicada deve ponderar entre a magnitude do delineamento teórico e metodológico, e os achados empíricos⁽¹⁴¹⁾.

O modelo com sete fatores, apesar de comportar uma variância explicada satisfatória e admitir todos os itens do GAIN-SS, apresentou uma solução fatorial com interpretação diferente em relação aos domínios da proposta original. Na análise da matriz rodada, foi observado que existem quatro fatores com menos de três itens, sendo um desses fatores com apenas um item, o que na verdade não conceitua um fator, inaceitável na literatura internacional^(37; 142).

Diante do exposto, as análises devem sempre ser feitas com o objetivo final de obter uma estrutura fatorial sustentada, tanto empiricamente, quanto conceitualmente, atendendo a vários critérios na definição do número de fatores a extrair; na maioria das vezes é rara a escolha por um único critério⁽³⁷⁾. Holgado-Tello⁽¹⁴³⁾ defendem que o uso de diferentes critérios em conjunto com uma fundamentação conceitual resulta em menor de risco de subestimar ou superestimar o número de fatores. Para a decisão do número de fatores a extrair, foi utilizado o critério baseado na extração de fatores com autovalores superiores a um (Critério de Kaiser) e o critério *scree-plot*. Para a decisão quanto à estrutura de fatores, foram considerados os valores propostos por Hair⁽³⁷⁾, com pesos fatoriais superiores a 0.50.

Do ponto de vista conceitual, os resultados obtidos pela AFE preservaram basicamente três domínios, como em outros estudos de validação do GAIN-SS^(80; 70, 69), Desordens por Substâncias-SDScr (integral), Desordens Internalizantes-IDScr (com exceção do item IDSr-1e), Desordens Externalizantes-EDScr (com exceção de quatro itens EDScr-2f, EDScr-2e, EDScr-2a e EDScr-2g). No entanto deve se ter atenção com o fato de que esta solução apresentou problemas com os itens do domínio Desordens Externalizantes-EDScr⁽⁷⁷⁾ e com o domínio Crime/Violência-CVScr^(69; 77; 70) (com exceção do item CVScr- 4a). Ressaltam-se ainda dois agrupamentos formando fatores, o primeiro referente aos dois domínios, Desordens Internalizantes - IDScr e Desordens Externalizantes - EDScr e o segundo em relação a dois itens do domínio Desordens Externalizantes - EDScr (EDScr-2f, EDScr-2e) com um único item do domínio Crime/Violência - CVScr (CVScr- 4a).

De acordo com as perspectivas teóricas, esses resultados pertinentes aos dois domínios EDScr e IDScr tornam-se mais claros a partir de uma análise conceitual do conteúdo dos itens que se juntaram, haja vista que mostram conteúdos muito semelhantes na proposta de mensurar transtornos mentais comuns⁽⁷¹⁾. O efeito de EDScr é, na verdade, um efeito espúrio que pertence a IDScr. Estudos futuros devem examinar a relação entre as duas variáveis⁽⁷⁷⁾. Transtornos mentais comuns caracterizam-se por um conjunto de sintomas, incluindo ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas^(104; 144).

Nesse sentido, no que diz respeito ao domínio Crime/Violência - CVScr, essa aproximação pode ser justificada, quando se analisa a partir da fundamentação teórica que originou o GAIN-SS, por meio do Modelo de Problemas Emocionais e Comportamentais com a Escala Geral de Gravidade Individual, onde o domínio Crime/Violência - CVScr é um escore de ações relacionadas a conflitos interpessoais (com base na Escala Tática de Conflitos)⁽⁶⁹⁾. O problema nesta escala também foi verificado na validação do instrumento original (EUA)⁽⁷⁷⁾. Seus autores cogitam que tal domínio ainda não tem rastreio efetivo no GAIN-SS, porque comportamentos relacionados a crime e violência são extremamente complexos e diversos⁽⁸⁹⁾.

De acordo com Hair⁽³⁷⁾, as ações corretivas para alcançar uma estrutura fatorial mais adequada consiste também em avaliar cada variável possível de eliminação, levando em conta o objetivo do estudo, no caso, validar um instrumento de rastreio em Saúde Mental, rápido e confiável para uso na APS. Partindo desse pressuposto, o domínio Crime/Violência – CVScr, diante desses resultados, tem menor importância neste estudo, observando que ainda assim, com a exclusão dos itens, permanecerá um domínio sobre conflitos interpessoais.

A mesma linha de raciocínio foi empregada para os achados dessa AFE, que sugeriram a exclusão de dois itens do domínio Desordens Externalizantes-EDScr (apenas esses dois itens num fator e o alfa de Cronbach $< 0,70$). Entretanto, para o item do domínio Desordens Internalizantes-IDScr, que trata de comportamento suicida e foi sugerido como item para exclusão, pelas mesmas razões já mencionadas, adotou-se outro critério, mas sempre recorrendo ao rigor conceitual do conteúdo do item para a interpretação dos resultados obtidos e tomada decisão. Para o presente estudo, decidiu-se pela manutenção do item, mas como variável dicotômica, seguindo a proposta original do instrumento que traz em seu formato uma questão de igual estrutura, compondo uma nova solução fatorial, sem comprometer a proposta original do GAIN-SS^(37; 71; 80).

Uma vez realizada a AFE que indicou uma solução fatorial de três fatores, as análises dos conteúdos dos itens, a qualidade e o significado dos fatores obtidos devem refletir as bases conceituais das variáveis incluídas na análise, bem como a designação do nome ou rótulo para aquele fator⁽³⁷⁾. Na presente pesquisa, a necessidade de novas denominações para os diferentes fatores gerados nessa nova solução fatorial vem ao encontro de nomeações que representem cada fator da melhor maneira possível. Para tanto, F2, que agrupou os domínios IDScr e EDScr, optou-se pela denominação de Transtornos comuns; para o F3, que agrupou os itens de EDScr e CVScr a nomenclatura foi Conflitos interpessoais e, finalmente, o item mantido como variável dicotômica deve ser referido como comportamento suicida, que é uma expressão que cobre uma

série de fenômenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio⁽¹⁴⁵⁾.

Um aspecto importante há de ser ressaltado, diz respeito à variável sobre comportamento suicida, a decisão de manter esse item justifica-se na proposição de que pessoas com problemas de Saúde Mental são mais prováveis de ideação, tentativa e morte suicidas^(146; 147; 148; 97). O comportamento suicida também tem sido associado ao uso problemático de AOD e a altos escores na triagem psicopatológica^(147; 149; 150; 151; 152; 153).

Ressalta-se ainda que, no Brasil, o suicídio encontra-se entre as dez maiores causas de morte na população em geral e, para os jovens, fica entre as três principais causas. Para cada uma dessas mortes, aproximadamente cinco a seis pessoas próximas são afetadas e têm alguma consequência de fundo emocional, social ou econômico^(154; 155).

Na Tabela 4, pode-se observar uma solução fatorial clara, sem cargas cruzadas, além disso, todos os itens dos três fatores têm pesos fatoriais padronizados superiores a 0.50, ou valor aproximado (existe um item do fator F3 com peso fatorial de 0.480), ficando assim garantida a sua validade fatorial, confirmando que a especificação dos itens é adequada⁽⁴²⁾. Os resultados apresentados na primeira etapa dessa pesquisa, em consonância com as pesquisas no Brasil e no mundo^(80; 70; 69; 77; 85; 71), desenham as primeiras evidências de validade com base na estrutura interna do GAIN-SS para a população de Macapá e São Paulo atendida na APS.

O método proposto para esse estudo de evidências de validade exigiu a verificação da validade da estrutura de fatores (solução fatorial com três fatores) obtida na AFE por meio de uma segunda análise com o uso da AFC junto de uma segunda amostra (amostra B), sob uma perspectiva confirmatória⁽³⁷⁾. A AFC com SEM foi feita analisando a validade fatorial, qualidade do ajustamento, validade convergente e discriminante.

Os resultados da AFC junto à amostra indicaram adequação da solução fatorial obtida na AFE no modelo com os três domínios, os valores da qualidade do ajustamento corresponderam aos índices sugeridos por Hair⁽³⁷⁾, onde as cargas fatoriais padronizadas e o teste do Qui-Quadrado ($X^2 = 190.146$; graus de liberdade = 101; $p = 0.001$) foram significativos, o rácio $X^2/gl = 1.883$, do CFI = 0.931 e o RMSEA = 0.062 (IC90%: 0.048-0.076) garantiram, de acordo com Marôco⁽⁴²⁾, uma boa qualidade de ajustamento do modelo (Tabela 4). Dessa forma, pode-se afirmar que os resultados obtidos asseguram mais e novas evidências de validade de construto baseada na estrutura interna para o GAIN-SS destinado à população de APS em Macapá e São Paulo, haja vista que a solução fatorial estimada no modelo de três

fatores adequou-se aos dados junto à amostra B, confirmando assim o modelo de medida e a teoria de mensuração.

É fundamental que a validade de constructo demonstre se aquele instrumento realmente mede aquilo a que se propõe medir. Tal constatação para as evidências de validade abrange o acúmulo de várias provas, que devem ser analisadas em todos os seus detalhes, muitas das vezes, por diferentes meios. Essas análises resultam de uma variedade de investigações inter-relacionados, com uso de testes estatísticos e das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas⁽⁵⁰⁾.

Embora as evidências obtidas até aqui sejam significativas, faz-se necessário que mais provas se somem, tornando os resultados deste estudo mais robusto e com maior rigor metológico. Dentro dessa perspectiva, foram realizadas as validades de constructo convergente e discriminante.

Em relação à validade convergente, esta foi estimada a partir da variância média extraída de cada fato. Vale ressaltar que essa validade se confirma, quando os indicadores de um constructo específico convergem ou compartilham uma elevada proporção de variância em comum, em suma, quando os itens de um fator têm correlações positivas e elevadas entre si, sendo o comportamento desses itens explicado especificamente por esse fator^(37; 49). Dessa maneira, os resultados para a solução fatorial de três fatores foram perfeitamente adequados nos fatores F1 (VME = 0.651) e F3 (VME = 0.567), já para o fator F2 foi de 0.449, inferior a 0.50, mas suficientemente aproximado para não colocar em causa a validade convergente deste fator⁽³⁷⁾.

Quanto à validade discriminante, esta conceitua-se a partir de quanto um constructo é verdadeiramente distinto de outros, pode ser considerada por meio da matriz de correlação dos constructos dos fatores. Essa análise foi estimada, comparando-se a raiz quadrada da VME de cada par de fatores com os coeficientes de correlação entre esses fatores⁽³⁷⁾. Assim, os valores constatados por todos os três fatores cumpriram essas condições, ficando garantida a sua validade discriminante.

A confiabilidade do modelo de três fatores do GAIN-SS foi avaliada por meio da análise da consistência interna dos fatores obtida com valores do Alpha de Cronbach (α) e confiabilidade composta (CC). Demonstraram boas evidências de confiabilidade do instrumento, onde os valores do Alpha de Cronbach variaram de 0.698 a 0.884 entre os fatores e 0.797 para a escala total. Quanto à CC, os valores ficaram entre 0.901 e 0.787, respondendo

satisfatoriamente ao terceiro objetivo desta pesquisa: avaliar a confiabilidade da versão brasileira do GAIN-SS com suas respectivas subescalas, pois valores entre 0,6 e 0,7 podem ser aceitáveis, desde que outros indicadores de validade de constructo do modelo sejam bons^(37; 42; 57). Além disso, esses valores estão em acordo com estudos que avaliaram versões do instrumento em diferentes populações^(70; 69; 77; 85; 82; 71), assim como na proposição da escala original⁽⁶⁹⁾.

A Invariância do modelo fatorial foi realizada por meio de análises multigrupos, utilizando-se o teste do Qui-quadrado ($\Delta\chi^2$). Considerou-se a invariância quanto ao sexo, à idade (dois grupos etários: 18-39 anos e 40-60 anos) e quanto ao local (Macapá e São Paulo). Este tipo de evidência tem se mostrado cada vez mais importante para as medidas de características psicológicas⁽⁴²⁾. É importante destacar que esse procedimento estima em que medida as escalas avaliam de forma equivalente os grupos avaliados, sendo possível verificar em que medida os itens estão relacionados aos respectivos fatores⁽¹⁵⁶⁾. As análises propuseram-se a verificar a invariância configural (se o número de fatores adequa-se a todos os grupos), a invariância métrica (as cargas fatoriais são semelhantes nos grupos) e a invariância escalar (se a média dos itens é equivalente entre os grupos).

Teoricamente, a invariância é essencial para a comparação de grupos, já que essas evidências garantem que possíveis diferenças entre os grupos avaliados estejam ligadas a reais diferenças no constructo e que, portanto, não são influências de erros de medidas associadas ao instrumento⁽⁴²⁾. Desse modo, as análises de invariância fatorial demonstraram que o número de fatores, as cargas fatoriais e as covariâncias são invariantes, quando comparados os grupos em função do sexo, da idade e do local, considerando bons índices de ajustes diante dos modelos configural, métrico escalar, bem como, pelos valores de CFI (decréscimos inferiores a 0.01)⁽¹⁵⁷⁾. Portanto, o quarto objetivo deste estudo foi alcançado adequadamente, correspondendo a evidências de invariância total ao GAIN-SS para a população estudada.

Parece oportuno evidenciar a comparação dos dados desta pesquisa com o estudo que validou o GAIN-SS no Brasil junto à população de Centro de Atenção Psicossocial⁽⁷⁷⁾, em termos de reflexão acerca da definição de um novo modelo de solução fatorial do instrumento para uso na APS. Assim, observaram-se resultados com semelhança exatamente nos fatores (IDScr, EDScr e CVScr) e itens que apresentaram problemas, pois ambos corroboram o estudo de validação do instrumento original⁽⁶⁹⁾. Porém, neste estudo, realizado na APS, a metodologia de validação foi diferente, sendo que se trabalhou com AFE e AFC, enquanto os demais estudos^(69; 77; 85) fizeram uso do método com Teoria de Resposta ao Item (TRI); por essa razão

impossibilitam rigorosas comparações. É válido enfatizar que, por meio do Modelo Rasch, o fator CVScr possui um indicativo de multidimensionalidade, ao passo que as outras escalas (IDScr, EDScr e SDScr) são claramente unidimensionais⁽⁷⁷⁾.

Em pesquisa desenvolvida por McDonell⁽⁷¹⁾, que examinou a adequação do GAIN-SS como uma ferramenta de triagem para transtornos psiquiátricos e de uso de substância, consideraram-se as três subescalas do GAIN-SS (IDSr, EDScr e SDScr). Esta versão está sendo administrada no estado de Washington com uma aplicação para IDSr e EDScr pela soma de suas pontuações. Apesar dos limites à confiabilidade, os resultados demonstraram validade de critério convergente e discriminante e forneceram suporte para a validade dessa versão (com três fatores). Apesar disso, esses resultados não apoiam o uso do domínio EDScr como um rastreador para distúrbios de externalização.

Em outras palavras, o estudo aqui apresentado, em suas diversas etapas, cumpriu seu objetivo geral, que foi: analisar as evidências de validação da versão brasileira do instrumento Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) para uso na APS, tornando possível disponibilizar um instrumento válido e confiável para medir problemas relacionados à Saúde Mental nesses serviços. Além do quê, esses achados permitem integrar o GAIN-SS na rotina das UBS como uma ferramenta para os profissionais que visam melhor atender às pessoas que frequentam esses ambientes e que têm necessidades de cuidados em Saúde Mental, bem como para pesquisadores que buscam evidências científicas sobre esse tema.

Considerando a significância desses resultados, o estudo apresentou algumas limitações, como o método de validação ser diferente dos métodos utilizados pelo estudo que deu origem ao instrumento original e pelo estudo de validação do GAIN-SS no Brasil. Outra limitação foi o fato de o instrumento ser validado para a população da APS, o que requererá métodos semelhantes para outras amostras. Também pode ser considerada como limitação a ausência da validade de critério por dificuldade de encontrar um instrumento que avalie o fenômeno da mesma maneira, ficando como sugestão para novos estudos. Contudo a identificação das mais variadas evidências de validade do GAIN-SS, neste estudo, contribuirá substancialmente para a literatura que discute as necessidades em Saúde Mental na APS e deverá embasar pesquisas futuras que visem aprofundar-se nesse tema.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O estudo realizado com o objetivo de analisar as evidências de validação da versão brasileira do instrumento Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) para uso na atenção primária à saúde em Unidades Básicas de Saúde no Brasil possibilitou as conclusões que seguem:

- **Caracterização da população atendida na APS, conforme os escores do GAIN-SS com três fatores**
 - ✓ A caracterização da população estudada deu-se em torno do escore Total classificado como moderado/alto, onde 88% tiveram pontuação total da escala de um ou mais sintomas no último ano, caracterizando que, quanto maior a pontuação final, maior a necessidade de cuidados em Saúde Mental.
- **Evidências de validade e confiabilidade da versão brasileira do GAIN-SS com três domínios**
 - ✓ O instrumento para uso na Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas de Saúde no Brasil ficou composto por três domínios: Desordens por Substâncias-SDScr (todos os itens, de 3a-3e); Desordens Internalizantes-IDScr (itens de 1a- 1f, exceção do item 1e) e Desordens Externalizantes-EDScr (itens de 2b-2d, com exceção de quatro itens 2f, 2e, 2a e 2g), nesse incluído o agrupamento dos dois domínios e por fim, o domínio Desordens por Conflitos interpessoais-CScr (itens 2f- 22e mais o item 4a), nesse incluído o agrupamento de dois domínios, concluindo a AFE.
 - ✓ Os índices de ajustamento para o novo modelo por meio da AFC foram conclusos como satisfatórios para o objetivo geral desse estudo.
 - ✓ A nova versão do instrumento apresentou índices consistentes de confiabilidade para a população estudada.
 - ✓ A análise de invariância da estrutura fatorial de três fatores da versão brasileira do GAIN-SS foi eficiente para avaliar diferentes grupos (sexo, idade e local), mesmo quando considerados diferentes modelos (configural, métrico escalar).

Por fim, concluiu-se que, considerando as análises psicométricas realizadas, a versão brasileira do GAIN-SS com três domínios é um instrumento unidimensional, com 16 itens, que apresenta boas evidências de validade e confiabilidade para medir necessidades relacionadas à

Saúde Mental na APS, em Macapá e São Paulo, independente do sexo, idade e local. O referido instrumento é válido e confiável para medir problemas relacionados à Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 James, SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [internet]. 2018. [citado 2019 nov. 08] 392(10):1789-1858. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618322797>
- 2 Pan American Health Organization. *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas*, 2018. PAHO Communications Department. Washington; 2018.35p.
- 3 World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. [internet].2017. 24p. Geneva. [citado 2019 nov. 18]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=5A2F46240EE7C9B2B0B2B554FCD4E2A0?sequence=1>
- 4 Organização Mundial de Saúde. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Portugal; 2009: viii.
- 5 Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Policy and Practice. Bulletin of the World Health Organization*. [internet]. 2004; [citado 2019 nov. 08] 82:858-866. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862004001100011&script=sci_arttext&tlng=en
- 6 Rebello TJ, Marques A, Gureje O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. *Curr Opin Psychiatry*. [internet]. 2014; [citado 2019 nov. 08] 27:308–314. DOI:10.1097/YCO.0000000000000068. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00001504-201407000-00012>
- 7 Sacks, S. Brief Overview of Screening and Assessment for Co-occurring Disorders. *Int J Ment Health Addiction*. [internet].2008; [citado 2019 nov.08]; 6:7–19. DOI 10.1007/s11469-007-9098-0. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-007-9098-0>
- 8 McPherson TL, Hersch RK. Brief substance use screening instruments for primary care settings: A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [internet].2000; [citado 2019 nov. 08];18:193–202. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547299000288>
- 9 Babor TF, Kadden RK. Screening and interventions for alcohol and drug problems inmedical settings: what works? *J Trauma*. [internet].2005; [citado 2019 nov. 08];59: S80 - S87. Disponível em: https://journals.lww.com/jtrauma/fulltext/2005/09001/screening_and_interventions_for_alcohol_and_drug.21.aspx

- 10 Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.* [internet].2007; [citado 2019 nov. 08]; 28(3):7–30. Disponível em: https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/J_Bray_Screening_2007.pdf
- 11 Dennis M, Chan Y, Funk R. Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *Am J Addict.* [internet].2006; [citado 2019 nov. 08];15 Suppl1:80-91. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/10550490601006055>
- 12 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- 14 Souza, AC. Estratégias de inclusão da Saúde Mental na atenção básica: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec; 2015. 157p.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- 18 Brasil. Ministério da Cidadania e Ministério da Justiça e Segurança Pública. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm

- 19 Carvalho MC. Saúde e Atenção Básica. In: Jorge MAD, Carvalho MCA, Silva PRF. Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 59-74.
- 20 Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*. [internet].2015; [citado 2019 nov. 08];19(55):1121-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>
- 21 Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [internet].2006; [citado 2019 nov. 08];10(20):299-316. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003
- 22 World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. WHO. Geneva, Switzerland. [internet].2013. 48p.
- 23 Sacks S, Melnick G, Cohen C, Banks S, Friedmann PD, Grella C, et al. CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instrument (CODSI) for Mental Disorders (MD): A validation study. *Criminal Justice & Behavior*. [internet].2007; [citado 2019 nov. 08];34(9), 1198–1215. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0093854807304430>
- 24 Chan YF, Lu SE, Howe B, Tieben H, Hoeft T, Unützer J. Screening and Follow-Up Monitoring for Substance Use in Primary Care: An Exploration of Rural-Urban Variations. *J Gen Intern Med*. [internet].2016; [citado 2019 nov. 08];31(2):215–222. DOI:10.1007/s11606-015-3488. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-015-3488-y>
- 25 Kagee A, Tsai AC, Lund C, Tomlinson M. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *Int Health*. [internet].2013; [citado 2019 nov. 08];5: 11–14 DOI:10.1093/inthealth/ihs004. Disponível em: <https://academic.oup.com/inthealth>
- 26 Bjärtå A, Leiler A, Ekdahl J, Wasteson E. Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13-Item Version. *J Nerv Ment Dis*. [internet].2018; [citado 2019 nov. 08];206: 834–839. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000886. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221387/>
- 27 Diez-Canseco F, Toyama M, Ipince A, Perez-Leon S, Caverio V, Araya R, et al. Integration of a Technology-Based Mental Health Screening Program Into Routine Practices of Primary Health Care Services in Peru (The Allillanchu Project): Development and Implementation. *J Med Internet Res*. [internet].2018; [citado 2019 nov. 08];20(3):e100. DOI:10.2196/jmir.9208. Disponível em: <https://www.jmir.org/2018/3/e100/>

-
- 28 Combs H, Markman J. Anxiety Disorders in Primary Care. *Med Clin N Am*. [internet].2014;[citado 2019 nov. 08];98(5): 1007-1023. Disponível em: [https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125\(14\)00091-1/fulltext](https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125(14)00091-1/fulltext)
- 29 Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *International Journal of Health Policy and Management*. [internet].2017;[citado 2019 nov. 08];6(9), 501–508. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582436/>
- 30 Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Integration of mental health and chronic non-communicable diseases in Peru: challenges and opportunities for primary care settings. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [internet].2014; [citado 2019 nov. 08];31(1):131-136. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/24718538>
- 31 Roberge P, Normand-Lauziere F, Raymond I, Luc M, Tanguay-Bernard MM, Duhoux A, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Fam Pract*. [internet]. 2015;[citado 2019 nov. 08];16(1):146. DOI 10.1186/s12875-015-0358-y. Disponível: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0358-y>
- 32 Garcia-Campayo J, Hoyo YL, Valero MS, Yus MC, Esteban EA, Guedea MP, et al. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Prev Med*. [internet].2015;[citado 2019 nov. 08];76(Suppl):S12–5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174351400379X?via%3Dihub>
- 33 Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. [internet].2016;[citado 2019 nov. 08];315(4):380–7. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2484345>
- 34 Doherty S, Hulland E, Lopes-Cardozo B, Kirupakaran S, Surenthirakumaran R, Cookson S, et al. Prevalence of mental disorders and epidemiological associations in pos-tconflict primary care attendees: a cross-sectional study in the Northern Province of Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. [internet].2019; [citado 2019 nov. 08];19:83. Disponível em: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2064-0>
- 35 Galton F. Psychometric Experiments. *Brain* (2), p.149-62, 1879.
- 36 Gorenstein C, Wang Yuan-Pang. Attitude and Impact of Perceived Depression in the Workplace. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. [internet].2014;[citado 2019 nov. 08];11, 6021-6036; DOI:10.3390/ijerph110606021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/11/6/6021>

-
- 37 Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de dados*. 6ª ed. São Paulo: Artmed; 2009. 688 p.
- 38 Fayers PM, Machin D. *Scores and measurements: validity, reliability and sensitivity. Quality of life. Assesment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley e Sons. 2007.
- 39 Fortin MF. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lulosidacta; 2009.
- 40 Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. New Jersey: Person; 2012.
- 41 Browne M.W. An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*. [internet].2001;[citado 2019 nov. 08]36, 111-150. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1207/S15327906MBR3601_05
- 42 Marôco J. *Análise de Equações estruturais. Report Number. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. 5ª ed. Lisboa: Pêro Pinheiro. 2010.
- 43 Arbuckle JL. *AMOS 17 Users Guide*. Chicago, IL: SPSS. 2008.
- 44 Wheaton B. Assesment of fit in overidentifield models with latent variables. *Sociological Methods and Research*.1987;16 (1)118-154.
- 45 Bentler, P. M. Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*. [internet].1990;[citado 2019 nov. 08]107(2), 238-46. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1990-13755-001.html>
- 46 Andrade FP, Biazevic MGH; Toporcov TN; Togni J; Carvalho MB; Antunes JLF. Validade discriminante do questionário qualidade de vida da universidade de Washington no contexto brasileiro. *Rev. bras. epidemiol*. [internet].2012;[citado 2019 nov. 08];15(4): 781-789. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2012000400010&script=sci_arttext&tlng=pt
- 47 Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*. [internet].1959;[citado 2019 nov. 08]56(2), 81-105. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1960-00103-001.pdf>
- 48 Peter JP. Reliability: A Review of Psychometric Basics and Recent Marketing Practices. *Journal of Marketing Research*. [internet].1979;[citado 2019 nov. 08];16: 6-17. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/3150868.pdf>
- 49 Fornell C, Larcker VF. Evaluating SEM whit unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. [internet].1981;[citado 2019 nov. 08];18(1),39-50. Disponível em:

- <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/35622/b1378752.0001.001.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- 50 Raymundo Valéria Pinheiro. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*. [internet].2009;[citado 2019 nov. 08];44(3), 86-93. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768/0>
- 51 Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. *Measurement in nursing research*. 4ªed. Hardcover 2010.504 p.
- 52 Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the-Internal Structure of Tests. *Psycomtrika*. [internet].1951;[citado 2019 nov. 08];31: 93-96. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02310555.pdf>
- 53 Zeller RA. *Measurement in the social sciences: The link between theory and data*: CUP Archive; 1980.
- 54 Churchill GA. A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs. *Journal of Marketing Research*. [internet].1979;[citado 2019 nov. 08];16: 64-73. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/3150876.pdf>
- 55 Nunnally J. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill. 1979.
- 56 Fayers PM. *Quality of life. Assesment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley e Sons. 2000.
- 57 Robinson JP, Shaver PR, Wrightman LS. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press.1991.
- 58 Dennis M, White M, Titus J, Unsicker J. *Global Appraisal of Individual Needs: Administration Guide for the GAIN and related Measures*. Bloomington: [internet]. 2008;[citado 2019 nov. 08]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Dennis2/publication/267383950_GAIN_Global_Appraisal_of_Individual_Needs_Administration_Guide_for_the_GAIN_and_Related_Measures/links/54838a6f0cf25dbd59eb0ef0.pdf
- 59 Gotham H, White M, Bergethon H, Feeney T, Cho D, Keehn B. An implementation story: moving the GAIN from pilot project to statewide use. *Journal of Psychoactive Drugs*. [internet].2008;[citado 2019 nov. 08];40, 97–107. DOI: 10.1080/02791072.2008.10399765. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2008.10399765>
- 60 Kenaszchuk C, Wild TC, Rush BR, Urbanoski K. Rasch model of the GAIN Substance Problem Scale among Canadian adults seeking residential and outpatient addiction treatment. *Addictive behaviors*. [internet].2013;[citado 2019 nov. 08].

- 08];38(7):2279-87. Disponível em
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460313000713>
- 61 Dennis M. Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): A standardized biopsychosocial assessment tool. 16th Annual Drug Court Training Conference of the National Association of Drug Court Professionals; Boston, MA.2010. Chestnut Health Systems
- 62 Titus JC, Feeney T, Smith DC, Rivers TL, Kelly LL, Dennis ML, et al. GAIN-Q3: Administration, Clinical Interpretation, and Brief Intervention.2012. Chestnut Health Systems
- 63 GAIN Multicultural Group Bibliography. Publications and Presentations Multicultural Publications List is a subset of articles on using the GAIN within specific populations (e.g., African American, American Indian, Deaf/Hard of Hearing, GLBTQ, Hispanic, etc.).[internet]. 2019; Chestnut Health Systems. Disponível em :
<https://chestnut.app.box.com/v/gainmulticulturalpubs>
- 64 Dennis M, Funk R, Godley S, Godley M, Waldron H. Cross- validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) Timeline Followback (TLFB; form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction*. [internet].2004;[citado 2019 nov. 08];2, 120-8. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2004.00859.x>
- 65 Paglione HB, Claro HG, Oliveira MAF, Titus J, Lima M, Pereira TC. Contribuições do instrumento Global Appraisal of Individual Needs para a assistência e pesquisa: revisão da literatura. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. [internet].2012;[citado 2019 nov. 08];23(1):81-8. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46924>
- 66 Lennox R, Dennis ML, Scott CK, Funk R. Combining psychometric and biometric measures of substance use. *Drug and Alcohol Dependence*. [internet].2006;[citado 2019 nov. 08];83(2): 95- 103. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933842/>
- 67 Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passetti LL. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [internet].2002;[citado 2019 nov. 08]; 23(1): 21 -32. DOI:10.1016/s0740-5472(02)00230-1. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547202002301>
- 68 Riley B, Conrad K, Bezruczko N, Dennis M. Relative precision, efficiency and construct validity of different starting and stopping rules for a computerized adaptive test: the GAIN substance problem scale. *J. App Meas*. [internet].2007;[citado 2019 nov. 08];8, 48-64. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933849/>

-
- 69 Dennis ML, Chan Ya-Fen, Funk RR. Development and Validation of the GAIN Short Screener (GSS) for Internalizing, Externalizing and Substance Use Disorders and Crime/Violence Problems Among Adolescents and Adults. *Am J Addict*. [internet].2006; [citado 2019 nov. 13]; 15(Suppl 1): 80–91. doi:10.1080/10550490601006055. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933850/>
- 70 Stucky BD, Edelen MO, Ramchand R. A psychometric assessment of the GAIN Individual Severity Scale (GAIN-GISS) and Short Screeners (GAIN-SS) among adolescents in outpatient treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [internet].2014;[citado 2019 nov. 08];46 165–173. Disponível em: <https://europepmc.org/articles/pmc3840117>
- 71 McDonell MG, Comtois KA, Voss WD, Morgan AH, Ries RK. Global Appraisal of Individual Needs Short Screener (GSS): Psychometric Properties and Performance as a Screening Measure in Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*.2009;35:157–160. DOI: 10.1080/00952990902825421. Chestnut Health Systems.
- 72 Conrad KJ, Bezruczko N, Chan Y-F, Riley B, Diamond G, Dennis ML. Screening for atypical suicide risk with person fit statistics among people presenting to alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. [internet].2010a;[citado 2019 nov. 08]; 106, 92–100. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871609003160?via%3Dihub>
- 73 Conrad KJ, Riley BB, Conrad KM, Chan Y-F, Dennis ML. Validation of the Crime and Violence Scale (CVS) against the Rasch measurement model including differences by gender, race, and age. *Evaluation Review*. [internet].2010b; [citado 2019 nov. 08];34, 83–115. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720683/>
- 74 Conrad KJ, Conrad KM, Mazza J, Riley BB, Funk R, Stein MA, et al. Dimensionality, Hierarchical Structure, Age Generalizability, and Criterion Validity of the GAIN's Behavioral Complexity Scale. *Psychological Assessment*. [internet].2012;[citado 2019 nov. 08]; 24(4), 913–924. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2012-10755-001.html>
- 75 Conrad KJ, Dennis ML, Bezruczko N, Funk RR, Riley BB. Substance use disorder symptoms: Evidence of differential item functioning by age. *Journal of Applied Measurement*. [internet].2007; [citado 2019 nov. 08];8, 1–15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5937255/>
- 76 Voss WD, Comtais KA, Morgan A, McBride D, Peterson P, Ries RK. Screening for mental, chemical dependency, and co-occurring disorders: The Global Appraisal of IndividualNeeds- Short Screener (GAIN-SS). Report for theWashington Department of Social and Health Services (DSHS), Mental Health Division (MHD) and Division of Alcohol and Substance Abuse (DASA). Seattle: University of Washington.

- [internet].2006; [citado 2019 nov. 08]. Disponível em:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.501.6122&rep=rep1&type=pdf>
- 77 Claro HG. Validação dos Instrumentos Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreo Rápido. (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.
 - 78 Claro HG, Oliveira MAF, Fernandes IFAL, Titus JC, Tarifa RR, Rojas TF et al. Rasch model of the GAIN substance problem scale among inpatient and outpatient clients in the city of São Paulo, Brazil. *Addictive Behaviors Reports*. [internet].2015a; [citado 2019 nov. 08]; 2 :55–60. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352853215000334>
 - 79 Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DGT. PRISMA Group Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. [internet].2009; [citado 2019 nov. 08];6(7). DOI:10.1371/journal.pmed1000097. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>.
 - 80 Kira IA, Shuwiekh H, Kucharska J, Abu-Ras W, Bujold-Bugeaud M. The dynamics underlying the negative mental health effects of gender discrimination in two samples: Poland and Egypt. *Curr Psychol*. [internet]. 2017; [citado 2019 nov. 08]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-017-9730-5>.
 - 81 Mortier P, Kiekens G, Auerbach, Demyttenaere K, Green BJG. A risk algorithm for the persistence of suicidal thoughts and behaviors during college. *J Clin Psychiatry*. [internet].2017; [citado 2019 nov. 08];78(7): e828–e836. DOI:10.4088/JCP.17m11485. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5664942/>
 - 82 Carney T, Myers B, Louw J. Reliability of the GAIN-SS, CRAFTT and PESQ screening instruments for substance use among South African adolescents. *S Afr J Psychiat*. [internet].2016; [citado 2019 nov. 08];22(1), a932. Disponível em:
<https://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/viewFile/143083/132827>
 - 83 Veldhuizen S, Rush B, Urbanoski, K. Do You Think You Have Mental Health Problems? : Advantages and Disadvantages of a Single Screening Question for Mental Disorder in Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Studies On Alcohol And Drugs*.2014. DOI: 10.15288/jsad.2014.75.1039.
 - 84 Rush B, Castel S, Brands B, Toneatto T, Veldhuizen S. Validation and comparison of diagnostic accuracy of four screening tools for mental disorders in people seeking treatment for substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [internet].2013; [citado 2019 nov. 08];44 375–383. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547212003741>

-
- 85 Claro HG, Oliveira MAF, Fernandes IFAL, Titus JC, Tarifa RR, Rojas TF, et al. Internal Consistency and Convergent Validity of the Portuguese Versions of the Global Appraisal of Individual Needs Initial and Short Screener. *Journal of Addictions Nursing*. [internet].2016; [citado 2019 nov. 08];27(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5145254/>
- 86 Garner BR, Belur VK, Dennis ML. The GAIN Short Screener (GSS) as a Predictor of Future Arrest or Incarceration Among Youth Presenting to Substance Use Disorder (SUD) Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*. [internet].2013;[citado 2019 nov. 08];7, 199-208. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4137/SART.S13152>
- 87 Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reports measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. [internet].2000; [citado 2019 nov. 08];25(24), 3186-91. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Fulltext/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross-Cultural.14.aspx
- 88 Almeida SI, Chagas, CAN, Ramos EMLS. Mercator Agentes territoriais locais e crimes violentos letais, Macapá-Brazil, Fortaleza. [internet].2018; [citado 2019 nov. 08];e17005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/mercator/v17/en_1984-2201-mercator-17-e17005.pdf
- 89 Dennis ML, Feeney T, Titus JC. Global Appraisal of Individual Needs–Short Screener (GAIN-SS): Administration and scoring manual, version 3. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.2013.
- 90 IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp
- 91 Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. 2ªed.2015.
- 92 Riley BB, Dennis ML, Conra KJ. A Comparison of Content-Balancing Procedures for Estimating Multiple Clinical Domains in Computerized Adaptive Testing: Relative Precision, Validity, and Detection of Persons With Misfitting Responses. *Applied Psychological Measurement*. [internet].2010;[citado 2019 nov. 08]; 34(6) 410–423. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0146621609349802>
- 93 Leite JF, Dimenstein M, Paiva R, Carvalho L, Amorim Ana KMA, França A. Sentidos da Saúde numa Perspectiva de Gênero: um Estudo com Homens da Cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão*. [internet].2016;[citado 2019 nov. 08]. 36(2), 341-353. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000200341&script=sci_arttext
- 94 Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*.

- [internet].2017;[citado 2019 nov. 08]25(1),67-72. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/download/7009/5608>
- 95 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas sociais: População e projeção de população 2018: resultados – Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade. [Internet]. 2018;[citado 2019 nov. 08]IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
- 96 Neto JAC, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. Ciênc. saúde coletiva. [internet].2015;[citado 2019 nov. 08];20(6). Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000601909&script=sci_arttext&tlng=en
- 97 Cardarelli R, Balyakina E, Malone K, Fulda KG, Ellison M, Sivernell R, et al. Suicide Risk and Mental Health Co-morbidities in a Probationer Population Community Ment Health J. [internet].2015;[citado 2019 nov. 08];51:145–152. DOI 10.1007/s10597-014-9771-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-014-9771-2>
- 98 Camelo LV, Figueiredo RC, Oliveira-Campos M, Giatti L, Barreto SM. Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2013. Ciência e Saúde Coletiva. [internet].2016;[citado 2019 nov. 08]21(4):1011-1021. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000401011&script=sci_arttext&tlng=en
- 99 Macedo AR, Costa FTB, Justo JS. O Mototaxista no Mundo do Trabalho: Precarização, Desemprego E Informalidade. Revista Subjetividades. [internet].2019;[citado 2019 nov. 08];19(1). Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e7257/pdf>
- 100 Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2007.1858-1917.
- 101 Lovato NS, Loch MR, González AD, Lopes MLS. Assiduidade a programas de atividade física oferecidas por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. Rev Bras Ativ Fís Saúde. [internet].2015;[citado 2019 nov. 08]184-192. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/245/artigo08-lovato.pdf>
- 102 Silva EA, Silva RL, Conceição RP, Zinhani DQ, Salgueiro MMHAO. Excesso de peso em usuários de unidades básicas de saúde. ABCS Health Sci. [internet].2016; [citado 2019 nov. 08]; 41(1):10-14. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/838>

-
- 103 Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm.* [internet].2014;[citado 2019 nov. 08];27(3):200–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300200&script=sci_arttext
- 104 Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Rev Interface: Comunicação Saúde Educação.* [internet].2015;[citado 2019 nov. 08] 19(53):229-32. DOI:10.1590/1807-57622015.0194.
- 105 Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica.* [internet].2015;[citado 2019 nov. 08]38(3):195–201. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892015000800003&script=sci_arttext&tlng=es
- 106 Borges TL, Miasso AI, Vedana KGG, Filho PCPT, Hegadoren KM. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm.* [internet].2015;[citado 2019 nov. 08]28(4):344-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307040999009.pdf>
- 107 Smolen JR, Araújo EM, Oliveira NF, Araújo TM. Intersectionality of Race, Gender, and Common Mental Disorders in Northeastern Brazil. *Ethnicity e Disease.* [internet].2018;[citado 2019 nov. 08]; 28(3). DOI:10.18865/ed.28.3.207. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6051505/>
- 108 Schlindwein VLDC, Moraes PR. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho.* [internet].2014;[citado 2019 nov. 08]; 17(1),117-127. DOI: 10.11606/issn.1981-.0490.v17n1p117-127. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112336/110300>
- 109 Portz RM., Amazarray MR. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho.* [internet].2019;[citado 2019 nov. 08]; 9(1), 515-522. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v19n1/v19n1a02.pdf>
- 110 Graner KM, Moraes ABA, Torres AR, Lima MCP, Rolim GS, Ramos-Cerqueira ATA. Prevalence and correlates of common mental disorders among dental students in Brazil. *PLoS ONE.* [internet].2018;[citado 2019 nov. 08];13(9): e0204558. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204558>
- 111 Amazarray MR, Oliveira GF, Feijó FR. Contexto de Trabalho e Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Judiciário Federal no Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho.* [internet].2019;[citado 2019 nov. 08]; 19(3), 687-694. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572019000300007

-
- 112 Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr.* [internet].2011;[citado 2019 nov. 08]; 33(2):150–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462011000200010&script=sci_arttext
- 113 Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* [internet].2011;[citado 2019 nov. 08]; 27(3):440–8. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000300005&script=sci_abstract
- 114 Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *Br J Psychiatry.* [internet].2011;[citado 2019 nov. 08]; 198(6): 472–8. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/mixed-anxiety-and-depressive-disorder-outcomes-prospective-cohort-study-in-primary-care/639E685747B9E8DFC63BEBFADE2F3745>
- 115 Bener A, Dafeeah EE, Chatuvedi SK, Bhugra D. Somatic symptoms in primary care and psychological comorbidities in Qatar: neglected burden of disease. *Int Rev Psychiatry.* [internet].2013;[citado 2019 nov. 08]; 25(1):100–6. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2012.730993?journalCode=iirp20>
- 116 Alves A, Pedrosa L, Coimbra M, Miranzi M, Hass V. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev. Enferm. UERJ.* [internet].2015;[citado 2019 nov. 08]; 23(1):64-69. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/8150/12330>
- 117 Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Cad. Saúde Pública.* [internet].2014;[citado 2019 nov. 08]; 30(9):1875-1883. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30n9/1875-1883/>
- 118 Azevedo LFM. Um estudo sobre a Doença dos Nervos para além de um sofrimento incorporado. *Gerais, Rev Interinst Psicol.* [internet].2012;[citado 2019 nov. 08]; 5(2):223–35. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200004
- 119 Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet.* [internet].2011;[citado 2019 nov. 08]; 377:2093±2102. Disponível em: <https://blogs.rch.org.au/cah/files/2011/06/Gore-et-al-Lancet-June-2011.pdf>

-
- 120 Patel V, Saxena S, Frankish H, Boyce N. Sustainable development and global mental health. *Lancet*. [internet].2016;[citado 2019 nov. 08];387(10024):1143-1145. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00208-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00208-7/fulltext)
- 121 Canfield M, Gilvarry MC. Determinants of substance use amongst Brazilians residing in the UK: The role of acculturation. *Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs*. [internet].2017;[citado 2019 nov. 08]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dar.12530>
- 122 Oliveira LM, Santos AR, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Freitas CM, Diniz PR. Influência do tabagismo parental no consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes. *Einstein (São Paulo)*. [internet].2019;[citado 2019 nov. 08]; 17(1):1-6. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-17-01-eAO4377/2317-6385-eins-17-01-eAO4377-pt.pdf
- 123 Carvalho HB, Andreuccetti G, Rezende MR, Bernini C, Silva JS, Leyton V, et al. Alcohol and drug involvement in motorcycle driver injuries in the city of Sao Paulo, Brazil: analysis of crash culpability and other associated factors. *Drug and Alcohol Dependence*. *Drug Alcohol*. [internet].2016;[citado 2019 nov. 08]; 1,162:199-205. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.03.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871616001472>
- 124 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro; [internet].2017;[citado 2019 nov. 08]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/11/III%20LNUD_ESPANOL.pdf
- 125 Dázio EMR, Zago MMF, Fava SMCL. Uso de álcool e outras drogas entre universitários do sexo masculino e seus significados. *Rev Esc Enferm USP*. [internet].2016;[citado 2019 nov. 08]; 50(5):786-792. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760011.pdf>
- 126 Candido FJ, Souza R, Stumpf MA, Fernandes LG, Veiga R, Santin M, et al. The use of drugs and medical students: a literature review. *Rev Assoc Med Bras*. [internet].2018;[citado 2019 nov. 08]; 64(5):462-468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302018000500462&script=sci_arttext
- 127 Vincenzi T, Mario DN, Cericato GO, Portilio MN, Rigo L. Emergence of cannabis as the second most commonly used psychoactive substance among students. *J Hum Growth Dev*. [internet].2017;[citado 2019 nov. 08]; 27(2): 244-252. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n2/16.pdf>
- 128 Valente JY, Cogo-Moreira H, Sanchez ZM. Predicting latent classes of drug use among adolescents through parental alcohol use and parental style: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*https. [internet]. 2019;[citado

- 2019 nov. 08]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1645-4>
- 129 Andrade ME, Santos IHF, Souza AAM, Silva ACS, Leite TS, Oliveira CCC, et al. Experimentação de substâncias psicoativas por estudantes de escolas públicas. *Rev Saude Publica*. [internet].2017;[citado 2019 nov. 08]; 51:82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006929.pdf
- 130 Santos CSM, Ganem KMG. A bebida alcoólica como Porta de entrada para o uso de outras drogas psicoativas. *Rev Saúde Pesqui*. [internet].2013;[citado 2019 nov. 08]; 6(2):305-13. Disponível em: <http://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/2499/1992>
- 131 Kerr-Corrêa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Rev Bras Psiquiatr*. [internet].1999;[citado 2019 nov. 08]; 21(2):95-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n2/v21n2a05.pdf>
- 132 Sanchez ZVDM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. [internet].2002;[citado 2019 nov. 08]; 36(4):420-30. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102002000400007&script=sci_abstract
- 133 Johnston LD, Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future National survey results on drug use: 1975-2014. Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research. Michigan: Institute for Social Research; [internet].2015;[citado 2019 nov. 08]. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED578369.pdf>
- 134 Santos MVF, Campos MR, Fortes SLCL. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet].2019;[citado 2019 nov. 08]; 24(3). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1051-1063/pt/>
- 135 Organização Mundial de Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. OMS. Geneva. [internet].2014;[citado 2019 nov. 08]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
- 136 Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. [internet].2011;[citado 2019 nov. 08]; 33(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462011000200010&script=sci_arttext
- 137 Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde; [internet].2014 [acessado 2016 Jul 27]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind>.

- exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch= 36123&indexSearch=ID
- 138 Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumber N, et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*.2013; 35(4):359–65.
 - 139 Aillon JL, Ndeti DM, Khasakhala L, Ngari WN, Achola HO, Akinyi S, et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [internet].2014;[citado 2019 nov. 08]; 49(8):1257–68. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-013-0755-2>
 - 140 Yamamoto K, Shiota S, Ohno S, Kuroda A, Yoshiiwa A, Abe K, et al. A diagnosis of depression should be considered in patients with multiple physical symptoms in primary health care clinics. *Tohoku J Exp Med*. [internet].2013;[citado 2019 nov. 08]; 229(4):279–85. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/229/4/229_279/_pdf
 - 141 Abelson RP. A variance explanation paradox: When a little is a lot. *Psychological Bulletin*. [internet].1985;[citado 2019 nov. 08]; 97(1), 129-133. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1985-11199-001.pdf>
 - 142 Damásio, BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação psicológica*. [internet].2012;[citado 2019 nov. 08]; 11(2), 213-228. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
 - 143 Holgado-Tello F, Chácon-Moscoso S, Barbero-García I, Vila- Abad E. Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality and quantity*. [internet].2010;[citado 2019 nov. 08]; 44(1),153-166. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11135-008-9190-y.pdf>
 - 144 Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de Transtornos mentais comuns em mulheres e suas características sociodemográficas e trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. [internet]. 2005;[citado 2019 nov. 13]; 5(3): 337-348. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>
 - 145 Bertolote JM, Botega NJ, Santos CM. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista brasileira de psiquiatria*. [internet].2010;[citado 2019 nov. 08]; 32. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/12503/S1516-44462010000600005.pdf?sequence=1>
 - 146 Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*.

- [internet].2010;[citado 2019 nov. 08]; 71(12),1617–162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000886/>
- 147 Gunter TD, Chibnall JT, Antoniak SK, Philibert RA, Hollenbeck N. Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice Addiction and the Criminal Justice System*. [internet].2011;[citado 2019 nov. 08]; 39,238–245. Disponível em: <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/36862.pdf>
- 148 Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. [internet].1997;[citado 2019 nov. 08]; 170(3), 205–228. Disponível em: <http://depts.washington.edu/psychres/wordpress/wp-content/uploads/2017/11/100-Papers-in-Clinical-Psychiatry-Suicide-Suicide-as-an-outcome-for-mental-disorders.-A-meta-analysis.pdf>
- 149 James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. [internet].2004;[citado 2019 nov. 08]; 110(6),408–415. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2004.00384.x>
- 150 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.2000.
- 151 Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi EVA. The World Health Organization adult ADHD self report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*. [internet].2005;[citado 2019 nov. 08]; 35(02), 245–256. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/world-health-organization-adult-adhd-selfreport-scale-asrs-a-short-screening-scale-for-use-in-the-general-population/28DF9AC948CE49D49B42AE9DABA325C1>
- 152 Boeninger DK, Masyn KE, Feldman BJ, Conger RD. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. [internet].2010;[citado 2019 nov. 08]; 40(5):451-64. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/pdfplus/10.1521/suli.2010.40.5.451>
- 153 Large MM, Nielssen OB. Suicide in Austraila: meta-analysis of rates and methods of suicide between 1988 and 2007. *Med J Aust*. [internet].2010;[citado 2019 nov. 08]; 192(8):432-7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03580.x>
- 154 Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*.2014;[citado 2019 nov. 08]; 25(3) 231-236. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231>

- 155 Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol USP*[Internet]. 2014;[citado 2019 nov. 08];25(3):262-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3051/305133436007.pdf>

- 156 Vieira Henry Walber Dantas (Tese). Validade de Constructo do Supportive care needs survey-short form 34 (SCNS-SF34) para a avaliação das necessidades de cuidados em pacientes oncológicos atendidos em Manaus. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2017.

- 157 Pinto ER. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*. [internet].2014;[citado 2019 nov. 08];17(1), 135-153. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982014000100009&script=sci_arttext&tlng=es

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados- Características Sociodemográficas e Clínicas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS
<p>1. Qual o seu estado civil?</p> <p>() Solteiro(a) () Casado (a) () União estável () Viúvo(a)</p>
<p>2. Qual a sua escolaridade?</p> <p>() Não alfabetizado () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 3º grau completo () 1º grau incompleto</p>
<p>3. Qual a sua situação trabalhista?</p> <p>() Trabalha no mercado formal () Aposentado () Desempregado () Trabalha no mercado informal () Do lar () Outro</p>
<p>4. Qual a sua renda familiar?</p> <p>() < 1 salário-mínimo () 4 a 6 salários-mínimos () 1 a 3 salários-mínimos () > 7 salários-mínimos</p>
<p>5. Qual sua etnia?</p> <p>() Branco () Negro () Índio () Amarela</p>
<p>6. Qual sua situação familiar/Conjugal?</p> <p>() Convive com companheira(o) e filho (s) () Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s) () Convive com companheira(o), filho(s) e outros familiares () Convive com familiares sem companheira(o) () Convive com outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais () Vive só</p>
<p>7. Condição de vulnerabilidade:</p> <p>() Vive em situação de privação de liberdade () Vive em situação de rua () Vive em situação de Imigrante</p>
<p>8. Possui diagnóstico de transtorno mental?</p> <p>() Sim () Não Se sim, qual? _____</p>
<p>9. Hábitos de vida:</p> <p>Faz uso de álcool ou outras drogas? () Sim () Não Com que idade (em anos) começou a usar? _____ Qual a substância de escolha? _____ Qual o padrão de uso atual? () Diário () Semanal () Eventual</p>

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Conforme a Resolução 466/12 do CNS.**

Prezado(a), convido você para participar de uma pesquisa chamada **Evidências de Validação da versão brasileira do Global Appraisal of Individual Need – Short Screener (GAIN-SS) para uso na APS** que eu, **Veronica Batista Cambraia Favacho**, estudante da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), estou desenvolvendo com o objetivo de verificar o desempenho desse instrumento de triagem sobre álcool e outras drogas, o AGNI – Rastreo Rápido para uso nas Unidades Básicas. São 23 perguntas sobre sintomas de internalização e externalização, como hiperatividade, ansiedade, problemas relacionados a uso de AOD e relacionados a crime e violência de Saúde (UBS). Isso significa que esta pesquisa irá ver se este teste é apropriado no atendimento inicial das pessoas que usam álcool e outras drogas. Para realizar este estudo, tenho que entrevistar as pessoas que usam o serviço de saúde na UBS. Preciso que você responda a várias perguntas desses dois testes, que levarão mais ou menos 10 minutos.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Um possível risco cogitado pelo pesquisador desta proposta de estudo seria o estresse emocional, uma vez que os itens interrogados aos indivíduos são de ordem pessoal e avaliam saúde mental e problemas relacionados ao consumo de substâncias. Indivíduos chorosos ou com sintomas depressivos, em abstinência, intoxicados ou com qualquer outra alteração detectada como estressora serão encaminhados para avaliação da equipe e acolhidos em suas necessidades.

É importante você saber que as perguntas aqui coletadas podem ajudar no caso de você fazer uso de álcool e outras drogas (o que você quer no tratamento, quais suas queixas, o que você gostaria de melhorar) em seu tratamento e na sua vida. As informações que podem te ajudar entregarei aos profissionais que te acompanham. Além disso, ao participar desta pesquisa, você estará contribuindo com estudos na área de álcool e outras drogas para melhorar a assistência dada a outras pessoas que, assim como você, têm problemas com o uso de álcool e outras drogas.

Como vamos falar, na entrevista, sobre assuntos de sua vida relacionados, ou não, ao uso de álcool e outras drogas, existe a chance de que a conversa te cause sentimentos bons ou ruins, se acontecer, esta UBS e eu estamos à disposição para te acolher (com atendimento médico, psicológico e/ou de Enfermagem). Esta pesquisa não tem nenhum financiamento e não terá gastos financeiros para você; porém, se houver alguma despesa e/ou eventuais danos decorrentes de ofensa pessoal: à dignidade, à pessoa etc, conforme preceitua a normativa preventiva do direito à honra e a imagem, estes poderão ser acionados para a possível

indenização por simples processo judicial; você é livre para deixar de participar, a qualquer momento, da pesquisa, sem te causar nenhum problema ou mal, nem prejudicar o tratamento, agora ou mais tarde; tudo o que for dito durante a entrevista será mantido em segredo; suas respostas serão transformadas em trabalho e apresentadas em congressos em revistas sobre álcool e outras drogas; em nenhum momento o seu verdadeiro nome será revelado; você terá chances de esclarecer dúvidas sobre assuntos relacionados à pesquisa quando quiser. Caso concorde, as informações coletadas que sejam importantes para seu tratamento serão entregues aos profissionais que te acompanham. Por fim, são duas vias deste termo que devem ser assinadas por nós dois, eu ficarei com uma via e você receberá outra via deste documento.

Agradeço sua colaboração e fico à disposição para responder a qualquer dúvida, no endereço: Rua 02, nº85, Condomínio Portal do Sol, Rodovia Juscelino Kubitschek, Universidade, Macapá-AP. no telefone (96) 99112-8066 ou e-mail vv.fa@usp.br, e você pode também contatar os Comitês de ética da Secretaria Municipal de Saúde, Rua General Jardim, 36, 1º andar - Telefone: (11) 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com, da Escola de Enfermagem da USP, Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419-05403-000-São Paulo -SP, no email: cepee@usp.br e telefone: (11) 3061-8858 e da Universidade Federal do Amapá, Campus Marco Zero – Macapá, Rod. Juscelino Kubitschek, KM-02 Jardim Marco Zero Macapá – AP CEP 68.903-419, e-mail: cep@unifap.br, fone: (96) 40092804/05, Wathsapp: 96 98407 – 3551. São Paulo, ____/____/____.

Esta pesquisa atende a todas as especificações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador (carimbo ou nome legível)

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- Instrumento de Coleta de Dados- AGNI-RR (Versão brasileira do GAIN-SS)

AGNI – Rastreo Rápido
GAIN SS 3.0

1. Qual é o seu nome? a. _____ c. _____
(Nome) (Sobrenome)
2. Qual a data de hoje? (DD/MM/AAAA): ____/____/____

As perguntas seguintes se referem a problemas comuns psicológicos, de comportamento e problemas pessoais. Tais problemas são considerados significativos quando ocorrem por duas ou mais semanas, quando se repetem, quando o impedem de cumprir suas responsabilidades ou o fazem sentir sem condições de continuar.

Depois de cada uma das afirmações, por favor nos informe quando foi a última vez em que teve esse problema. Responda (4) se no último mês, (3) se de 2 a 3 meses atrás, (2) se de 4 a 12 meses atrás, (1) se há um ano ou mais, ou (0) nunca.

No último mês	2 a 3 meses atrás	4 a 12 meses atrás	1 Ano ou mais	Nunca
4	3	2	1	0

- IDSr 1. **Quando foi a última vez** que você teve problemas **importantes** como...
- a. Sentiu-se muito aprisionado, sozinho, triste, deprimido ou sem esperança sobre o futuro?4 3 2 1 0
- b. Problemas para dormir, como pesadelos, sono inquieto, ou ficou caindo no sono durante o dia?4 3 2 1 0
- c. Sentiu-se muito ansioso, nervoso, tenso, assustado, em pânico ou como se algo ruim fosse acontecer?4 3 2 1 0
- d. Quando algo lhe lembrava do passado, você ficava muito estressado e perturbado? ..4 3 2 1 0
- e. Pensou em acabar com sua vida ou cometer suicídio?4 3 2 1 0
- f. Viu ou ouviu coisas que ninguém mais podia ver ou ouvir, ou sentiu como se alguém pudesse ler ou controlar seus pensamentos?4 3 2 1 0
- EDScr 2. **Quando foi a última vez** que fez as seguintes coisas **por duas ou mais vezes**?
- a. Mentiu ou manipulou para pegar coisas que queria ou para evitar ter que fazer alguma coisa?4 3 2 1 0
- b. Teve dificuldade para prestar atenção na escola, no trabalho ou em casa?4 3 2 1 0
- c. Teve dificuldade para ouvir instruções na escola, no trabalho ou em casa?4 3 2 1 0
- d. Teve dificuldade para esperar a sua vez?4 3 2 1 0
- e. Agiu como um briguento ou encrenqueiro ou ameaçou outras pessoas?4 3 2 1 0
- f. Começou brigas físicas com outras pessoas4 3 2 1 0
- g. Para tentar recuperar o que perdeu nos jogos ou apostas, voltou outro dia ao local de jogo4 3 2 1 0
- SDScr 3. **Quando foi a última vez** que ...
- a. Você usou álcool ou outras drogas todas as semanas ou com muita frequência?4 3 2 1 0
- b. Você passou muito tempo tentando conseguir, usando ou se recuperando dos efeitos de álcool ou outras drogas (ficou alto, doente)?4 3 2 1 0
- c. Você continuou usando álcool ou outras drogas mesmo sabendo que isto estava lhe causando problemas sociais, brigas, ou problemas com as outras pessoas?4 3 2 1 0
- d. O uso de álcool ou outras drogas fez com que você desistisse, diminuísse seu envolvimento ou tivesse problemas em atividades importantes no trabalho, na escola, em casa ou em eventos sociais?4 3 2 1 0
- e. Sofreu de problemas de abstinência de álcool ou outras drogas como tremores nas mãos, vômitos, problemas para ficar quieto ou para dormir (inquietação), ou usou álcool ou outras drogas para evitar sintomas de abstinência?4 3 2 1 0

(Continuação)	No último mês	2 a 3 meses atrás	4 a 12 meses atrás	1 Ano ou mais	Nunca
Depois de cada uma das afirmações, por favor nos informe quando foi a última vez que teve esse problema. Responda (4) se no último mês, (3) se de 2 a 3 meses atrás, (2) se de 4 a 12 meses atrás, (1) se há um ano ou mais, ou (0) nunca.	4	3	2	1	0

CVScr 4. **Quando foi a última vez que...**

- a. Você brigou ou teve um desentendimento no qual você empurrou, agarrou ou esbarrou em alguém de alguma maneira? 4 3 2 1 0
- b. Pegou alguma coisa de uma loja e não pagou? 4 3 2 1 0
- c. Vendeu, distribuiu ou ajudou a fazer drogas ilegais? 4 3 2 1 0
- d. Dirigiu um veículo sob a influência de álcool ou drogas ilegais? 4 3 2 1 0
- e. Intencionalmente estragou ou destruiu coisas de outras pessoas? 4 3 2 1 0
5. Você em algum outro problema **importante** psicológico, de comportamento, ou pessoal, para o qual necessita de ajuda ou gostaria de receber tratamento?
(Por favor, descreva abaixo) 1-Sim 0-Não
- v. _____

6. **Qual é seu sexo? (se for outro, por favor descreva-o abaixo)**

1- Masc. 2- Fem. 99- Outro

v1. _____

7. **Qual a sua idade hoje? |__|__| anos**7a. **Quantos minutos você demorou para fazer esta avaliação? |__|__| minutos**

Para uso exclusivo da equipe					
8. Ident. Local:	Nome Local v. _____				
9. Ident. Aplicador:	Aplicador v. _____				
10. Ident. Cliente:	Comentários v. _____				
11. Forma: 1 – Administrado pela equipe 2 – Administrado por outros 3 – Auto-Administrado					
13. Referências: SM ____ AD ____ Raiva ____ Outro ____ 14. Cód. Referência: _____					
15. Comentários referências: v1. _____					
Escore					
Screener	Itens	Último mês (4)	Últimos 90 dias (4, 3)	Último ano (4, 3, 2)	Alguma vez na vida (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDScr	Tudo				

Para maiores informações a respeito deste instrumento, por favor visite <http://www.gaincc.org>, contate o Grupo de Coordenação do Projeto GAIN (EUA) pelo e-mail GAINInfo@chestnut.org, ou entre em contato com Heloísa Garcia Claro (responsável pela versão em português) em heloisac.claro@usp.br.

ANEXO B - Instrumento Original- GAIN-SS

GAIN Short Screener (GAIN-SS)
Version [GVER]: GAIN-SS ver. 3.0

What is your name? a. _____ b. _____ c. _____
(First name) (M.I.) (Last name)

What is today's date? (MM/DD/YYYY) |__|/|__|/20|__|

The following questions are about common psychological, behavioral, and personal problems. These problems are considered **significant** when you have them for two or more weeks, when they keep coming back, when they keep you from meeting your responsibilities, or when they make you feel like you can't go on.

After each of the following questions, please tell us the last time, if ever, you had the problem by answering whether it was in the past month, 2 to 3 months ago, 4 to 12 months ago, 1 or more years ago, or never.

	Past month	2 to 3 months ago	4 to 12 months ago	1+ years ago	Never
	4	3	2	1	0
IDScr 1. When was the last time that you had significant problems with...					
a. feeling very trapped, lonely, sad, blue, depressed, or hopeless about the future?.....	4	3	2	1	0
b. sleep trouble, such as bad dreams, sleeping restlessly, or falling asleep during the day?.....	4	3	2	1	0
c. feeling very anxious, nervous, tense, scared, panicked, or like something bad was going to happen?.....	4	3	2	1	0
d. becoming very distressed and upset when something reminded you of the past?.....	4	3	2	1	0
e. thinking about ending your life or committing suicide?.....	4	3	2	1	0
f. seeing or hearing things that no one else could see or hear or feeling that someone else could read or control your thoughts?	4	3	2	1	0
EDScr 2. When was the last time that you did the following things two or more times?					
a. Lied or conned to get things you wanted or to avoid having to do something.....	4	3	2	1	0
b. Had a hard time paying attention at school, work, or home.	4	3	2	1	0
c. Had a hard time listening to instructions at school, work, or home.	4	3	2	1	0
d. Had a hard time waiting for your turn.	4	3	2	1	0
e. Were a bully or threatened other people.....	4	3	2	1	0
f. Started physical fights with other people	4	3	2	1	0
g. Tried to win back your gambling losses by going back another day.	4	3	2	1	0
SDScr 3. When was the last time that...					
a. you used alcohol or other drugs weekly or more often?.....	4	3	2	1	0
b. you spent a lot of time either getting alcohol or other drugs, using alcohol or other drugs, or recovering from the effects of alcohol or other drugs (e.g., feeling sick)?	4	3	2	1	0
c. you kept using alcohol or other drugs even though it was causing social problems, leading to fights, or getting you into trouble with other people?	4	3	2	1	0
d. your use of alcohol or other drugs caused you to give up or reduce your involvement in activities at work, school, home, or social events?.....	4	3	2	1	0
e. you had withdrawal problems from alcohol or other drugs like shaky hands, throwing up, having trouble sitting still or sleeping, or you used any alcohol or other drugs to stop being sick or avoid withdrawal problems?	4	3	2	1	0

After each of the following questions, please tell us the last time, if ever, you had the problem by answering whether it was in the past month, 2 to 3 months ago, 4 to 12 months ago, 1 or more years ago, or never.

4	Past month
3	2 to 3 months ago
2	4 to 12 months ago
1	1+ years ago
0	Never

a.	had a disagreement in which you pushed, grabbed, or shoved someone?.....	4	3	2	1	0
b.	took something from a store without paying for it?.....	4	3	2	1	0
c.	sold, distributed, or helped to make illegal drugs?.....	4	3	2	1	0
d.	drove a vehicle while under the influence of alcohol or illegal drugs?.....	4	3	2	1	0
e.	purposely damaged or destroyed property that did not belong to you?.....	4	3	2	1	0

vl. _____

v1.

7a. How many minutes did it take you to complete this survey? Minutes

Staff Use Only	
8. Site ID: _____	Site name v. _____
9. Staff ID: _____	Staff name v. _____
10. Client ID: _____	Comment v. _____
11. Mode: 1 - Administered by staff 2 - Administered by other 3 - Self-administered	
13. Referral: MH _____ SA _____ ANG _____ Other _____	
14. Referral codes: _____	
15. Referral comments: v1. _____	

Scoring					
Screener	Items	Past month (4)	Past 90 days (4, 3)	Past year (4, 3, 2)	Ever (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDSScr	1a – 4e				

ANEXO C - Instrumento AGNI-RR₁₆ (2ª versão brasileira do GAIN-SS).

1. Qual é o seu nome? a. _____ c. _____
 (Nome) (Sobrenome)
2. Qual a data de hoje? (DD/MM/AAAA) ____/____/____

As perguntas seguintes se referem a problemas comuns psicológicos, de comportamento e problemas pessoais. Tais problemas são considerados <u>significativos</u> quando ocorrem por duas ou mais semanas, quando se repetem, quando o impedem de cumprir suas responsabilidades ou o fazem sentir sem condições de continuar. Depois de cada uma das afirmações, por favor nos informe quando foi a última vez em que teve esse problema. Responda (4) se no último mês, (3) se de 2 a 3 meses atrás, (2) se de 4 a 12 meses atrás, (1) se há um ano ou mais, ou (0) nunca.	No último mês	2 a 3 meses atrás	4 a 12 meses atrás	1 Ano ou mais	Nunca
	4	3	2	1	0

SDScr

1. Quando foi a última vez que...

- a. Você passou muito tempo tentando conseguir, usando ou se recuperando dos efeitos de álcool ou outras drogas (ficou alto, doente)?.....4 3 2 1 0
- b. Você usou álcool ou outras drogas todas as semanas ou com muita frequência?.....4 3 2 1 0
- c. Sofreu de problemas de abstinência de álcool ou outras drogas como tremores nas mãos, vômitos, problemas para ficar quieto ou para dormir (inquietação), ou usou álcool ou outras drogas para evitar sintomas de abstinência?.....4 3 2 1 0
- d. O uso de álcool ou outras drogas fez com que você desistisse, diminuísse seu envolvimento ou tivesse problemas em atividades importantes no trabalho, na escola, em casa ou em eventos sociais?.....4 3 2 1 0
- e. Você continuou usando álcool ou outras drogas mesmo sabendo que isto estava lhe causando problemas sociais, brigas, ou problemas com as outras pessoas?.....4 3 2 1 0

IDSr/ EDSr

2. Quando foi a última vez:

- a. Sentiu-se muito ansioso, nervoso, tenso, assustado, em pânico ou como se algo ruim fosse acontecer?.....4 3 2 1 0
- b. Sentiu-se muito aprisionado, sozinho, triste, deprimido ou sem esperança sobre o futuro?.....4 3 2 1 0
- c. Problemas para dormir, como pesadelos, sono inquieto, ou ficou caindo no sono durante o dia?.....4 3 2 1 0
- d. Quando algo lhe lembrava do passado, você ficava muito estressado e perturbado?.....4 3 2 1 0
- e. Viu ou ouviu coisas que ninguém mais podia ver ou ouvir, ou sentiu como se alguém pudesse ler ou controlar seus pensamentos?.....4 3 2 1 0
- f. Teve dificuldade para ouvir instruções na escola, no trabalho, ou em casa?.....4 3 2 1 0
- g. Teve dificuldade para prestar atenção na escola, no trabalho ou em casa?.....4 3 2 1 0
- h. Teve dificuldade para esperar sua vez?.....4 3 2 1 0

(Continuação) Depois de cada uma das afirmações, por favor nos informe quando foi a última vez que teve esse problema. Responda (4) se no último mês, (3) se de 2 a 3 meses atrás, (2) se de 4 a 12 meses atrás, (1) se há um ano ou mais, ou (0) nunca.	No último mês	2 a 3 meses atrás	4 a 12 meses atrás	1 Ano ou mais	Nunca
	4	3	2	1	0

CScr

3. Quando foi a última vez que...

- a. Você brigou ou teve um desentendimento no qual você empurrou, agarrou ou esbarrou em alguém de alguma maneira?.....4 3 2 1 0
- b. Começou brigas físicas com outras pessoas?.....4 3 2 1 0
- c. Agiu como um briguento ou encrenqueiro ou ameaçou outras pessoas?.....4 3 2 1 0

4. Você em algum outro problema **importante** psicológico, de comportamento, ou pessoal, para o qual necessita de ajuda ou gostaria de receber tratamento?
(Por favor, descreva abaixo)1-Sim 0-Não
v. _____

5. Pensou em acabar com sua vida ou cometer suicídio?.....1-Sim 0-Não

6. Qual é seu sexo? (se for outro, por favor descreva-o abaixo)

1- Masc. 2- Fem. 99- Outro

v1. _____

7. Qual a sua idade hoje? | | anos**7a. Quantos minutos você demorou para fazer esta avaliação?.....| | minutos****Para uso exclusivo da equipe**

8. Ident. Local: _____ Nome Local _____
9. Ident. Aplicador: _____ Aplicador nº _____
10. Cliente nº _____ Comentários _____
11. Forma: 1 – Administrado pela equipe 2 – Administrado por outros 3 – Autoadministrado
12. Referências: SM_AD ____ Outro _____
13. Comentários referências: _____

ESCORE

Screener	Itens	Último mês (4)	Últimos 90 dias (4, 3)	Último ano (4, 3, 2)	Alguma vez na vida (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDSr	Tudo				

Para mais informações a respeito deste instrumento, por favor visite <http://www.gaincc.org>, contate o Grupo de Coordenação do Projeto GAIN (EUA) pelo e-mail GAINInfo@chestnut.org, ou entre em contato com Veronica Batista Cambraia Favacho (responsável pela 2ª versão em português) em vv.favacho@gmail.com

ANEXO D – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Macapá

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Pela presente eu, **Silvana Vedovelli**, Secretária Municipal de Saúde de Macapá-Amapá, declaro, a ANUÊNCIA desta Secretaria de Saúde para a realização da pesquisa de campo intitulada "**Avaliação Global das Necessidades Individuais – Rastreio Rápido e sua relação com o ASSIST**", sob a responsabilidade direta de **Verônica Batista Cambraia Favacho**, doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e orientação da professora **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, docente pela mesma instituição. A pesquisa tem como objetivo geral **Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais – Rastreio Rápido e sua relação com o ASSIST nas Unidades Básicas de Saúde, no Norte e Sudeste do Brasil"**.

Tal anuência permite a pesquisadora:

- *Adentrar na UBS Marabaixo, localizada na Rua Quatro (04), S/N, Bairro Marabaixo II, Macapá-AP, elencada como cenário da pesquisa para, no período estipulado, realizar coleta de dados junto ao público alvo definido como amostragem, através dos critérios de inclusão da pesquisa.*

Havendo, para tanto, o compromisso da pesquisadora envolvida em:

- Cumprir integralmente as determinações éticas da Resolução nº 466/2012 – CNS/CONEP;

- Isentar a Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA - Macapá, de qualquer despesa decorrente da pesquisa;

- Apresentar os resultados da pesquisa, em forma de relatório, ao seu término para possível utilização pela SEMSA na melhoria dos serviços ofertados à população.

Macapá, 14 de setembro de 2016.

SILVANA VEDOVELLI
Secretária Municipal de Saúde/Macapá
Decreto nº 0739/2014

**ANEXO E - Carta de Anuência da Coordenadoria Regional de Saúde Centro –
São Paulo**

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO
SUPERVISÃO DE SAÚDE SÉ

Documento de autorização Coordenadoria Regional de Saúde Centro

São Paulo, 18 de julho de 2016

Declaração

Eu, Clovis Silveira Junior, cargo Coordenador Regional de Saúde Centro, declaro, a quem possa interessar ter conhecimento de que Gabriella de Andrade Boska residente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientada pela professora Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira, docente da mesma instituição submeteu projeto de pesquisa para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo parecer 1.622.602. O referido projeto intitula-se "Análise da ocupação de leitos de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas" e, caso seja aprovado por ambos os Comitês competentes, autorizo a coleta dos dados em prontuários necessários a pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III Centro localizado na Rua Frederico Alvarenga, 259 segundo andar.

Sem mais

Assinatura do Coordenador

Assinatura e carimbo

18/07/2016

Data

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa- EEUSP 2018 **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Evidências de Validação do Instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais e Rastreamento Rápido" no Brasil.

Pesquisador: Veronica Batista Cambráia Favacho

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60683116.4.0000.5392

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.125.494

Apresentação do Projeto:

Trata-se da 4ª versão do projeto de doutorado da pesquisadora VERONICA BATISTA CAMBRAIA FAVACHO, intitulado "Validação do Instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais –Rastreamento Rápido e sua relação com o ASSIST".

Apresentam-se como pendências: "O projeto continua não trazendo os instrumentos que serão utilizados. Na segunda versão foi anexado o Instrumento denominado "AGNI - RASTREIO RÁPIDO. GAIN SS 3.0". Não parece que este é o GAIN RR. Assim, novamente, não existe a apresentação do instrumento a ser adaptado. Foi solicitada a retirada do pós-informado do TCLE, na nova versão ele se mantém. A pesquisadora fez o seguinte ajuste relacionado aos benefícios e riscos "Eu te asseguro que: Esta pesquisa não traz nenhum risco para a sua segurança física; não tem nenhum financiamento e não terá gastos financeiros para você; porém, se houver alguma despesa e/ou eventuais danos decorrentes da pesquisa comprovados legalmente, o valor será ressarcido e/ou indenizado". Não são essas as recomendações da Resolução 466/12.

A pesquisadora tem de indicar riscos mínimos da pesquisa e as formas de mitigação.

Objetivo da Pesquisa:**3.1 OBJETIVO GERAL**

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

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.125.494

Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento “Avaliação Global das Necessidades Individuais – Rastreo Rápido” nas Unidades Básicas de Saúde, no Norte e Sudeste do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Traduzir e adaptar culturalmente o instrumento GAIN-RR para uso no Brasil;

Mensurar a consistência interna do GAIN-RR com suas respectivas subescalas;

Avaliar as propriedades psicométricas por meio do método da Teoria Clássica dos Testes (TCT) através da análise fatorial exploratória e confirmatória;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Um possível risco cogitado pelo pesquisador desta proposta de estudo seria o estresse emocional, uma vez que os itens interrogados aos indivíduos são de ordem pessoal e avaliam saúde mental e problemas relacionados ao consumo de substâncias. Indivíduos chorosos ou com sintomas depressivos, em abstinência, intoxicados ou com qualquer outra alteração detectada como estressora serão encaminhados para avaliação da equipe e acolhidos em suas necessidades.

Benefícios:

Visto que as informações coletadas pelos instrumentos ASSIST e AGNI são consideradas pela literatura como relevantes para o planejamento terapêutico do usuário de AOD, e também que trata-se de instrumentos que avaliam o indivíduo em seus antecedentes familiares, uso de AOD, saúde física, saúde mental, comportamentos de risco, aspectos socioeconômicos, aspectos legais, potencialidades vocacionais, entre outros, os relatórios resultantes do sistema ABS serão disponibilizados aos enfermeiros de referência do serviço e anexados aos prontuários dos usuários para consulta e uso da equipe terapêutica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente

Recomendações:

não há

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.125.494

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações foram atendidas integralmente com ajuste do TCLE, apresentação do instrumento no projeto, descrição da invariância e dos riscos e benefícios

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797992.pdf	10/05/2017 09:16:27		Aceito
Outros	GAINSS.pdf	10/05/2017 09:15:03	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmaio.docx	10/05/2017 09:12:42	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJabril.docx	10/05/2017 08:57:02	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/01/2017 12:14:23	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Outros	sociodemo.docx	30/09/2016 14:10:09	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Folha de Rosto	folhar.pdf	27/09/2016 20:28:38	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/09/2016 21:15:26	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMM.pdf	24/09/2016 21:14:23	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMSP.pdf	24/09/2016 21:14:08	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

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

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.125.494

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Junho de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa- PMSP 2018

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evidências de Validação do Instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais e Rastreamento Rápido" no Brasil.

Pesquisador: Veronica Batista Cambráia Favacho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60683116.4.3002.0086

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.176.623

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do grau de doutor, da Escola de Enfermagem da USP.

É um estudo metodológico que realizará a adaptação transcultural (reelaboração, na língua portuguesa, avaliação e validação) de instrumento de coleta de dados, que possa ser utilizado por profissionais da prática clínica, voltado para o diagnóstico e tratamento de drogadição.

Os dados da pesquisa serão coletados em duas UBS: uma no município de São Paulo, em uma UBS-SÉ, da região central da cidade e outra do Município de Macapá, da região norte do Brasil.

Serão abordados todos os indivíduos elegíveis admitidos nas UBSs no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, sendo portanto um procedimento de amostra por conveniência. A amostra será de 230 participantes por UBS (Macapá e São Paulo), totalizando 460 participantes.

As entrevistas nas UBSs serão realizadas utilizando-se notebook e acesso à Internet móvel para conexão à ferramenta. O acesso ao sistema será protegido por senha e os dados serão criptografados para garantir a segurança das informações confidenciais. Os dados serão coletados pelo pesquisador, que será previamente treinado para participar da coleta de dados e aplicação do instrumento.

O instrumento contém questões que abordam frequência e problemas relacionados ao uso;

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.176.623

preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário; prejuízo na execução de tarefas esperadas; tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso; sentimento de compulsão e uso por via injetável. O instrumento de triagem poderá abordar metodologicamente grupos de sintomas e transtornos mentais, substâncias de uso problemático, grau de severidade dos problemas pelo uso de álcool e outras drogas (AOD) e aumentar a eficácia e precisão na triagem e intervenção.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais – Rastreo Rápido" nas Unidades Básicas de Saúde, no Norte e Sudeste do Brasil.

Secundários:

- Traduzir e adaptar culturalmente o instrumento GAIN-RR para uso no Brasil;
- Mensurar a consistência interna do GAIN-RR com suas respectivas subescalas;
- Avaliar as propriedades psicométricas por meio do método da Teoria Clássica dos Testes (TCT) através da análise fatorial exploratória e confirmatória;
- Testar a invariância entre o grupo A (moradores de São Paulo) e grupo B (não moradores de São Paulo, moradores de Macapá).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A aplicação do instrumento pode causar desconforto e até estresse emocional nos participantes, uma vez que as questões são de ordem pessoal e avaliam problemas relacionados ao consumo de substâncias tóxicas, legais e ilegais. A pesquisadora declara que os participantes que apresentarem quaisquer sintomas de estresse emocional serão encaminhados para avaliação da equipe e terão suas necessidades acolhidas. Por outro lado, a validação de instrumento que facilite o diagnóstico, as aspirações e o tratamento de pacientes drogaditos, pode ser de grande utilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, bem elaborada, que atende às exigências éticas.

A metodologia proposta está adequada aos objetivos descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.176.623

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

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

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	GAINSS.pdf	10/05/2017 09:15:03	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmaio.docx	10/05/2017 09:12:42	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJabril.docx	10/05/2017 08:57:02	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797992.pdf	27/02/2017 18:17:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFEV.docx	27/02/2017 18:16:46	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.176.623

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJFEV.docx	27/02/2017 18:16:23	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	13/01/2017 12:16:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPjan.docx	13/01/2017 12:16:14	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/01/2017 12:14:23	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	23/12/2016 15:44:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	23/12/2016 15:43:36	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	05/10/2016 11:37:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/10/2016 11:35:04	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	03/10/2016 08:51:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	30/09/2016 14:10:34		Aceito
Outros	sociodemo.docx	30/09/2016 14:10:09	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Outros	gainss.pdf	30/09/2016 14:09:24	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Outros	assist.pdf	30/09/2016 14:08:48	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	27/09/2016 20:30:03		Aceito
Folha de Rosto	folhar.pdf	27/09/2016 20:28:38	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	USPPROJ.docx	24/09/2016 21:17:17	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/09/2016 21:15:26	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMM.pdf	24/09/2016 21:14:23	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMSP.pdf	24/09/2016 21:14:08	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.176.623

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Julho de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: Vila Buarque	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO H – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa- UNIFAP 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evidências de Validação do Instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais e Rastreamento Rápido" no Brasil.

Pesquisador: Veronica Batista Cambraia Favacho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60683116.4.3001.0003

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.248.472

Apresentação do Projeto:

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

Serão convidados a participar da pesquisa os indivíduos admitidos no serviço de saúde para atendimento de qualquer natureza (consulta ambulatorial, de emergência, realização de exames e outros). Visto que o instrumento foi desenvolvido para rastreamento.

Serão abordados todos os indivíduos elegíveis nas UBS no período determinado para a coleta de dados. A amostra será de 460 participantes no total, sendo dividida em grupo A com 230 indivíduos na UBS Sé- São Paulo e grupo B com 230 na UBS Marabaixo- Macapá.

A coleta será realizada em duas UBS, uma na cidade de São Paulo– UBS Sé e a outra na cidade de Macapá –UBS Marabaixo. Uma vez que para o método de validação de instrumento se faz importante a investigação e/ou aplicação em diferentes regiões (Norte e Sudeste), espaços e populações. As UBS oferecem assistência em atenção primária, com atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros).

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

Continuação do Parecer: 2.248.472

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento "Avaliação Global das Necessidades Individuais – Rastreo Rápido" nas Unidades Básicas de Saúde, no Norte e Sudeste do Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir e adaptar culturalmente o instrumento GAIN-RR para uso no Brasil;
- Mensurar a consistência interna do GAIN-RR com suas respectivas subescalas;
- Avaliar as propriedades psicométricas por meio do método da Teoria Clássica dos Testes (TCT) através da análise fatorial exploratória e confirmatória

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Um possível risco cogitado pelo pesquisador desta proposta de estudo seria o estresse emocional, uma vez que os itens interrogados aos indivíduos são de ordem pessoal e avaliam saúde mental e problemas relacionados ao consumo de substâncias. Indivíduos chorosos ou com sintomas depressivos, em abstinência, intoxicados ou com qualquer outra alteração detectada como estressora serão encaminhados para avaliação da equipe e acolhidos em suas necessidades.

Benefícios:

Visto que as informações coletadas pelos instrumentos ASSIST e AGNI são consideradas pela literatura como relevantes para o planejamento terapêutico do usuário de AOD, e também que trata-se de instrumentos que avaliam o indivíduo em seus antecedentes familiares, uso de AOD, saúde física, saúde mental, comportamentos de risco, aspectos socioeconômicos, aspectos legais, potencialidades vocacionais, entre outros, os relatórios resultantes do sistema ABS serão disponibilizados aos enfermeiros de referência do serviço e anexados aos prontuários dos usuários para consulta e uso da equipe terapêutica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende à Resolução 466/2012

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02**Bairro:** Bairro Universidade**CEP:** 68.902-280**UF:** AP**Município:** MACAPÁ**Telefone:** (96)4009-2805**Fax:** (96)4009-2804**E-mail:** cep@unifap.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP**

Continuação do Parecer: 2.248.472

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 797992.pdf	10/05/2017 09:16:27		Aceito
Outros	GAINSS.pdf	10/05/2017 09:15:03	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmaio.docx	10/05/2017 09:12:42	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJabril.docx	10/05/2017 08:57:02	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 797992.pdf	27/02/2017 18:17:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFEV.docx	27/02/2017 18:16:46	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJFEV.docx	27/02/2017 18:16:23	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 797992.pdf	13/01/2017 12:16:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPjan.docx	13/01/2017 12:16:14	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/01/2017 12:14:23	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 797992.pdf	23/12/2016 15:44:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	23/12/2016 15:43:36	Veronica Batista Cambraia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 797992.pdf	05/10/2016 11:37:20		Aceito

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280

UF: AP **Município:** MACAPA

Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP**

Continuação do Parecer: 2.248.472

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/10/2016 11:35:04	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	03/10/2016 08:51:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	30/09/2016 14:10:34		Aceito
Outros	sociodemo.docx	30/09/2016 14:10:09	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Outros	gainss.pdf	30/09/2016 14:09:24	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Outros	assist.pdf	30/09/2016 14:08:48	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797992.pdf	27/09/2016 20:30:03		Aceito
Folha de Rosto	folhar.pdf	27/09/2016 20:28:38	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	USPPROJ.docx	24/09/2016 21:17:17	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/09/2016 21:15:26	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMM.pdf	24/09/2016 21:14:23	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMSP.pdf	24/09/2016 21:14:08	Veronica Batista Cambráia Favacho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:

**Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
(Coordenador)**

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280

UF: AP **Município:** MACAPA

Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br