



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DOUTORADO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

SELENE CORDEIRO VASCONCELOS

VALIDAÇÃO DO *DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE*
PARA USO NO BRASIL

Recife
2015

SELENE CORDEIRO VASCONCELOS

**VALIDAÇÃO DO *DRUG-TAKING CONFIDENCE*
QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL**

Tese submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de Concentração: Neuropsicopatologia.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Iracema da Silva Frazão

Recife
2015

SELENE CORDEIRO VASCONCELOS

**VALIDAÇÃO DO *DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE* PARA
USO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovada em: 24/07/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr Murilo Duarte da Costa Lima
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr Everton Botelho Sougey (Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Vânia Pinheiro Ramos
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Reginete Cavalcanti Pereira
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Drª Sandra Lopes de Souza
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus e à minha família.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Professor Doutor Murilo Duarte da Costa Lima e Professora Doutora Iracema da Silva Frazão, que gentilmente me conduziram durante todo o meu doutoramento, compartilhando precioso saber.

Ao Professor Doutor Everton Botelho Sougey, que me acolheu em seu grupo de pesquisa e tem prestado grandes contribuições às minhas construções científicas.

Ao colaborador internacional Doutor Nigel Ernest Turner, um dos autores do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ), que me acolheu e tem oferecido grandes contribuições às minhas construções científicas, aceitando ser coautor dos artigos produzidos.

Aos membros da Banca Examinadora (Professor Doutor Everton Botelho Sougey, Professoras Doutoras Vânia Pinheiro Ramos, Reginete Cavalcanti Pereira e Sandra Lopes de Souza), que aceitaram o convite para avaliar meu trabalho, colaborando para o aprimoramento de minhas construções.

Às Professoras Doutoras Ana Karina Bezerra Pinheiro, Lorena Barbosa Ximenes, Tatiane Gomes Guedes, Marly Javorsky e Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti pelos conselhos científicos, carinho e amizade, aspectos fundamentais para a saúde mental de uma doutoranda.

Ao Doutor Carlos Eduardo e ao Professor Doutor José Waldo, pela atenção e apoio.

Ao tradutor Richard Boike, pela responsabilidade, esmero e parceria.

Aos membros do Comitê de Especialistas, que lapidaram nossas construções.

A Maria José Bacelar, pelo esmero e responsabilidade em revisar e normalizar a tese.

Aos funcionários das instituições pesquisadas e aos participantes do estudo.

Ao Departamento de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pela disponibilidade e apoio administrativo.

Ao Departamento de Enfermagem, pelo exemplo de dedicação e competência.

Aos Grupos de Pesquisa dos quais participo e aos meus colegas de doutorado.

Aos meus colegas do Centro de Especialidades Médicas (CEMEC) e do CAPSad Eulâmpio Cordeiro, por compreenderem minha ausência. Um agradecimento especial à enfermeira, minha dupla de plantão e grande amiga, Luciana Batista de Souza Ventura, pela compreensão e apoio.

Agradecimento especial ao enfermeiro gerente, Nilton Arcelino da Silva, pelo apoio e à enfermeira Pollyanne Ezequiel de Souza, por me substituir nos plantões.

Aos meus amigos.

*O trabalhar de Deus é perfeito!
Quando todas as evidências apontam para o fim,
Ele transforma tudo em um grande começo!*

Selene Vasconcelos

RESUMO

Introdução: o Drug-Taking Confidence Questionnaire mede a confiança do usuário de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco. **Objetivo:** adaptar transculturalmente e validar o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas. **Métodos:** trata-se de um estudo metodológico realizado em duas fases: execução do protocolo de adaptação transcultural e verificação das propriedades psicométricas do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas. Para o processo de adaptação transcultural, participaram nove especialistas e uma amostra de 40 usuários de álcool e 40 usuários de outras drogas em tratamento em Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad). Já no processo de validação clínica do instrumento, a amostra constituiu-se de 50 usuários de álcool e 50 usuários de outras drogas, também em tratamento no CAPSad. **Resultados:** as médias dos índices de concordância das equivalências para ambas as versões do instrumento foram: semântica (0,989; 0,989; 1,00), idiomática (0,967), experiencial (0,956), conceitual (0,978) e da validação de conteúdo relativo à clareza de linguagem (0,972), pertinência prática (0,958), relevância teórica (0,958) e para dimensão teórica (1,00) demonstraram um processo satisfatório. A maioria dos participantes foi classificada em moderada autoeficácia, sendo a média dos escores total do DTCQ-8 na amostra pré-final 68,06 para álcool e 59,63 para outras drogas, bem como na amostra final 56,40 para álcool e 54,55 para outras drogas. A análise fatorial identificou que todos os itens obtiveram altas cargas fatoriais, sendo agrupados em quatro domínios. Os grupos contrastados demonstraram que a iniciação ao consumo de substâncias psicoativas em idade precoce reduziu os escores de autoeficácia tanto para o instrumento completo quanto para os domínios em ambos os grupos. O coeficiente alfa de Cronbach para o instrumento completo DTCQ-8 na amostra pré-final foi de 0,87 para álcool e 0,88 para outras drogas, bem como 0,89 na amostra final para álcool e 0,82 para outras drogas. **Conclusão:** o processo de validação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas descrito nesta tese demonstrou que são de fácil aplicação e compreensão, sendo satisfatório o processo de adaptação para utilização no contexto brasileiro. Os resultados mostraram que o instrumento, em suas duas versões, pode ser considerado válido e confiável para mensurar a autoeficácia do usuário de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir essas substâncias em situações de alto risco, no contexto do Brasil. Acredita-se que a contribuição deste estudo abrange a utilidade clínica, por contribuir com a práxis profissional e com a compreensão dos usuários sobre sua dinâmica comportamental, bem como para a pesquisa, por ser uma ferramenta útil à investigação científica sobre a autoeficácia de resistir ao desejo de consumir substâncias psicoativas em situações de alto risco.

Palavras-chave: Autoeficácia. Enfermagem. Usuários de drogas. Adaptação transcultural. Validação de instrumentos.

ABSTRACT

Introduction: The Drug-Taking Confidence Questionnaire measures the confidence of users of alcohol and/or other drugs to resist the urge to consume these substances in high-risk situations. **Objective:** The aim of the present study was cross-culturally adapt and validate the Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8 alcohol and DTCQ-8 other drugs). **Methods:** A methodological study was conducted in two phases: cross-cultural adaptation and the determination of the psychometric properties of the DTCQ-8 alcohol and DTCQ-8 for other drugs. The cross-cultural process was performed with the participation of nine specialists and 40 users of alcohol and 40 users of other drugs at a Psychosocial Care Treatment Center. The clinical validation processes of the questionnaire involved a sample of 50 users of alcohol and 50 users of other drugs at the same treatment center. **Result:** The mean concordance indices of equivalence of both versions of the questionnaire were 0.989, 0.989 and 1.00 for semantics, 0.967 for idiomatic equivalence, 0.956 for experiential equivalence, 0.978 for conceptual equivalence and 0.972 for validation of content related to language clarity, 0.958 for practical pertinence, 0.958 for theoretical relevance and 1.00 for the theoretical dimension, demonstrating a satisfactory process. The majority of participants were classified with a moderate degree of self-efficacy, with mean total DTCQ-8 scores of 68.06 in the pre-final sample for alcohol and 59.63 for other drugs as well as 56.40 in the final sample for alcohol and 54.55 for other drugs. The factorial analysis demonstrated that all items had high factorial loads grouped in four domains. The groups registered demonstrated that the onset of taking psychoactive drugs at an early age reduced the self-efficacy scores for both the complete questionnaire and the domains in both groups. Cronbach's alpha coefficient for the complete DTCQ-8 was 0.87 in the pre-final sample for alcohol and 0.88 for other drugs as well as 0.89 in the final sample for alcohol and 0.82 for other drugs. **Conclusion:** The validation of Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) for alcohol and other drugs proved to be of easy administration and comprehension and the adaptation to the Brazilian culture proved to be successful. The results demonstrate that the two versions of the questionnaire can be considered valid and reliable for measuring self-efficacy among users of alcohol and/or other drugs regarding resisting the urge to consume these substances in high risk situations in the Brazilian context. This study contributes to clinical practices and the understanding of the dynamic behavior of users as well as being a useful tool for the scientific investigation of self-efficacy regarding resisting the urge to consume psychoactive drugs in high-risk situations.

Keywords: Self-efficacy. Nursing. Drug users. Cross-cultural adaptation. Validation of questionnaires.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Organização dos domínios e seus respectivos itens	30
Figura 1 –	Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas	36
Quadro 2 –	CrITÉrios de seleção de especialistas e respectivas adaptações, com suas pontuações	38
Quadro 3 –	CrITÉrios adaptados para a seleção dos especialistas e suas respectivas pontuações	39
Figura 2 –	Avaliação das propriedades psicométricas do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas	43
Quadro 4 –	Descrição da amostra da fase I (etapa de 1 a 5 do processo de Adaptação transcultural do <i>Drug-Taking Confidence Questionnaire</i>) e da fase II (validação clínica)	48
Quadro 5 –	Itens modificados do DTCQ-8 outras drogas com base nas sugestões do comitê de especialistas	54
Quadro 6 –	Itens modificados do DTCQ-8 álcool com base nas sugestões do comitê de especialistas	55
Quadro 7 –	Comparação entre a versão original do DTCQ-8 versão outras drogas, a versão pré-final em português e a retrotradução	55
Quadro 8 –	Comparação entre a versão original do DTCQ-8 álcool, a versão pré-final em português e a retrotradução	56
Quadro 9 –	Matriz de Correlação de acordo com os Coeficientes de Correlação de Pearson do DTCQ-8 outras drogas	81
Quadro 10 –	Matriz de Correlação de acordo com os Coeficientes de Correlação de Pearson do DTCQ-8 álcool	82
Quadro 11 –	Variância explicada (autovalores) e os percentuais de variação de cada item do DTCQ-8 outras drogas	82
Quadro 12 –	Variância explicada (autovalores) e os percentuais de variação de cada item do DTCQ-8 álcool	83
Quadro 13 –	Matriz de Componentes com os itens distribuídos nos quatro componentes encontrados nos dados relativos ao DTCQ-8 outras drogas	83

Quadro 14 –	Matriz de Componentes com os itens distribuídos nos quatro componentes encontrados nos dados relativos ao DTCQ-8 álcool	84
Quadro 15 –	Matriz de Correlação entre os itens e os domínios do DTCQ-8 outras drogas, segundo fatorial pelos componentes principais e rotação varimax	85
Quadro 16 –	Matriz de Correlação entre os itens e os domínios do DTCQ-8 álcool, segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação varimax	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação da versão pré-final do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual – Recife – out. 2014	53
Tabela 2 – Validação de conteúdo do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas de acordo com a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica – Recife – out. 2014	57
Tabela 3 – Características sociodemográficas segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas (<i>crack</i> e tabaco) na amostra pré-final – Recife – out. 2014	59
Tabela 4 – Idade do primeiro consumo de outra substância psicoativa segundo os respondentes do DTCQ-8 álcool ou do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014	60
Tabela 5 – Aspectos relativos ao tratamento dos participantes que responderam o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014	63
Tabela 6 – Escores de autoeficácia segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014	64
Tabela 7 – Classificação da autoeficácia dos participantes segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014	64
Tabela 8 – Consumo de drogas pelos pais dos usuários de álcool e/ou outras drogas segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014	66
Tabela 9 – Descrição dos IC na validade de conteúdo referente a cada item do DTCQ-8 – Recife – out. 2014	67
Tabela 10 – Valores do Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014 (n = 40)	68
Tabela 11 – Valores de Alfa de Cronbach dos domínios do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014 (n = 40)	69

Tabela 12 – Valores do Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 álcool na amostra pré-final – Recife – out. 2014 (n = 40)	69
Tabela 13 – Valores de Alfa de Cronbach dos domínios do DTCQ-8 versão para álcool – Recife – out. 2014 (n = 40)	70
Tabela 14 – Características sociodemográficas segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	72
Tabela 15 – Descrição da idade e primeiro consumo de qualquer substância psicoativa segundo os participantes da amostra final – Recife – jun. 2015	74
Tabela 16 – Aspectos relativos ao tratamento dos participantes que responderam o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	75
Tabela 17 – Escores de autoeficácia segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	78
Tabela 18 – Classificação da autoeficácia dos participantes segundo o grupo que respondeu o TCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	79
Tabela 19 – Consumo de drogas pelos pais durante a infância e/ou adolescência segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	80
Tabela 20 – Distribuição das médias do DTCQ-8 total e os domínios entre o grupo de usuários de álcool e de outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	86
Tabela 21 – Distribuição das médias do DTCQ-8 total e dos domínios entre o grupo de usuários de álcool de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa na amostra final – Recife – jun. 2015	87
Tabela 22 – Distribuição das médias do DTCQ-8 total e dos domínios entre o grupo de usuários de outras drogas de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa na amostra final – Recife – jun. 2015	88

Tabela 23 – Valores de Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	90
Tabela 24 – Valores do Alfa de Cronbach do DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015	90
Tabela 25 – Valores de Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 álcool na amostra final – Recife – jun. 2015	91
Tabela 26 – Valores de Alfa de Cronbach do DTCQ-8 álcool na amostra final – Recife – jun. 2015	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAOS	<i>American Academy of Orthopaedic Surgeons</i>
AASE	<i>Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale</i>
ADS	<i>Alcohol Dependence Scale</i>
ARS-CC	<i>Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BRSEQ	<i>Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAMH	<i>Centre for Addiction and Mental Health</i>
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
CCSA	<i>Canadian Centre of Substance Abuse</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CPTRA	Centro Psicossocial de Tratamento Relativo ao Alcoolismo
CSES	<i>Coping Self-Efficacy Scale</i>
DASE	<i>Drug Avoidance Self-Efficacy Scale</i>
DAST	<i>Drug Abuse Screening Test</i>
DCSES	<i>Depression Coping Self-Efficacy Scale</i>
DRIE	<i>Drinking-Related Locus of Control Scale</i>
DRSEQ	<i>Drink Refusal Self-Efficacy Questionnaire</i>
DTCQ	<i>Drug-Taking Confidence Questionnaire</i>
ESSES	<i>Exercise Self-Efficacy Scale</i>
GASS	<i>Gambling Abstinence Self-Efficacy Scale</i>
GSE	<i>General Self-Efficacy Scale</i>
HRSEQ	<i>Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire</i>
HS	<i>Hopelessness Scale</i>
IC	Índice de Concordância
IHRA	<i>International Harm Reduction Association</i>
IWH	<i>Institute for Work & Health</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MR	Microrregião
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família

OES	<i>Outcome Expectancy Scale</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUBMED	US National Library of Medicine – National Institutes of Health
RC	Razão das Chances
RPA	Região Política Administrativa
SAD	<i>Self-Efficacy and Desire Scale</i>
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCL-90R	<i>Hopkins Symptom Checklist-Revised</i>
SCQ	<i>Situational Confidence Questionnaire</i>
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SELD	<i>Self-Efficacy List for Drug Users</i>
SENAD	Secretaria Nacional de Álcool e Drogas
SEPRS	<i>Self-Efficacy Parent Report Scale</i>
SESRS	<i>Self-Efficacy Self-Report Scale</i>
SMSE	<i>Spiritual Modeling Self-Efficacy</i>
SOCRATES	<i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSES	<i>Stress Self-Efficacy Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Técnico de Referência
TSE	<i>Teacher's Self-Efficacy Scale</i>
TUDS	<i>Temptation to Use Drug Scale</i>
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNDOC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	CONSUMO DE DROGAS	21
2.2	CUIDADO DISPENSADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	23
2.3	AUTOEFICÁCIA DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS PARA RESISTIR AO DESEJO DE CONSUMIR DROGAS EM SITUAÇÕES DE ALTO RISCO	26
2.4	INSTRUMENTOS PARA MENSURAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS IDENTIFICADOS NA LITERATURA	27
2.5	<i>DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE (DTCQ)</i>	29
3	OBJETIVOS	34
3.1	OBJETIVO GERAL	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4	MÉTODO	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.2	FASE I – ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE (DTCQ-8)</i>	36
4.2.1	Etapa 1 – Tradução inicial	37
4.2.2	Etapa 2 – Síntese das traduções	37
4.2.3	Etapa 3 – Tradução de volta à língua de origem (<i>Back-translation</i> ou retrotradução)	37
4.2.4	Etapa 4 – Revisão por um comitê de especialistas	37
4.2.5	Etapa 5 – Pré-teste	41
4.2.6	Etapa 6 – Envio ao Comitê de avaliação de adaptações transculturais	42
4.2.7	Submissão da versão pré-final à Instituição <i>Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)</i>	42

4.3	FASE II – VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	43
4.3.1	Validade	44
4.3.2	Confiabilidade	45
4.4	LOCAL DO ESTUDO	46
4.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA	47
4.6	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	49
4.7	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE	50
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
5	RESULTADOS	53
5.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE</i> (DTCQ-8) ÁLCOOL E DTCQ-8 OUTRAS DROGAS	53
5.2	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS DA AMOSTRA PRÉ-FINAL	58
5.3	VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO DTCQ-8 ÁLCOOL E DO DTCQ-8 OUTRAS DROGAS APLICADOS À AMOSTRA PRÉ-FINAL	66
5.3.1	Validade de conteúdo do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas com base na amostra pré-final	67
5.3.2	Confiabilidade do DTCQ-8 outras drogas obtida na amostra pré-final	68
5.3.3	Confiabilidade do DTCQ-8 álcool obtida com base na amostra pré-final	69
5.4	VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO DTCQ-8 ÁLCOOL E DO DTCQ-8 OUTRAS DROGAS APLICADOS À AMOSTRA FINAL – VALIDAÇÃO CLÍNICA	70
5.4.1	Caracterização sociodemográfica e clínica dos usuários de álcool e/ou outras drogas da amostra final – validação clínica	70
5.4.2	Validade de construto do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas obtida com base na amostra final	80
5.4.2.1	Análise Fatorial	80
5.4.2.2	Comparação de Grupos contrastados: validade discriminante	86
5.4.3	Confiabilidade do DTCQ-8 outras drogas obtida a partir da amostra final	88

5.4.4	Confiabilidade do DTCQ-8 álcool obtida com base na amostra final	90
6	DISCUSSÃO	91
7	CONCLUSÃO	96
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICES	116
	ANEXOS	211

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas acompanha toda a história da humanidade sob diferentes formas de apresentação química e de significados (OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007). Nos últimos anos, o aumento desse consumo vem apresentando graves consequências para a vida e a saúde das pessoas, bem como para a sociedade (LIMA et al., 2010). O início desse consumo tem sido cada vez mais precoce entre adolescentes e até mesmo entre crianças, o que pode estar associado ao aumento da criminalidade, acidentes automobilísticos, comportamentos antissociais e evasão escolar (MADRUGA et al., 2011; OLIVEIRA, 2007).

O abuso e a dependência de drogas são considerados graves problemas de saúde pública no mundo (OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007), por provocar comportamentos de busca pelo consumo e pela perda de prazer para as atividades habituais, alterando as relações sociais, de trabalho e da família do usuário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001; PRATTA; SANTOS, 2009).

O Brasil também reconhece este problema em seu contexto de saúde e tem investido no tratamento dessa clientela por meio de políticas públicas e de incentivo à pesquisa científica nessa área (BRASIL, 2013a; MANGUEIRA et al., 2015).

A prática assistencial relacionada aos cuidados dos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias é permeada por dificuldades e desafios, confrontando os profissionais em seus saberes e compreensões. Esta realidade muitas vezes os impulsionam à busca do aprimoramento assistencial, ajudando-os a perceberem o cenário do trabalho como uma fonte inesgotável de evidências científicas (PILLON; LUIS, 2004; PILLON et al., 2014; VARGAS; DUARTE, 2011).

Dentre as estratégias adotadas para o cuidado aos usuários de álcool e/ou outras drogas menciona-se a lógica do cuidar da Clínica Ampliada e a implementação de um processo de trabalho organizado em etapas estruturadas no planejamento, na execução e na avaliação das intervenções de saúde (FARÃO et al., 2011). Além disso, a clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre a equipe de saúde e a população (CAMPOS; AMARAL, 2007). Para tanto, faz-se necessária a escolha de um referencial teórico e meios para obtenção de dados objetivos que permitam a comparação dos dados coletados antes e após a intervenção realizada (PILLON; LUIS, 2004).

Autoeficácia é uma temática bastante abordada no tratamento de usuários de álcool e/ou outras drogas, norteador o planejamento e a avaliação das intervenções de saúde voltadas a esta clientela. Além disso, tem sido relacionada à evolução, aos resultados e aos prognósticos a estes cuidados (DEMMELE; BECK; LAMMERS, 2003; DEMMELE et al., 2004; DEMMELE; RIST,

2005; CONNOR et al., 2011; GILBURT; DRUMMOND; SINCLAIR, 2015). Ainda se relacionam a taxas de recuperação de problemas decorrentes do uso dessas substâncias (LYNCH et al., 2010; MESSINGER et al., 2007; ROMERO; PÉREZ; LÓPEZ, 2007; SÁNCHEZ-HERVÁS; DEL POZO, 2012). Contudo, para ser considerada uma importante evidência científica, a autoeficácia necessita ser mensurada por instrumento válido e confiável (MCKAY, 2005).

Optou-se por utilizar o DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas para a presente pesquisa, devido ao rigoroso processo metodológico de seu desenvolvimento, às suas propriedades psicométricas e ampla utilização clínica em diversos países (COURBASSON; BRUNSHAW, 2009; DEMMEL; BECK; LAMMERS, 2003; DEMMEL; NICOLAI; JENKO, 2006; SKLAR; ANNIS; TURNER, 1999). Entretanto, para a utilização em diferentes cenários do cuidar, os instrumentos de medida necessitam passar por um rigoroso processo de tradução e adaptação transcultural, considerando a realidade local ou regional da população alvo (XIMENES et al., 2008).

Diante desse contexto, destaca-se o enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, que possui em sua formação enfoque sobre o processo de cuidar de uma pessoa (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008). Para esses autores, a educação em saúde é uma importante estratégia de intervenção, pois permite ao enfermeiro aprender sobre o comportamento humano e suas interfaces para a realização de cuidados de saúde (SILVEIRA et al., 2013), aplicar em sua prática profissional a rotina de avaliação de suas intervenções por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), da prática baseada em evidências, de pesquisas científicas e da utilização de instrumentos de mensuração (CLARO et al., 2011).

A escolha de instrumentos validados para mensuração de um determinado fenômeno, para nortear as intervenções nos cuidados de saúde aos usuários de drogas, pode contribuir para a adoção de estratégias mais adequadas e para amenizar os prejuízos decorrentes do consumo prejudicial desta substância (FORMIGONI; CASTEL, 1999; MATOS et al., 2006).

Acredita-se que a utilização do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas contribuirá para mudanças na prática clínica do enfermeiro, fornecendo evidências científicas norteadoras de suas intervenções. Ajudará os usuários de álcool e/ou outras drogas a identificar sua confiança para resistir ao desejo de usar as substâncias psicoativas em situações de alto risco e, assim, planejar e executar comportamentos saudáveis no enfrentamento de tais situações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura exposta neste capítulo, serão abordadas questões relacionadas ao consumo de drogas, a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir essas substâncias em situações de alto risco, instrumentos para medir a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas e, finalmente, o instrumento *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ).

2.1 CONSUMO DE DROGAS

O termo “drogas” refere-se às substâncias psicoativas, aquelas que alteram os sentidos ou o psiquismo (LARANJEIRA, 2010), podendo ou não causar dependência. As drogas agem no sistema de recompensa cerebral responsável pela sensação de prazer, alterando a produção, a liberação e a recaptação da dopamina na fenda sináptica, interferindo em seu funcionamento normal (LARANJEIRA; BORDIN; FIGLIE, 2010). Os termos drogas e substâncias psicoativas são utilizados como sinônimos entre os estudiosos dessa temática, o que foi naturalmente reproduzido nesta pesquisa.

Dentre os vários efeitos danosos do abuso de álcool e outras drogas, destacam-se as alterações cognitivas e comportamentais, que geram sofrimentos físicos, psíquicos e morais nos usuários e nas famílias (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013; COSTA et al., 2012; LITT; KADDEN; TENNEN, 2015; DI NICOLA et al., 2015; PEUKER et al., 2013), preocupando a sociedade e, principalmente, os profissionais de saúde, que têm buscado soluções de forma ampla e intersetorial (SILVA et al., 2014).

O tempo do usuário de drogas direciona-se para a obtenção e o consumo dessas substâncias e a permanência sob o efeito delas, conduzindo a reordenação dos hábitos de vida diária (CHAVES et al., 2011). O usuário de drogas possui as relações socioafetivas comprometidas e tem dificuldade de adaptação a outro contexto (BECK; DAVID, 2007). A realidade existencial desse usuário, marcada por seu aprisionamento e pela busca constante das drogas, é caracterizada pela perda da liberdade de escolher o seu padrão de consumo das substâncias psicoativas (SILVEIRA FILHO, 1995). Diante disto, a dependência química deve ser reconhecida tanto como uma doença crônica como um problema social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

No Brasil, dados sobre o consumo de álcool em 2012 demonstram que 74,6% das pessoas entre 12 e 60 anos usaram esta substância alguma vez na vida e quase 12,3% da

população brasileira apresentou dependência em algum momento. Em 2012, a proporção de bebedores habituais de 5 doses ou mais aumentou entre homens e mulheres, e aqueles que declararam beber pelo menos uma vez por semana subiu 11 pontos percentuais (LARANJEIRA, 2014).

Quanto ao abuso de álcool, observa-se um fenômeno crescente chamado *binge*. Beber em *binge* consiste em beber 5 doses ou mais, no caso de homens, e 4 doses ou mais, no caso de mulheres, em uma mesma ocasião, num intervalo de até 2 horas. Em 2006, 45% dos brasileiros adultos não abstêmios declararam ter bebido em *binge* alguma vez nos últimos 12 meses. Em 2012 estes dados aumentaram para 58% (LARANJEIRA, 2014).

A prevalência de tabagistas no Brasil é de 15,0% – 21,9 milhões de pessoas. O cigarro industrializado é o produto do tabaco mais utilizado. Entre os homens (19,2%) o percentual de usuários é mais elevado do que as mulheres (11,2%); dentre eles 19,4% estavam na faixa etária entre 40 e 59 anos (BRASIL, 2013)

O consumo de estimulantes, como a cocaína, fumada ou aspirada, está aumentando no Brasil enquanto que, nos demais países emergentes, tem diminuído (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014). Cerca de 5 milhões de brasileiros adultos usaram cocaína aspirada pelo menos uma vez na vida e cerca de 2 milhões a usaram nos últimos 12 meses. Quanto à cocaína fumada (*crack*), 1,7 milhões de brasileiros adultos usaram pelo menos uma vez na vida e 800 mil usaram nos últimos 12 meses (LARANJEIRA, 2014). O consumo de *crack* tem sido associado à alta mortalidade entre os usuários (DIAS et al., 2011).

A maconha ou *Cannabis Sativa* é a droga que possui maior prevalência de uso entre a população brasileira. Foi usada pelo menos uma vez na vida por 7,8 milhões de adultos e por 2,5% nos últimos 12 meses (LARANJEIRA, 2014).

A realidade brasileira também demonstra que os dados sobre experimentação, consumo, abuso e dependência de substâncias psicoativas é crescente. Em 2006, 13% da população adulta (a partir de 18 anos de idade) declarou experimentação de álcool com menos de 15 anos; já em 2012 este percentual subiu para 22% (LARANJEIRA, 2014).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas norteia o cuidado aos usuários. Dentre suas ações, no âmbito da cidade do Recife (PE), destaca-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), equipamentos de saúde vinculados ao Projeto Mais Vida da Secretaria Municipal de Saúde (PERNAMBUCO, 2003).

2.2 CUIDADO DISPENSADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No Brasil, o cuidado dispensado a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias é centrado na promoção de ações de saúde. Os CAPSad e demais equipamentos de saúde responsáveis pelo cuidado desta clientela funcionam norteados pela lógica do cuidar da Redução de Danos e da Clínica Ampliada (BRASIL, 2003).

A Redução de Danos como eixo teórico constitui um conjunto de estratégias de saúde pública, individuais ou coletivas, voltado a minimizar as consequências adversas do uso de drogas lícitas ou ilícitas (BRASIL, 2003). A Redução de Danos é conceituada como um conjunto de estratégias capazes de reduzir danos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao consumo de drogas para o usuário, sua família e sua comunidade (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010). É também uma abordagem de saúde pública apropriada para lidar com questões relacionadas ao consumo de drogas, cuja prioridade é a redução de suas consequências negativas, sem preconizar ou enfocar a abstinência (POULIN, 2006). Desta forma, a Redução de Danos também pode ser compreendida como estratégia de ação de promoção à saúde do usuário, da família e da comunidade, já que busca amenizar os prejuízos decorrentes do consumo de drogas.

O princípio fundamental que orienta as ações de Redução de Danos é o respeito à liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, porém necessitam que os riscos e prejuízos decorrentes deste consumo sejam minimizados (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010).

O usuário de álcool e outras drogas apresenta comprometimento em suas capacidades de escolha, de julgamento e de compreensão das situações de vida diária (LARANJEIRA, 2010), necessitando de um tratamento que, além de proporcione um ambiente terapêutico amistoso, aborde os vários aspectos inerentes à pessoa e ao fenômeno do consumo de drogas (GUIMARÃES, 2010).

Em consonância com esses conceitos, a Clínica Ampliada também vem sendo adotada como uma lógica do cuidar dos usuários de álcool e/ou outras drogas e de suas famílias, pois possibilita a atenção de modo individualizado, evitando a fragmentação do sujeito a situações, comportamentos ou doenças. Além disso, considera a singularidade do sujeito e do profissional, possibilitando a interdisciplinaridade e proporcionando uma responsabilidade compartilhada ao reconhecer as limitações de cada núcleo profissional na saúde e a necessidade de buscar outros conhecimentos em diferentes áreas (FARÃO et al., 2011).

Para organização e abrangência desse cuidado e respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o município de Recife (PE) distribuiu sua rede de atenção a essa clientela centrada em CAPSad e nas Unidades de Acolhimento, além de programas e políticas públicas estaduais e municipais que visam apoiar e subsidiar os demais equipamentos de saúde, como o Programa Atitude, Matriciamento ou Apoio Matricial e Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF).

A cidade de Recife (PE) possui seis CAPSad e quatro Unidades de Acolhimento que hospedam o usuário de álcool e/ou outras drogas por um período pré-determinado e de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário (PERNAMBUCO, 2003). O encaminhamento para albergamento é realizado exclusivamente pelas equipes do CAPSad, e cada unidade tem sua Unidade de Acolhimento de referência.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é constituído por um conjunto de ações pactuadas entre o usuário de drogas e o profissional responsável pelos atendimentos individuais durante seu tratamento, chamado de Técnico de Referência (TR). Desta forma, o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, destinadas a um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2007a).

O PTS pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos. O projeto busca a singularidade como elemento central de articulação (HORI; NASCIMENTO, 2014). O PTS considera a individualidade e norteia todo o processo do cuidar desse usuário, abrangendo aspectos gerais de sua vida, como trabalho, projetos de vida, saúde, educação, reconquista de laços familiares, afetividade, reinserção social, responsabilidade, autonomia e cidadania (OLIVEIRA, 2007; PINTO et al., 2011.).

O cuidado ao usuário de álcool e/ou outras drogas é exercido por uma equipe multiprofissional e, principalmente, por meio de grupos nos quais os usuários têm a oportunidade de refletir e compartilhar experiências e saberes. O caráter terapêutico desses grupos é traduzido por suas metas e objetivos voltados para a melhora geral do estado de saúde de seus integrantes (GUIMARÃES, 2010). Em geral, funcionam como grupos operativos em que o coordenador deve manter-se centrado na tarefa proposta, que pode ser reflexão, manejo de situações conflituosas, estímulo cognitivo, dentre outras (ZIMERMAN et al., 1997). Por ser um mediador do processo grupal, o coordenador deverá permanecer atento ao movimento do grupo e conduzir de forma horizontalizada as elaborações de cada integrante (VASCONCELOS; FRAZÃO; RAMOS, 2012).

A abordagem terapêutica dirigida aos usuários de drogas deve ultrapassar a abordagem biomédica, da medicalização dos sintomas, da fissura, da abstinência, da intoxicação e das doenças clínicas associadas (FREIRE; OLIVEIRA, 2011). Deve focar a promoção da saúde com um direcionamento para o fortalecimento do sujeito no enfrentamento das situações de alto risco, visando a melhora das relações sociais e da qualidade de vida dos usuários e familiares (DICLEMENTE, 2003).

A Educação em Saúde apresenta-se como uma importante estratégia de cuidado de enfermeiros nos CAPSad, tendo como propósito auxiliar os usuários de álcool e outras drogas na construção de conhecimentos sobre essas substâncias, os prejuízos e a redução de danos relacionados ao seu consumo e, desta forma, treinar habilidades para o enfrentamento de situações de alto risco para o consumo de drogas (VASCONCELOS; FRAZÃO; RAMOS 2012).

A autoeficácia poderá ser utilizada como norte teórico para subsidiar essas ações de Educação em Saúde. Para Bandura (1977a), autoeficácia é a crença ou a confiança pessoal quanto à própria capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado (BANDURA, 1977a). A adesão de uma pessoa à uma determinada atividade ou comportamento relaciona-se à sua confiança de que será capaz de desenvolvê-lo com sucesso (BANDURA, 1977a). A autoeficácia foi integrada à Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1999), fundamentada na agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança (BANDURA, 2004; PAJARES; OLAZ, 2008).

A cognição exerce influência sobre a capacidade das pessoas de construir a realidade, de autorregular-se, de codificar informações e executar comportamentos (BANDURA, 1977b), prevendo acontecimentos e planejando comportamentos (FONTAINE, 2005). A autoeficácia, entendida como parte dos fatores pessoais, é a expectativa no próprio desempenho para alcançar um resultado esperado (BANDURA, 1989; 1999).

Quando o indivíduo não possui uma resposta de enfrentamento efetiva e/ou segurança para lidar com determinada situação, apresentando uma baixa autoeficácia (BANDURA, 1977c), haverá uma tendência de ceder à tentação ou ao desejo de consumir a substância (MARLATT; GORDON, 2009). A decisão de consumir ou não determinada droga, lícita ou ilícita, será gerenciada pelas expectativas pessoais quanto aos efeitos iniciais do uso desta substância (JONES; CORBIN; FROMME, 2001).

2.3 AUTOEFICÁCIA DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS PARA RESISTIR AO DESEJO DE CONSUMIR DROGAS EM SITUAÇÕES DE ALTO RISCO

A autoeficácia no tratamento de usuários de álcool e/ou outras drogas tem sido estudada ao longo dos anos (DEMMELE, et al., 2006; DICLEMANTE et al., 2001; DICLEMANTE, FAIRHURST; PIOTROWSKI, 1995; MARLATT, BAER; QUIGLEY, 1995; PROCHASKA; DICLEMANTE, 1986).

Salienta-se, segundo DiClemente, Fairhurst e Piotrowski (1995), que há vários desdobramentos com base no conceito de autoeficácia, como:

- a) autoeficácia para o tratamento (*treatment behavior self-efficacy*) – envolve a capacidade de desempenhar comportamentos relacionados ao tratamento, como controle de estímulos, registro de pensamentos etc.;
- b) autoeficácia para o enfrentamento (*coping self-efficacy*) – capacidade de lidar com situações específicas;
- c) autoeficácia para a recuperação (*recovery self-efficacy*) – habilidade da pessoa de recuperar-se de um lapso ou de uma recaída;
- d) autoeficácia para o controle (*control self-efficacy*) – confiança em ser capaz de manter o comportamento aditivo sob controle, como beber moderadamente e resistir a um episódio de uso nocivo;
- e) autoeficácia para a abstinência (*abstinence self-efficacy*) – expectativa de ser capaz de abster-se do comportamento aditivo.

Para a presente pesquisa será usado o conceito de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir drogas em situações de alto risco para o consumo dessas substâncias. O *desejo de consumir drogas em situações de alto risco* representa situações específicas e está relacionado à capacidade de enfrentamento de uma pessoa. Dessa forma, a pessoa realiza julgamento de suas próprias capacidades com base em sua crença de autoeficácia, avaliando seus conhecimentos e habilidades, acreditando que pode utilizá-los para realizar uma determinada tarefa ou desempenhar determinado comportamento (BZUNECK, 2001).

O ambiente terapêutico do grupo de tratamento promove trocas de experiências entre os usuários de álcool e/ou outras drogas, contribuindo para a melhora na autoeficácia. Em grupo, eles têm a oportunidade de observar os modelos sociais e exercer a modelagem,

contribuindo para a melhora da autoeficácia percebida por meio da identificação com as semelhanças pessoais com o modelo observado (GUIMARÃES, 2010). Os modelos competentes transmitem conhecimentos e ensinam aos observadores as habilidades e estratégias eficazes para o gerenciamento de exigências necessárias para o sucesso de determinado comportamento (BANDURA, 1994).

A autoeficácia pode interferir nas escolhas e no desempenho das pessoas, determinando como se sentem, pensam, se motivam e se comportam. A autoeficácia percebida tem influência direta sobre as escolhas de uma pessoa, determinando o esforço e a persistência diante dos obstáculos e experiências desafiadores, atuando como um preditor de mudanças de comportamento (BANDURA, 1977d).

Ajudar os usuários de álcool e/ou outras drogas a compreender que há formas saudáveis de enfrentamento de seu desejo de consumir estas substâncias pode aumentar sua confiança sobre a capacidade para lidar com este desejo, contribuindo para suas relações sociais e familiares, bem como para sua qualidade de vida (FREI; SVARIN; STEURER, 2009).

Bandura (1986a) enfatizou a relação dos comportamentos com a saúde, quando notou que a autoeficácia é um mediador de comportamentos saudáveis. Ele percebeu que a confiança das pessoas pode aumentar a adesão a comportamentos promotores de saúde e o empreendimento de esforços para alcançá-los.

As crenças de autoeficácia são julgamentos cognitivos de competência, orientados para o futuro (PAJARES; OLAZ, 2008) e têm sido avaliadas por meio de escalas psicométricas (JOVENTINO, 2013; NAVARRO; QUIJANO, 2003; DENNIS, 1999). A escolha de instrumentos validados na mensuração da autoeficácia, norteia as intervenções nos cuidados de saúde aos usuários de álcool e/ou outras drogas, podendo contribuir para amenizar os prejuízos decorrentes do uso e/ou abuso dessas substâncias (MATOS et al., 2006).

2.4 INSTRUMENTOS PARA MENSURAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS IDENTIFICADOS NA LITERATURA

Busca *on line* realizada por dois pesquisadores independentes nas bases de dados Medline, CINAHL, SCOPUS e Pubmed, utilizando a combinação dos descritores indexados no *Mesh Terms: self-efficacy, drug users, scale, instrument, questionnaire, outcomes assessment, validation studies*, sem limites de tempo quanto à data da publicação, encontrou 4.151 artigos, sendo selecionados 31 estudos que abordavam o desenvolvimento e a validação de instrumentos para mensurar a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas.

A seleção dos estudos teve início pela leitura do título e do sumário, obtendo-se uma pré-seleção; posteriormente foi realizada a leitura completa dos estudos selecionados para a amostra final. Além disto, foi utilizada a estratégia de busca reversa ou “bola de neve” que consiste na leitura da lista de referências das publicações selecionadas no intuito de identificar outros instrumentos com potencial para inclusão na revisão (GREENHALGH; PEACOCK, 2005). Os instrumentos identificados por esta busca foram:

- a) instrumentos para usuários de álcool: *Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale* (AASE) (DICLEMENTE, 1994); *Drink Refusal Self-Efficacy Questionnaire* (DRSEQ) (YOUNG; OEI; CROOK, 1991); *Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence* (ARS-CC) (BONAR et al., 2011);
- b) instrumentos para usuários de outras drogas: *Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire* (HRSEQ) (PHILLIPS; ROSENBERG, 2008); *Temptation to Use Drug Scale* (TUDS); *Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire* (BRSEQ) (PARR et al., 2009); *Drug Avoidance Self-Efficacy Scale* (DASE) (MARTIN; WILKINSON; POULOS, 1995); *Self-Efficacy List for Drug Users* (SELD) (DE WEERT-VAN OENE et al., 2000); *Self-Efficacy and Desire Scale* (SAD) (MINERVINI et al., 2011);
- c) instrumentos para usuários de álcool e outras drogas: *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) (SKLAR; ANNIS; TURNER, 1997; ANNIS; SKLAR; TURNER, 1999); *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ) (ANNIS; GRAHAM, 1995; MILLER et al., 1989).

Ademais, há alguns autores que se basearam em outro instrumento de medição de autoeficácia validado para desenvolvimento de seu instrumento, sem realizar avaliação de psicométrica do instrumento desenvolvido por eles. Desta forma, McKiernan et al. (2011) desenvolveram o instrumento de 12-itens *Brief Abstinence Self-Efficacy Measure* somente pela comparação com o *Alcohol Abstinence Self-Efficacy*, sendo excluídos do presente artigo de revisão pelo fato de não terem realizado a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

Salienta-se que alguns instrumentos são mais utilizados em sua forma abreviada, devido à maior viabilidade operacional e aplicação clínica, no intuito de minimizar a carga sobre profissionais de saúde e usuários dos serviços (ANNIS; SKLAR; TURNER, 1999). Estas informações foram organizadas no artigo de protocolo de revisão sistemática, registrado

no PROSPERO (Apêndice I) e no artigo de revisão sistemática referente ao protocolo que está em construção (Apêndice J).

Optou-se pelo *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8, em suas duas versões, devido à sua adequação à realidade profissional da pesquisadora, que é Enfermeira Assistencial do CAPSad, bem como às características de suas propriedades psicométricas e sua ampla utilização em diferentes países, como Estados Unidos, Iran, Canadá, Inglaterra, Austrália, Espanha, Coreia e México.

2.5 DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE (DTCQ)

Para o presente estudo, optou-se por utilizar a versão abreviada do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8) por ter sido resultado de pesquisas baseadas no *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-50). Seu aprimoramento científico possibilitou que o DTCQ-8 apresentasse medidas de confiabilidade e validade acerca da medição da autoeficácia para o enfrentamento de situações de alto risco para o consumo de drogas, mostrando uma correlação de 0,97 entre os escores totais dos dois instrumentos. A versão de 8-itens (DTCQ-8) foi responsável por 95% da variação no total de itens do DTCQ-50 e correlacionados 0,97 com a pontuação total DTCQ-50, confirmando a confiabilidade e a validade do DTCQ-8 como um importante indicador global de autoeficácia para o enfrentamento de situações de alto risco.

O *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-50) foi desenvolvido em 1985, pelos pesquisadores canadenses Annis e Martin, porém apenas em 1997 os pesquisadores Annis, Sklar e Turner o validaram como uma medida de autoeficácia para o enfrentamento (*coping self-efficacy*). Neste mesmo ano, esses autores publicaram o Guia de Usuário do DTCQ, com o objetivo de medir o nível de confiança dos usuários de drogas para resistir ao desejo de usar uma droga em situações específicas, chamadas de situações de alto risco ou de crise para recaída (SKLAR; ANNIS; TURNER, 1997).

O DTCQ-50 é instrumento multifatorial que mensura a confiança do usuário de drogas em evitar o consumo da substância diante da ideação antecipatória de situações específicas de alto risco ou de crise para recaída e, assim, manter-se mais distante dos comportamentos de busca pela droga e pelas situações que conduzem ao consumo da substância (SKLAR; ANNIS; TURNER, 1997).

O DTCQ-50 foi desenvolvido com 50 itens no intuito de analisar os fatores importantes no enfrentamento do consumo de drogas. Esses fatores foram organizados em 8 domínios de primeira ordem, de acordo com as categorias de alto risco para recaída segundo

Cummings, Gordon e Marlatt (1980), Marlatt e Gordon (1985). Além disso, 3 domínios de segunda ordem, quais sejam: situações negativas, situações positivas e situações de tentação. Os clientes relataram sua confiança para resistir ao desejo de usar a substância em cada uma das 50 situações. As respostas foram pontuadas em uma escala tipo Likert de 6 pontos que variavam de 0 (nada confiante) a 100 (muito confiante). Os clientes responderam considerando uma determinada substância de abuso, relacionada aos problemas decorrentes deste consumo que motivou o tratamento.

Desta forma o DTCQ-50 foi organizado conforme descrito no Quadro 1:

Quadro 1 – Organização dos domínios e seus respectivos itens

Domínios secundários	Domínios primários
Situações negativas	Emoções desagradáveis - ED (10 itens), Desconforto físico -DF (5 itens), Conflitos com os outros - CO (10 itens).
Situações positivas	Emoções agradáveis - EA (5 itens), Momentos agradáveis com os outros - MAC (5 itens).
Situações de tentação	Teste de Controle Pessoal - TCP (5 itens), Impulsos e Tentações para o uso - IT (5 itens), Pressão Social - PS (5 itens).

Fonte: Elaboração própria com base em Sklar, Annis, Turner (1997).

A validação do DTCQ-50 foi desenvolvida com 713 participantes que procuraram tratamento no *Centre for Addiction and Mental Health* (CAHM), Toronto, Ontário, durante o período de 24 meses.

A validação do DTCQ-50 foi realizada por meio da aplicação dos instrumentos na admissão do tratamento: perguntas demográficas básicas e história de vida; *Timeline Follow-Back* para o uso de álcool; informações sobre o consumo de drogas; variáveis relacionadas ao uso de substâncias; *Hopkins Symptom Checklist-Revised* (SCL- 90R); e *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES).

Além disso, os primeiros 50 clientes que indicaram que o álcool era a principal substância de abuso e que motivou seu tratamento também preencheram o *Beck Depression Inventory* (BDI); o *Hopelessness Scale* (HS); o *Drinking-Related Locus of Control Scale* (DRIE); e *Outcome Expectancy Scale* (OES). Os primeiros 50 usuários de cocaína também completaram o BDI e o HS.

Como o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-50) foi baseado no modelo de antecipação mental programada das situações de crise para recaída (CUMMINGS; GORDON; MARLATT, 1980; MARLATT; GORDON, 1985), a análise fatorial confirmatória

foi utilizada para testar o quanto os dados da DTCQ-50 se ajustavam a esta hipótese do modelo de 8-domínios.

O primeiro modelo (M1) para a análise fatorial reuniu os 8 domínios (ED, DF, EA, TCP, IT, CO, OS e MAC). A análise fatorial exploratória verificou os modelos: M2 (PS e IT); M3 (ED e CO); M4 (PS e IT; ED e CO); M5 (ED, DF e CO agrupados em um único domínio) e EA, MAC, IT, TCP e PS num outro domínio.

O M5 demonstrou que as Emoções Agradáveis e os Momentos Agradáveis com os outros formaram seu próprio domínio. O M6 foi composto por três domínios de segunda ordem e oito domínios de primeira ordem, agrupados desta forma: Situações Negativas (ED, DF e CO), Situações Positivas (EA e MAC) e Situações de Tentação (TCP, IT e PS).

O M6 foi selecionado como o mais adequado, pois originou resultados que viabilizaram uma análise significativa e clinicamente interpretável, constituindo o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-50).

Para verificar a confiabilidade do DTCQ-50, os autores utilizaram o alfa de Cronbach, obtendo um valor de 0,98 para a pontuação total do instrumento, revelando substancial consistência interna.

Para a validade de construto, Sklar, Annis e Turner (1997) compararam os 8 domínios com as variáveis referentes ao consumo de drogas. Os coeficientes de correlação indicaram que um maior consumo de álcool foi significativamente associado a escores mais baixos de autoeficácia em enfrentar as situações de alto risco na maioria dos 8 domínios do DTCQ-50. Da mesma forma, maior frequência de uso de cocaína foi associado a menores escores de autoeficácia em todos os 8 domínios.

As correlações entre os anos de consumo problemático do álcool e os 8 domínios do DTCQ-50 indicaram que quanto menor o número de anos de problemas com a bebida maior a confiança na própria capacidade em resistir a beber muito em situações de alto risco.

Para usuários de cocaína, as correlações entre anos de consumo problemático dessa droga e os 8 domínios do DTCQ-50 não foram significativas, porém indicaram que a maior quantidade de anos de consumo problemático da cocaína reduzia os escores de autoeficácia.

Entre os usuários de álcool, a maioria dos 8 domínios do DTCQ-50 foi significativamente associada com a gravidade de dependência, indicando o maior nível de dependência do álcool diminuía a confiança na capacidade de resistir ao desejo de beber pesadamente em situações de alto risco, especialmente em situações que envolviam Emoções Desagradáveis (ED) ($r = -0,31$) e os Conflitos com os Outros (CO) ($r = -0,32$).

Usuários de cocaína com altos escores na *Drug Abuse Screening Test* (DAST) apresentaram baixa autoeficácia em todos os 8 domínios do DTCQ-50, principalmente nas

situações negativas: Emoções Desagradáveis ($r = -0,31$), Desconforto Físico ($r = 0,22$) e Conflitos com os Outros ($r = -0,31$).

Análises adicionais para estabelecer a evidência de validade convergente e discriminante para o DTCQ-50 foram conduzidas por comparações com os seguintes instrumentos: *Hopkins Symptom Checklist-Revised* (SCL- 90R), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES), *Hopelessness Scale* (HS), *Drinking-Related Locus of Control Scale* (DRIE) e *Outcome Expectance Scale* (OES).

Portanto, o DTCQ-50, organizado em 8 domínios, mostrou-se, no contexto canadense, um instrumento válido e confiável para medir a autoeficácia dos usuários de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco.

Annis, Sklar e Turner (1999) prosseguiram seus estudos e, devido à extensão do instrumento de 50 itens (DTCQ-50), à sua aplicabilidade e à viabilidade operacional científica e clínica, decidiram que uma versão abreviada seria mais viável, particularmente em estudos para avaliação de resultados de tratamento, em que a autoeficácia é mensurada antes, durante e após o tratamento. Para atender a essa exigência, realizaram um estudo com 713 participantes para o desenvolvimento da versão abreviada do DTCQ-50.

Primeiramente, utilizaram três perguntas como indicadores de expectativa: “Quanta dificuldade você acredita que tem para parar de beber ou de usar drogas?”; “Quanto de motivação você acredita que tem para parar de beber ou de usar drogas?”; “Quanta confiança você tem que será capaz de evitar beber ou usar drogas?”. Todas estas perguntas foram medidas por meio de uma escala tipo Likert de 6 pontos, que variaram de “nenhuma” a “quantidade extremamente grande”. No intuito de verificar a validade de construto, Annis, Sklar e Turner (1999) correlacionaram os escores com três indicadores de expectativa: motivação para parar, dificuldade com o abandono, confiança em se abster de beber ou de usar drogas.

Aplicaram ainda o *Hopkins Symptom Checklist-Revised* (SCL-90R) para identificar psicopatologia (DEROGATIS, 1979). No entanto, para os participantes do estudo de validação da DTCQ-8 foram considerados apenas os escores para depressão, estado mental que interfere na autoeficácia para o enfrentamento de situações de alto risco. Aplicaram o *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) revisado por Miller em 1991, no intuito de identificar o estágio de mudança de uma pessoa, a saber: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção. Esses instrumentos foram comparados com os dados do DTCQ-8.

Posteriormente, os autores fizeram regressão linear com todos os 50 itens do DTCQ-50. Alguns itens se agruparam em domínios iguais, originando uma seleção de 16 itens com estrutura estável. A correlação de 0,99 entre os escores totais do DTCQ-50 e os 16 itens do

DTCQ-16 indicou que as duas medidas foram equivalentes. Prosseguiram a seleção dos melhores itens para representar cada domínio e, assim, obtiveram uma medida de 8 itens (DTCQ-8), os quais foram responsáveis por 95% da variância do DTCQ-50. O coeficiente alfa do DTCQ-8 foi de 0,89, sendo a correlação do total de escores entre ele e o DTCQ-50 de 0,97.

Annis, Sklar e Turner (1999) recomendam que o DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas seja aplicado separadamente, mesmo que a única diferença seja a substituição das palavras “beber” por “usar drogas”, por acreditarem que esta estratégia preserva a acurácia da medida de autoeficácia por meio da concentração do usuário em uma única substância. Recomendam ainda que o DTCQ-8 seja utilizado por outros países e idiomas.

A presente pesquisa de adaptação transcultural e validação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* para uso no Brasil com usuários de álcool e/ou outras drogas em tratamento em CAPSad, subsidiará as intervenções dos profissionais da área de saúde que cuidam desta clientela, onde se insere o enfermeiro, contribuindo para o aprimoramento da assistência prestada por esse profissional. Destarte, o usuário de álcool e/ou outras drogas também será beneficiado diante de mensurações objetivas de sua autoeficácia como evidência científica e clínica de sua evolução no tratamento.

Do exposto e tendo em vista a abrangência e a prevalência do consumo de álcool e/ou outras drogas, considera-se a necessidade da utilização do DTCQ-8, na prática clínica, por ser um instrumento válido e confiável, capaz de identificar áreas de baixa autoeficácia dos usuários. Ademais, o DTCQ-8 proporcionará a avaliação dos eventos de recaídas, da gestão e do manejo, bem como contribuirá para a compreensão das interferências de fatores biológicos, psicológicos, terapêuticos e ambientais no processo de cuidar dessa clientela.

A utilização desse instrumento poderá fornecer evidências científicas importantes para direcionar ações de cuidado prestado ao usuário de álcool e/ou outras drogas e sua família, no intuito de melhorar a autoeficácia, otimizando o tempo e os recursos, além de contribuir para o sucesso do tratamento dessa clientela.

A aplicação do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas contribuirá para o desenvolvimento de pesquisas científicas e projetos de extensão, proporcionando a aquisição de conhecimentos nessa temática durante a formação profissional.

A realização deste estudo é também importante na divulgação do instrumento para a prática clínica, motivando outros profissionais que cuidam de usuários de álcool e/ou outras drogas e suas famílias em qualquer nível de atenção à saúde, dentre eles o enfermeiro, a aplicarem o instrumento em outras realidades brasileiras.

3 OBJETIVOS

Neste capítulo estão expostos os objetivos geral e específicos desta tese.

3.1 OBJETIVO GERAL

Adaptar transculturalmente e validar o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8) álcool e DTCQ-8 outras drogas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) adaptar culturalmente o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8 álcool);
- b) adaptar culturalmente o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8 outras drogas);
- c) verificar as propriedades psicométricas do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8 álcool);
- d) verificar as propriedades psicométricas do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8 outras drogas).

4 MÉTODO

O processo de adaptação transcultural de um instrumento de mensuração precisa considerar as diferenças culturais e idiomáticas dos países. O rigor metodológico do referencial adotado e sua adequação à população alvo são essenciais para uma adequada adaptação cultural, mesmo que envolva a substituição de expressões ou palavras para garantir a fidelidade dos conceitos propostos na versão original (SPERBER, 2004).

A validação do instrumento, por meio da verificação de suas propriedades psicométricas, comprova que ele é válido e confiável para uso em pesquisas e na prática clínica. A psicometria relaciona-se com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de medição durante o processo de pesquisa, no intuito de mensurar um conceito por meio de instrumentos (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2013).

Para tanto, é necessária uma metodologia que consiga preservar a equivalência entre a língua original e os idiomas de destino (BEATON et al., 2007) e coeficientes adequados de Confiabilidade e Validade (PASQUALI et al., 2010). A pesquisa metodológica tem como propósito as investigações de métodos de obtenção, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Define ainda o constructo ou comportamento a ser mensurado, formula os itens do instrumento de acordo com a cultura da população alvo e desenvolve as instruções para os pesquisadores e respondentes (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2013).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico para a adaptação transcultural e verificação das propriedades psicométricas de um instrumento de mensuração da autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco, sendo realizado em duas fases: a primeira abrangeu o processo de adaptação transcultural da *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas) para uso no Brasil. Recebeu o consentimento do *Centre for Addiction & Mental Health* (CAHM), Toronto, Canadá, que detém os direitos autorais do instrumento e de um dos autores, Dr. Nigel Ernest Turner (Anexo A); a segunda fase foi constituída pela validação clínica do instrumento, no intuito de verificar as propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas. A verificação das propriedades psicométricas foi realizada em três momentos, pelo comitê de especialistas (validação de face e de conteúdo);

pela amostra pré-final (aplicação do pré-teste, validação de face e de conteúdo); e pela amostra final (validação clínica para verificação da validade de construto e confiabilidade).

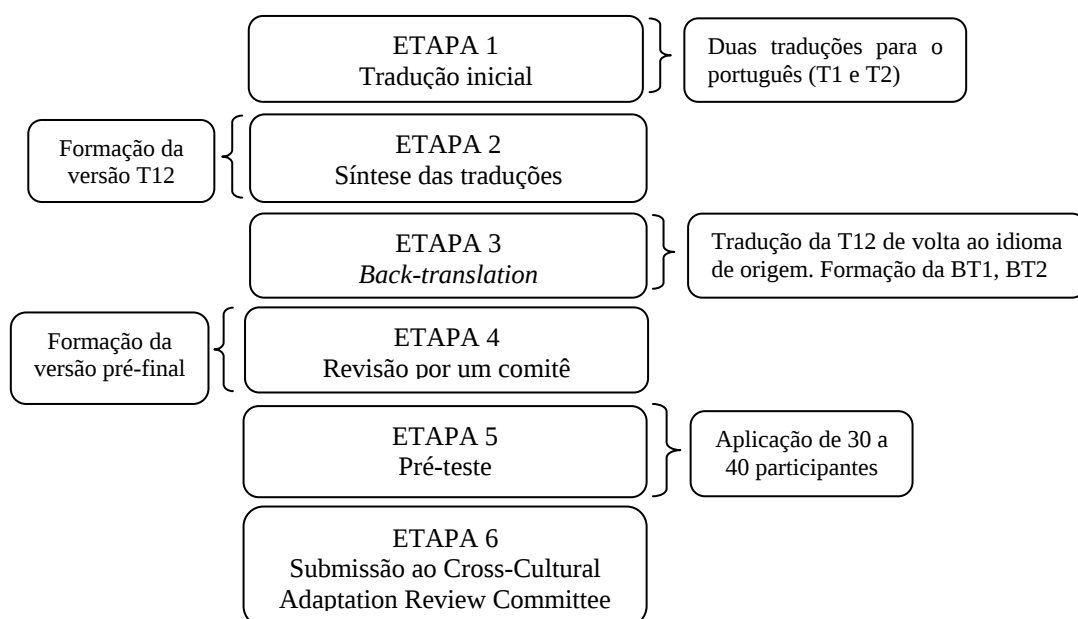
Utilizou-se abordagem quantitativa, constituída por um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático, gerando evidências do fenômeno em estudo, por meio da descrição de novas situações, eventos ou conceitos, bem como as relações entre eles (BURNS; GROVES, 2003).

4.2 FASE I – ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE* (DTCQ-8)

Os procedimentos metodológicos para adaptação transcultural do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas seguiram o referencial metodológico de Beaton et al. (2007). Para tanto, o instrumento em idioma original passou pelas seguintes etapas: tradução inicial; síntese das traduções; tradução de volta à língua de origem (*back-translation*); revisão por um comitê de Juízes; pré-teste; apresentação da versão traduzida e adaptada do instrumento para o *American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)/ Institute for Work & Health (IWH)* Comitê de avaliação de adaptações transculturais.

A Figura 1 apresenta uma representação do processo de tradução e adaptação.

Figura 1 – Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas



Fonte: Elaboração própria adaptada de Beaton et al. (2007).

4.2.1 Etapa 1 – Tradução inicial

Constituída por duas traduções independentes para a língua portuguesa. Um tradutor (T1), com formação diferente da área de saúde e que desconhecia o objetivo da tradução; o segundo tradutor (T2), um profissional de saúde que foi informado sobre o objetivo da tradução. Os tradutores possuíam o idioma alvo (português) como a língua materna e fluência no idioma original do instrumento (inglês).

Os tradutores também escreveram um relatório de suas traduções (T1 e T2), demonstrando as dificuldades e incertezas sobre os itens, contribuindo para a construção da síntese das duas traduções.

4.2.2 Etapa 2 – Síntese das traduções

Realizada pela pesquisadora, que sintetizou os resultados das duas traduções, subsidiada pelo instrumento original (inglês), pelas traduções e pelos relatórios da Etapa 1. Esta síntese foi registrada e discutida com a equipe de pesquisa, sendo realizados ajustes e construído o instrumento sintetizado denominado de T12, que foi utilizado na Etapa 3.

4.2.3 Etapa 3 – Tradução de volta à língua de origem (*Back-translation* ou retrotradução)

Realizada por dois tradutores (B1 e B2), duplo cego, pois desconheciam os objetivos da pesquisa. Eram nativos do idioma original (inglês), com fluência no idioma alvo (português). Esta etapa originou as *back-translation* “BT1 e BT2” tanto para a versão álcool quanto para a versão outras drogas.

Esta etapa teve o objetivo de identificar possíveis falhas oriundas da etapa de síntese (construção de T12), sendo considerada uma forma de verificar a validade de conteúdo, pois proporciona a identificação de inconsistências graves ou erros conceituais nas traduções iniciais (BEATON et al., 2007).

4.2.4 Etapa 4 – Revisão por um comitê de especialistas

O material construído referente ao DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas – as duas traduções T1 e T2, a síntese das traduções T12 e as duas versões do *back-translation* (BT1 e

BT2), além da versão original do instrumento – foi encaminhado para um comitê de especialistas.

Para a seleção dos especialistas, optou-se pelos critérios estabelecidos por Fehring (1994), com algumas adaptações ao presente estudo. O Quadro 2 é ilustrativo.

Quadro 2 – Critérios de seleção de especialistas e respectivas adaptações, com suas pontuações

Critérios*	Pontos*	Critérios adaptados	Pontos adaptados
Mestre em Enfermagem	4	Título de Mestre	1
Mestre em Enfermagem – dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1	Dissertação na temática de Dependências químicas	2
Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2	Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática Dependências químicas	1
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Dependências químicas	1
-	-	Título de Doutor	1
Doutorado em diagnóstico	2	Tese na temática Dependências químicas	2
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1	Experiência prática na área de Dependências químicas por tempo mínimo de 2 anos	2
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2		
-	-	Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos	2
Pontuação máxima	14	Pontuação máxima	12

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Fehring (2004).

* Recomendado por Fehring (2004).

Para compor o comitê de especialistas, os profissionais deveriam obter a pontuação mínima de cinco pontos, tal como ocorreu em estudos similares (BARBOSA, 2008; LOPES, 2009; M. OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO, 2013). A busca por esses profissionais teve início pela Plataforma Lattes do portal CNPq, por interesse de pesquisa e por meio da amostragem do tipo “bola de neve”, por indicação dos primeiros selecionados.

A pesquisadora enviou uma carta-convite *on-line* aos potenciais especialistas, para sua apresentação, exposição dos objetivos da investigação, dos métodos, das etapas da pesquisa e da contribuição esperada (Apêndice A). Após o aceite, os especialistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (duas vias) e receberam o Instrumento de Validação dos Especialistas (Apêndice B).

O Instrumento de Validação dos Especialistas foi avaliado por três especialistas doutores na temática em apreço e em validação de instrumento. Eles realizaram a validação de face e de conteúdo, para verificar a capacidade do instrumento para a coleta de dados de maneira válida e confiável, obtendo Índice de Concordância de 0,97.

Foram selecionados 9 especialistas, sendo 7 doutores e 2 mestres; todos apresentaram pontuação acima de 5 de acordo com o referencial teórico adotado; apenas dois especialistas não tinham experiência com validação de instrumento; todos professores de ensino superior; 2 médicos psiquiatras, 4 enfermeiros, 2 psicólogas e 1 Licenciado em Letras; todos com proficiência em inglês; apenas o profissional Licenciado em Letras não tinha experiência com usuários de drogas; os demais relataram mais de 10 anos de experiência com esta clientela. Os especialistas obtiveram a pontuação descrita no Quadro 3.

Quadro 3 – Critérios adaptados para a seleção dos especialistas e suas respectivas pontuações

Critérios adaptados para a seleção dos especialistas	Pontos Obtidos								
	Especialistas								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Título de Mestre/1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Dissertação na temática de Dependências químicas/2	2	2	2	0	0	2	0	0	0
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática Dependências químicas/1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Dependências químicas/1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Título de doutor/1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
Tese na temática Dependências químicas/2	2	2	2	0	2	2	0	0	0
Experiência prática na área de Dependências químicas por tempo mínimo de 2 anos/2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos/2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL de pontos obtidos	12	11	12	7	10	12	8	5	8

Fonte: Elaboração própria com base em Fehring (1994).

Na etapa 4, seguindo as recomendações de Beaton et al. (2007), o instrumento sintetizado denominado “síntese T12” foi analisado pelo comitê de especialistas, que verificou a validade de face e de conteúdo. As equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual para obtenção da equivalência cultural do instrumento traduzido foram medidas pelo Índice de Concordância (IC) entre os especialistas. As pontuações foram obtidas por meio de uma escala tipo Likert de 3 pontos e o IC foi calculado pelo somatório de especialistas que marcaram “concordo” em cada item dividido pelo total de especialistas.

Os instrumentos para avaliação do DTCQ-8 foram compostos de instruções de preenchimento, conteúdo teórico a ser avaliado e espaços em branco para as sugestões dos especialistas. As equivalências foram: semântica, que se relaciona ao significado das palavras, avaliação gramatical e do vocabulário; idiomática, que se refere às expressões equivalentes para o idioma português; experiencial, que verifica os termos coerentes com a experiência vivida pela população alvo; e conceitual, que confere se os conceitos estão adequados à população brasileira.

Para a validade de conteúdo consideraram-se também os seguintes aspectos:

- a) clareza de linguagem – considera as características da população alvo, de forma que a linguagem de cada item seja suficientemente clara, compreensível e adequada para a população a que se destina;
- b) pertinência prática – considera se cada item avalia o conceito de interesse em uma determinada população, possuindo importância para o instrumento;
- c) relevância teórica – considera o grau de associação entre o item e a teoria, de forma que o instrumento esteja relacionado com o constructo;
- d) dimensão teórica – investiga a adequação de cada item à teoria estudada.

A clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica foram pontuadas por meio de uma escala tipo Likert de 5 pontos e o IC foi calculado pelo somatório de especialistas que marcaram “muito” ou “muitíssimo” em cada item, dividido pelo total de especialistas. A dimensão teórica obteve um IC de 1,0 pela identificação do domínio para cada item, sendo 1. Situações negativas; 2. Situações positivas; e 3. Situações de tentação.

Optou-se, ainda, por avaliar o grau de relevância de cada item para o instrumento completo. Mediu-se, por meio uma escala tipo Likert de 4 pontos, e o IC foi calculado pelo somatório de especialistas que marcaram “realmente relevante” e “muito relevante” dividido

pelo total de especialistas. Para o IC, considerou-se o valor maior ou igual a 0,80 como parâmetro de concordância entre os especialistas (OLIVEIRA, M., 2014).

Estabeleceu-se um prazo de 30 dias para a realização da validação. O instrumento pré-final da DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas foi construído com base no agrupamento e análise dos pareceres dos especialistas. Esclarece-se que os especialistas foram contactados por e-mail.

4.2.5 Etapa 5 – Pré-teste

O pré-teste, realizado mediante a aplicação do instrumento validado pelos especialistas, teve o intuito de verificar a compreensão da população alvo, colher informações e sugestões sobre o instrumento, validando-o pela população alvo (validade de face e de conteúdo). Esta é uma etapa indispensável à análise semântica e validade de face, pois previne falsos resultados e investiga erros de compreensão dos itens (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011).

O DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas é de autoaplicação, porém a equipe de pesquisa optou pela leitura do instrumento para os participantes, com o propósito de homogeneizar o tempo gasto para o preenchimento e superar eventuais dificuldades de leitura devido à baixa escolaridade da clientela. Esta opção está em consonância com as recomendações dos autores do instrumento original (SKLAR; ANNIS; TURNER, 1997; ANNIS; SKLAR; TURNER, 1999).

Para o tamanho amostral desta etapa, denominada de amostra pré-final, considerou-se o preconizado por Beaton et al. (2007), para os quais a versão traduzida deve ser aplicada em uma amostra de 30 a 40 pessoas da população alvo. Para o presente estudo, o DTCQ-8 álcool foi aplicado com 40 alcoolistas, e o DTCQ-8 outras drogas foi aplicado com 20 usuários de *crack* e 20 usuários de tabaco.

Os usuários incluídos na amostra atenderam aos seguintes critérios: ter idade entre 18 e 65 anos; ambos os sexos e usuários de álcool e/ou outras drogas; estar em tratamento no CAPSad há, no mínimo, um mês; não apresentar limitações cognitivas ou quadro clínico e psíquico que dificultem a aplicação dos instrumentos.

Como critério de exclusão, definiu-se: usuários de álcool e/ou outras drogas que estivessem em crise de abstinência ou sob efeito dessas substâncias no momento da entrevista, podendo ser identificado pela pesquisadora ou por autorrelato do usuário.

Os participantes responderam o DTCQ-8 de acordo com a substância que lhes causava mais problemas e que motivaram o tratamento. Além disto, discorreram sobre sua percepção

acerca do significado de cada item e a forma de pontuação de escores, além de responderem um questionário para avaliação semântica de acordo com a versão do DTCQ-8 preenchida (Apêndice C e Apêndice D).

Durante a aplicação do pré-teste foram registrados o tempo de preenchimento, as dificuldades, as observações e as sugestões dos participantes. Os resultados foram resumidos e analisados. Esta etapa ocorreu em sala climatizada e respeitando a dinâmica do CAPSad no final das atividades de tratamento.

Além das recomendações de Beaton et al (2007), no intuito de expandir a avaliação, optou-se por realizar verificação das propriedades psicométricas do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas por meio da validade de conteúdo e da verificação da confiabilidade com base nos dados coletados da amostra pré-final na etapa do pré-teste.

A validade de conteúdo foi realizada durante a etapa 4 – revisão por um comitê de especialistas e já descrita. O escore total do DTCQ-8 corresponde à média dos escores dos 8 itens para cada participante. A classificação do nível de autoeficácia foi obtida por meio do DTCQ-8 individual. A baixa eficácia correspondeu a valor inferior a 20%, a moderada autoeficácia se o valor de 20% a 80% e a alta autoeficácia para valor acima de 80%.

A consistência interna ou confiabilidade do instrumento foi verificada por meio do alfa de Cronbach, sendo considerado aceitável o valor acima de 0,70; bom o valor acima de 0,8 a 0,9; e excelente o valor maior que 0,9 (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009; GLIEM, J.; GLIEM, R., 2003).

4.2.6 Etapa 6 – Envio ao Comitê de avaliação de adaptações transculturais

Beaton et al. (2007) recomendam o envio dos construtos, relatórios e formulários para apreciação pelo *American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)/ Institute for Work & Health (IWH)* / Comitê de avaliação de adaptações transculturais. Submissão *on-line* no site www.dash.iwh.on.ca.

4.2.7 Submissão da versão pré-final à Instituição *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH)

Essa submissão teve como finalidade a apresentação à CAMH, na pessoa do Dr. Nigel Ernest Turner, de todo o processo metodológico utilizado para tradução e adaptação do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas, no intuito de compartilhar todas as informações

quanto aos idiomas, culturas e métodos utilizados, bem como receber sua aprovação final para aplicação do instrumento na validação clínica (Anexo A).

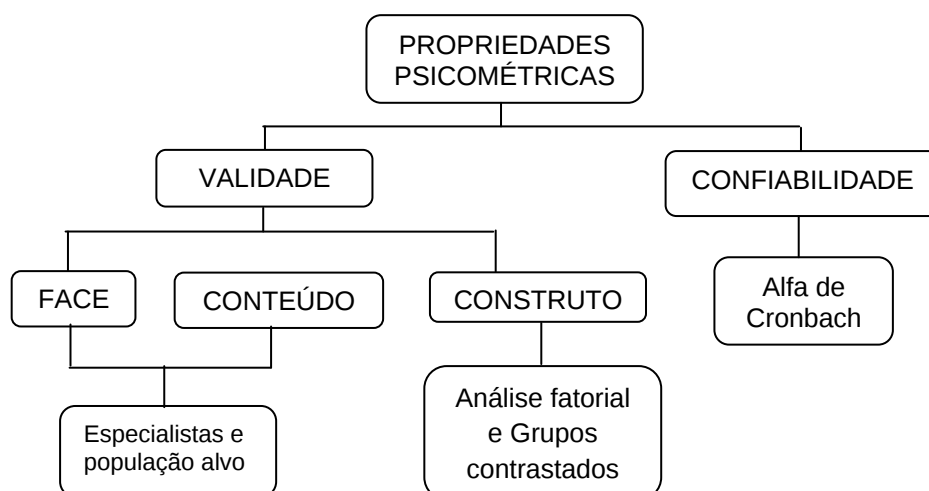
4.3 FASE II – VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

O principal objetivo de um instrumento é fornecer dados confiáveis e capazes de resolver ou contribuir para a resolução de um problema de pesquisa ou da prática clínica. Ao concretizar esse feito, ele torna-se consagrado como válido e merecedor de créditos (MARTINS; TEOPHILO, 2009). Para tanto, a sua utilização na prática clínica requer a demonstração de suas propriedades psicométricas (PASQUALI, 2010), objetivando reunir evidências sobre a validade, confiabilidade e outros critérios de avaliação (POLIT; BECK, 2011).

A psicometria propõe técnicas de medida dos processos mentais com base na explicação do sentido das respostas dos participantes, no intuito de conhecer a natureza do comportamento, representá-lo e descrevê-lo (PASQUALI, 2010).

A verificação das propriedades psicométricas do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas foi realizada em dois momentos, com a amostra pré-final (durante a aplicação do pré-teste) e com a amostra final (validação clínica). No entanto, a validação de conteúdo e a validação de face ocorreram apenas durante o pré-teste e a validade de construto apenas durante a validação clínica. O procedimento é descrito na representação esquemática a seguir.

Figura 2 – Avaliação das propriedades psicométricas do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas



Fonte: Elaboração própria.

4.3.1 Validade

Um instrumento é válido quando mede o que realmente se propõe a medir; quando ele está medindo de fato o que os conceitos abstratos supostamente deveriam medir. A validade constitui um parâmetro da medida cuja preocupação principal centra-se na questão da precisão (PASQUALI, 2010).

Desse modo, a escolha do método para verificar a validade de um instrumento depende do construto a ser mensurado e as características do próprio instrumento. Destarte, foram verificados a validade de face, de conteúdo e de construto do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas.

A validação de aparência ou de face constitui uma forma subjetiva de validar um instrumento ou estratégia, envolvendo o julgamento sobre clareza e compreensão, sendo considerada uma forma adjuvante (WILLIAMSON, 1981). Esta etapa foi cumprida por meio da aplicação do pré-teste na amostra pré-final da população alvo.

Na validação de conteúdo, verifica-se se os conceitos foram representados adequadamente e abordaram o domínio do conteúdo proposto pelo instrumento, sendo realizada por meio de juízes especialistas (POLIT; BECK, 2011). Portanto, a validação de conteúdo é a análise sistemática dos itens, para verificar se a medição representa o conceito que se pretende medir (SAMPIERE; COLLADO; CARLOS, 2007). No presente estudo, correspondeu à etapa de revisão pelo Comitê de Especialistas.

A validação de construto, refere-se à perspectiva teórica que dá suporte ao construto em relação a outras definições (MARTINS; TEOFILO, 2009). Foi realizada por meio de análise fatorial e comparação de grupos contrastados. Estes dados foram obtidos com base na aplicação do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas com a amostra final da população alvo.

A análise fatorial é um método que demonstra o que o instrumento está de fato medindo, ou seja, os fatores e qual a relação existente entre cada item do instrumento e os seus respectivos fatores (PASQUALI, 2010). A análise fatorial proporciona inferências acerca da qualidade dos itens de um instrumento. Ressalta-se que os termos “domínios” e “fatores” estão sendo utilizados de forma similar no presente trabalho.

Na análise fatorial, a relação entre o item e o fator/domínio é mensurada com base nas cargas fatoriais, que podem variar de -1,00 a +1,00. Uma carga fatorial de 0,00 significa inexistência de relação entre o item e o fator/domínio relacionado. É necessária uma carga fatorial de no mínimo 0,3, positivo ou negativo, para que haja relação entre o item e

fator/domínio determinado. Para a presente pesquisa, quando a carga fatorial foi igual ou superior a 0,3 o item ficou alocado no fator/domínio em questão (PASQUALI, 2010).

Após a extração dos fatores/domínios, realizou-se a rotação ortogonal varimax, por permitir a agregação de um menor número de variáveis dentro de cada fator/domínio, facilitando a posterior interpretação dos dados.

Os grupos contrastados constituem grupos com diferentes atributos-alvo submetidos ao mesmo instrumento, com posterior comparação dos escores obtidos em cada grupo (POLIT; BECK, 2011). A comparação dos grupos contrastados possibilitará que o construto que subsidia o DTCQ-8, a autoeficácia, norteie a construção de hipóteses relativas ao traço latente do instrumento, que é o comportamento de resistir ao desejo de consumir álcool e/ou outras drogas em situações de alto risco entre as pessoas com diferentes escores do instrumento.

4.3.2 Confiabilidade

A confiabilidade relaciona-se à precisão e à consistência das informações obtidas no estudo. Refere-se à probabilidade de que os mesmos resultados sejam obtidos com uma amostra de participantes completamente nova; para que os resultados sejam reflexo preciso de um grupo mais amplo do que apenas as pessoas específicas que participaram do estudo (SAMPIERI; COLLADO; CARLOS, 2007). Uma medida fidedigna é consistente porque fornece uma medida estável da variável (MARTINS; TEOFILO, 2009).

Vários fatores afetam a confiabilidade do instrumento, a qual está relacionada com a heterogeneidade ou homogeneidade da amostra. Um instrumento precisa ter a capacidade de refletir exatamente o construto que está sendo medido, atributo conceituado de fidedignidade, que também é chamada de precisão, confiabilidade, consistência interna, estabilidade, confiança e homogeneidade (PASQUALI, 2010; FIELD, 2009).

A fidedignidade é medida estatisticamente por meio da correlação entre escores mensurados em duas situações diferentes frutos de um mesmo teste (FIELD, 2009), podendo ser verificada por meio de teste-reteste, formas paralelas e consistência interna.

O teste-reteste demonstra a correlação entre as distribuições de escores obtidos em um mesmo teste, porém em diferentes momentos aplicados a um mesmo participante. O desempenho deste teste para avaliar a confiabilidade é limitado ao fenômeno de maturação do construto, em que o construto medido pode ou não se modificar ao longo do tempo (FIELD, 2009).

Tratando-se do DTCQ-8, que tem como finalidade mensurar o grau de confiança do usuário em resistir ao desejo de consumir álcool e/ou outras drogas em situações de alto risco, acredita-se que o tempo de tratamento interferirá no grau de confiança desse usuário. Assim, o instrumento apresenta um construto que pode se modificar ao longo do tempo e, por isso, a medida teste-reteste não é apropriada para ser utilizada no presente estudo.

O teste escolhido para analisar a homogeneidade do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas foi a mensuração do alfa de Cronbach, para demonstrar sua consistência interna. Ressalta-se que esta verificação foi realizada após avaliação dos resultados obtidos na etapa 5 (pré-teste, com amostra pré-final) e na validação clínica (com amostra final).

O alfa de Cronbach mede a unidimensionalidade de um instrumento. Logo, quando o instrumento apresenta vários subcomponentes ou subescalas (domínios), o alfa de Cronbach deve ser calculado separadamente para cada domínio e realizado Coeficiente de Correlação de cada item e domínio com o alfa de Cronbach do instrumento completo (CRONBACH, 1951).

Nas medidas do alfa de Cronbach foram calculadas todas as correlações (r) entre os escores de cada item e o escore total do DTCQ-8, em que o valor de alfa corresponde à média de todos os coeficientes de correlação. As correlações item-total e o valor do alfa de Cronbach são reveladores porque fornecem informações sobre cada item individualmente. Itens que não estão correlacionados com os demais podem ser eliminados do instrumento para aumentar a confiabilidade, o que revela a sua homogeneidade (MARTINS; TEOPHILO, 2009).

Os escores totais da versão abreviada do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas podem variar de 0 a 100 pontos. Quanto maior a pontuação, maior será a confiança do usuário dessas substâncias para resistir ao desejo de consumi-las em situações de alto risco, sendo 0 atribuído a não confiante e 100 a muito confiante.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

O município de Recife (PE) possui seu território subdividido, desde 1988, em 94 bairros. Para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em 6 Regiões Políticas Administrativas (RPA), subdivididas, cada uma delas, em três Microrregiões (MR) que agregam bairros com semelhanças territoriais. Na área da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário. Cada Distrito Sanitário possui CAPSad de referência, vinculado ao Projeto Mais Vida da Secretaria de Saúde do Município.

A etapa 5 (pré-teste) da fase I foi realizada no CAPSad Eulâmpio Cordeiro e a fase II (validação clínica) da pesquisa nos CAPSad (Vicente Araújo, René Ribeiro e Eulâmpio Cordeiro), que atendem usuários de álcool e/ou outras drogas, localizados em Recife (PE). Estes serviços constituem assistência de média complexidade, sendo referência de acordo com o Distrito Sanitário de residência do usuário.

Cada serviço possui uma equipe multiprofissional de nível superior, considerada como técnicos em saúde mental, composta por enfermeiro, médico psiquiatra, médico clínico, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. Há uma equipe de suporte de nível médio constituída de técnico de enfermagem, técnico administrativo, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de cozinha e vigilantes.

Possui amplo espaço com salas para atendimento individual, grupal e consulta médica; salas para a gerência, equipe profissional e repouso para usuários; arquivo de prontuários; farmácia; recepção; refeitório; banheiro masculino e feminino. Possui também piscina, quadra de esportes e área livre destinada às atividades.

O atendimento aos usuários ocorre nos três turnos: manhã (das 8 h às 13 h), tarde (das 13 h às 17 h) e noite (das 17 h às 21 h). Atualmente é oferecido um conjunto de atividades terapêuticas, cuja inserção em cada uma delas é norteadas pelo Projeto Terapêutico Singular e pelo estado geral do usuário.

O tratamento desses usuários é desenvolvido principalmente por meio de Grupos coordenados pela equipe profissional de nível superior que atua de forma interdisciplinar, na qual se insere o enfermeiro. A programação de atividades é organizada pelo gerente clínico e discutida com a equipe. Há atendimento individual realizado pelo Técnico de Referência do usuário, consultas com o médico clínico e psiquiatra, bem como passeios terapêuticos e outras atividades externas.

Tais instituições proporcionam atividades de estágio e pesquisa a diversos estudantes e profissionais da saúde, nos níveis de graduação, especialização, mestrado e doutorado, constituindo-se em um centro de formação acadêmica e de produção científica.

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O Quadro 4 descreve a amostra da Fase I (etapa de 1 a 5 do processo de Adaptação transcultural do *Drug-Taking Confidence Questionnaire*) e da Fase II (Validação clínica) do presente estudo.

Quadro 4 – Descrição da amostra da fase I (etapa de 1 a 5 do processo de Adaptação transcultural do *Drug-Taking Confidence Questionnaire*) e da fase II (validação clínica)

FASE I: processo de adaptação transcultural da <i>Drug-Taking Confidence Questionnaire</i>	Amostra
Etapa 1. Tradução inicial	Dois tradutores (T1 e T2) que possuíam o idioma alvo (português) como a língua materna, e fluência no idioma original do instrumento (inglês). T1 não era profissional da área da saúde e T2 era um profissional da área da saúde.
Etapa 2. Síntese das traduções	Própria pesquisadora sintetizou os resultados das duas traduções elaborando o instrumento T12, discutindo com a equipe de pesquisa.
Etapa 3. Tradução de volta à língua de origem (<i>back-translation</i>)	Dois tradutores nativos do idioma original (inglês) com fluência no idioma alvo (português). Não eram da área da saúde e não foram informados dos objetivos da <i>back-translation</i> .
Etapa 4. Revisão pelo Comitê de Especialistas	08 especialistas do assunto 01 professor licenciado em letras 02 tradutores da etapa 1 (T1 e T2) 02 tradutores da etapa 3 (BT1 e BT2)
Etapa 5. Pré-teste: realizado com a amostra pré-final.	Para a DTCQ-8 álcool: 40 usuários de álcool que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Para a DTCQ-8 outras drogas: 20 usuários de <i>crack</i> e 20 usuários de tabaco que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.
FASE II: verificação das propriedades psicométricas – validação clínica	Amostra final
	Para a DTCQ-8 álcool: 50 usuários de álcool que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.
Aplicação da <i>Drug-Taking Confidence Questionnaire</i> (DTCQ-8)	Para a DTCQ-8 outras drogas: 50 usuários de <i>crack</i> e outras drogas que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Fonte: Elaboração própria.

A amostra da etapa 1 (tradução inicial) até a etapa 5 (pré-teste) foi formada por tradutores bilíngues, profissionais da área da saúde com conhecimento no idioma original (inglês), profissional Licenciado em Letras e especialistas no assunto, conforme critérios pré-determinados (Quadro 2). A amostra pré-final da população alvo foi constituída por 40 usuários de álcool, 20 usuários de *crack* e 20 usuários de tabaco, dados utilizados para verificação das propriedades psicométricas.

Quanto ao tamanho da amostra para o processo de adaptação transcultural de um instrumento de medida, seguiu-se as recomendações de Beaton et al. (2007), podendo ser uma amostra de 30 a 40 participantes na etapa 5 (pré-teste).

Quanto ao tamanho da amostra para a validação clínica no intuito de verificar as propriedades psicométricas de um instrumento de medida, Pasquali (1999) refere que este número poderia ser de 100 participantes por fator medido (neste estudo, apenas o fator autoeficácia foi medido) ou 10 participantes para cada item do instrumento. No entanto, há recomendações de 5 a 10 indivíduos por item do instrumento (KASS; TINLEY, 1979; SAPNAS, 2004).

O DTCQ-8 possui 8 itens em cada uma de suas versões. Isto significa que, de acordo com os critérios supramencionados, o presente estudo poderá ter um percentual mínimo de 40 usuários de álcool e 40 usuários de outras drogas (8 itens multiplicado por 5). Para a amostra final, optou-se por uma amostragem consecutiva e não-probabilística, com aplicação do instrumento em um quantitativo de 50 usuários de álcool e 50 usuários de outras drogas.

4.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Foram considerados os aspectos legais e éticos para todo o processo da coleta de dados, que ocorreu nos horários de funcionamento do serviço (diurno e noturno). Os usuários de álcool e/ou outras drogas foram convidados a participar do estudo nos dias de seu tratamento e ao final das atividades terapêuticas, respeitando a dinâmica do serviço.

A entrevista foi em sala climatizada, proporcionando sigilo das informações e conforto aos participantes. A pesquisadora realizou todas as entrevistas, explicando sobre a pesquisa em linguagem clara e adequada à população alvo. Após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), foi realizada uma entrevista com o participante, por meio da aplicação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8) versão álcool ou versão outras drogas de acordo com a substância eleita pelo usuário como aquela que lhe causa mais problemas e que o motivou ao tratamento (Apêndices G e H) e do formulário sociodemográfico e clínico (Apêndice E). Para a amostra pré-final aplicou-se também um questionário para avaliação semântica do instrumento em apreço (Apêndices C e Apêndice D).

De acordo com Polit, Beck (2011) a aplicação de um instrumento baseado no autorrelato do participante pode sofrer parcialidade do conjunto de respostas, pelo desejo de aceitação social, por parcialidade extrema e parcialidade de aquiescência. A *parcialidade pelo desejo de aceitação social* ocorre, quando o participante apresenta uma tendência a mascarar suas atitudes ou características em prol de respostas socialmente aceitas. Na *parcialidade extrema do conjunto de respostas* ocorre a tendência de expressar atitudes ou sentimentos

com respostas extremas (ex: concordo totalmente) levando a distorções. A *parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas* constitui a concordância com os itens de um instrumento independente de seu conteúdo, caracterizado por pessoas que tendem a responder “sim”. A tendência de discordar das assertivas independentemente do seu conteúdo é menos comum.

Os erros da pesquisa foram minimizados por meio da promoção de um ambiente amistoso e tranquilo durante a aplicação do DTCQ-8, reforçando a inexistência de respostas corretas, sendo importante o relato da realidade de seus pensamentos e comportamentos. Assegurou-se a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes.

Os usuários de álcool e/ou outras drogas foram abordados antes do início das atividades terapêuticas, sendo explicados os objetivos e os propósitos da pesquisa. Também foram anotados os nomes daqueles que manifestassem desejo de participar. Os critérios de elegibilidade foram: idade entre 18 e 65 anos, em tratamento nos CAPSad pesquisados há pelo menos um mês, sem qualquer restrição física ou mental que impedisse a compreensão dos instrumentos de coleta utilizados no estudo. Os critérios de exclusão foram: usuários de álcool e/ou outras drogas que estivessem em crise de abstinência ou sob o efeito dessas substâncias no momento da entrevista, podendo ser identificado pela pesquisadora ou por autorrelato do usuário.

4.7 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as medidas Média, Desvio Padrão e Mediana para as variáveis numéricas e inferencialmente por meio dos testes de hipóteses.

Para a validação na etapa entre os especialistas foram obtidas frequências relativas de respostas satisfatórias em cada um dos itens avaliados e com base nos resultados de cada item foram obtidas as médias por blocos de questões. Calculou-se o Índice de Concordância entre os especialistas.

Para verificar a confiabilidade do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas foi obtida medida da consistência interna relativa, alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação de Spearman entre a média do escore total do DTCQ-8 e cada item do instrumento, sendo utilizado um teste para a hipótese de correlação nula.

A análise fatorial foi utilizada como método estatístico de verificação da validade de construto do instrumento. Realizaram-se os testes de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-

Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. Para analisar a covariância entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Na comparação entre os grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas e o teste t-Student com variâncias iguais ou o teste de Mann-Whitney. Nas variáveis categóricas foi obtido o Odds Ratio (OR) ou Razão das Chances (RC) com intervalo de confiança para o citado parâmetro.

Utilizou-se o teste t-Student quando se verificou a hipótese de normalidade dos dados em cada grupo e o teste de Mann-Whitney no caso da rejeição da referida hipótese em pelo menos um dos grupos.

A verificação da hipótese de normalidade dos dados foi realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk e a hipótese de igualdade de variâncias por meio do teste F de Levene. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com confiabilidade de 95%.

Os dados foram digitados com dupla entrada por digitadores duplo cego. O programa utilizado para digitação e obtenção dos cálculos estatísticos foi *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A fim de seguir procedimentos éticos na adaptação de instrumentos, Pasquali (2010) orienta que seja feita a solicitação de autorização formal junto ao autor do instrumento para sua utilização no Brasil. A autorização para tradução, adaptação, aplicação e validação do instrumento foi obtida por meio de contato eletrônico com o Sr. Leslie-Ann Guiney, gerente de operações educacionais do *Centre for Addiction & Mental Health* (CAMH), instituição que detém os direitos autorais do DTCQ (Anexo A). Após a concordância com a proposta da pesquisadora foi permitida a utilização da versão abreviada do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8) versão álcool (Anexo B) e versão outras drogas (Anexo C) construída pela presente pesquisa.

Destaca-se que foram localizados estudos de adaptação transcultural e validação do DTCQ versão drogas (heroína) nos idiomas alemão e espanhol (DEL POZO, 2000; DEMMEL; RIST; OLBRICH, 2001; LLORENTE DEL POZO; FERNÁNDEZ GÓMEZ; VALLEJO PAREJA, 2002) e o DTCQ versão álcool apenas para o espanhol (VIELVA PÉREZ, 1995).

O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES), para obtenção da carta de anuência da Prefeitura

do Recife (PE) para realizar a pesquisa nas instituições. Após o recebimento dessa carta de anuência, procedeu-se à submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco para apreciação (Anexo D).

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (UFPE), sob CAAE 31677114.0.0000.5208 (Anexo E), obedeceram-se as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e obteve-se autorização do *Centre for Addiction & Mental Health* (CAHM), anteriormente chamado de *Addiction Research Foundation*, (ANEXO A) e de um dos autores (Dr. Nigel E. Turner) para utilização deste instrumento.

Para se definir os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes de um estudo, a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2005), consideram os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, os quais foram respeitados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado em linguagem acessível, com inclusão dos seguintes aspectos: justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa; desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados; forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis; garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, e da liberdade do voluntário de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; garantia do sigilo para assegurar a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (Apêndice F).

Utilizou-se um TCLE específico para os usuários de álcool e/ou outras drogas participantes do estudo e um TCLE para os especialistas que avaliaram o instrumento.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, salvo entre os responsáveis pelo estudo. As informações serão armazenadas em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço: Pós-Graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 | Fone PABX: (81) 2126.8000, pelo período mínimo de 5 anos.

5 RESULTADOS

A fase I, da presente pesquisa, constituída pelo processo de adaptação transcultural do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas, gerou resultados em cada etapa. Os resultados semelhantes serão descritos de forma única para ambas as versões.

Os resultados oriundos da etapa 5 do processo de adaptação transcultural, que constituiu a aplicação do instrumento à população alvo (amostra pré-final), originou dados diferentes para ambas as versões do DTCQ-8. Assim, serão descritos separadamente para cada versão.

Os resultados das etapas 1 a 3 concentraram-se na avaliação subjetiva dos tradutores e da equipe de pesquisa, os quais relataram que o DTCQ-8 é de fácil compreensão e tradução. As etapas 4 e 5 produziram resultados mais detalhados. A fase II, constituída pela validação clínica de ambas as versões do DTCQ-8, viabilizou a verificação das demais propriedades psicométricas desses instrumentos.

5.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE* (DTCQ-8) ÁLCOOL E DTCQ-8 OUTRAS DROGAS

Os valores médios do Índice de Concordância da avaliação dos especialistas na etapa 4, quanto às equivalências de ambas as versões do DTCQ-8 – sendo IC semântica (0,989, 0,989, 1,000), idiomática (0,967), experiencial (0,956) e conceitual (0,978) –, são apresentados na Tabela 1. Contudo, a avaliação da equivalência idiomática do item A1 gerou IC de 0,778 devido à discordância de um especialista, que sugeriu modificações não acatadas pelos demais para ambas as versões do DTCQ-8.

Tabela 1 – Avaliação da versão pré-final do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual – Recife – out. 2014

(Continua)

Item	Equivalência semântica			Equivalências		
	1.1*	1.2*	1.3*	Idiomática	Experiencial	Conceitual
A1**	1,000	1,000	1,000	0,778	0,889	0,889
A2**	1,000	1,000	1,000	1,000	0,889	1,000
1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2	1,000	1,000	1,000	1,000	0,889	1,000
3	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
4	0,889	0,889	1,000	0,889	0,889	0,889
5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Tabela 1 – Avaliação da versão pré-final do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual – Recife – out. 2014

(Conclusão)

Item	Equivalência semântica			Equivalências		
	1.1*	1.2*	1.3*	Idiomática	Experiencial	Conceitual
6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
7	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
8	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Média dos itens	0,989	0,989	1,000	0,967	0,956	0,978

Fonte: Elaboração própria.

* 1.1 ortografia correta, 1.2 significado equivalente, 1.3 gramaticalmente correto.

** parágrafos explicativos sobre o instrumento e o seu preenchimento.

A avaliação dos especialistas do presente estudo ocasionou modificações dos itens A1, 1, 4, 5, 6 e 7, das duas versões do instrumento, sendo ajustados de acordo com as sugestões recebidas (Quadros 5 e 6).

Quadro 5 – Itens modificados do DTCQ-8 outras drogas com base nas sugestões do comitê de especialistas

Versão Original DTCQ-8 outras drogas	Itens da Versão “Síntese T12” DTCQ-8 outras drogas	Itens da Versão pré-final DTCQ-8 outras drogas
A1. Imagine yourself as you right now each of these situations.	A1. Imagine-se você agora mesmo em cada uma dessas situações.	A1. Imagine-se agora em cada uma dessas situações.
1. If I were angry at the way things had turned out.	1. Se eu estivesse com raiva pelo rumo que as coisas tomaram.	1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.
4. If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked.	4. Se eu quisesse me testar se consigo usar _____ às vezes sem me viciar.	4. Se eu quisesse testar se consigo usar _____, às vezes, sem me tornar dependente.
5. If I unexpectedly found some _____ or happened to see something that reminded me of _____.	5. Se eu por acaso encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse a droga _____.	5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____.
6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	6. Se outra pessoa me tratasse mal ou atrapalhasse meus planos.	6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.
7. If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and use _____.	7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para sairmos para usar _____.	7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar _____.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – Itens modificados do DTCQ-8 álcool com base nas sugestões do comitê de especialistas

Versão Original DTCQ-8 álcool	Itens da Versão “Síntese T12” DTCQ-8 álcool	Itens da Versão pré-final DTCQ-8 álcool
A1. Imagine yourself as you right now each of these situations. 1. If I were angry at the way things had turned out. 4. If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally without getting hooked. 5. If I unexpectedly found some booze or happened to see something that reminded me of drinking. 6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans. 7. If I was out with friends and they kept suggesting we go somewhere and drink.	A1. Imagine-se você agora mesmo em cada uma dessas situações. 1. Se eu estivesse com raiva pelo rumo que as coisas tomaram. 4. Se eu quisesse me testar se consigo beber às vezes sem me viciar. 5. Se eu por acaso encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse a bebida. 6. Se outra pessoa me tratasse mal ou atrapalhasse meus planos. 7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para sairmos para beber.	A1. Imagine-se agora em cada uma dessas situações. 1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva. 4. Se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente. 5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber. 6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos. 7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber.

Fonte: Elaboração própria.

A avaliação do comitê de especialistas resultou na versão pré-final em português de ambas as versões do DTCQ-8 (Quadros 7 e 8). Estas versões foram utilizadas na etapa 5 (pré-teste) constituída da aplicação do instrumento com a população alvo.

Quadro 7 – Comparação entre a versão original do DTCQ-8 versão outras drogas, a versão pré-final em português e a retrotradução

Versão Original DTCQ-8 outras drogas	Versão pré-final em português DTCQ-8 outras drogas	Retrotradução DTCQ-8 outras drogas
1. If I were angry at the way things had turned out. 2. If I had trouble sleeping. 3. If I remembered something good that had happened. 4. If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked. 5. If I unexpectedly found some _____ or happened to see something that reminded me of _____. 6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans. 7. If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and use _____. 8. If I wanted to celebrate with a friend.	1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva. 2. Se eu tivesse problemas para dormir. 3. Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido. 4. Se eu quisesse testar se consigo usar _____, às vezes, sem me tornar dependente. 5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____. 6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos. 7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar _____. 8. Se eu quisesse comemorar com um amigo.	1. If, for some reason, I was angry. 2. If I had trouble sleeping. 3. If I remembered something good that had happened. 4. If I wanted to test if I could use _____, sometimes, without becoming dependent. 5. If I, by chance, found some drug _____ or saw something that reminded me of the act of using _____. 6. If somebody treated me unfairly or interfered with my plans. 7. If I was with some friends and they insisted to go some place to use _____. 8. If I wanted to celebrate with a friend.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Comparação entre a versão original do DTCQ-8 álcool, a versão pré-final em português e a retrotradução

Versão Original DTCQ-8 álcool	Versão pré-final em português DTCQ-8 álcool	Retrotradução da versão pré-final DTCQ-8 álcool
1. If I were angry at the way things had turned out. 2. If I had trouble sleeping. 3. If I remembered something good that had happened. 4. If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally without getting hooked. 5. If I unexpectedly found some booze or happened to see something that reminded me of drinking. 6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans. 7. If I was out with friends and they kept suggesting we go somewhere and drink. 8. If I wanted to celebrate with a friend.	1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva. 2. Se eu tivesse problemas para dormir. 3. Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido. 4. Se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente. 5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber. 6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos. 7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber. 8. Se eu quisesse comemorar com um amigo.	1. If, for some reason, I was angry. 2. If I had trouble sleeping. 3. If I remembered something good that had happened. 4. If I wanted to test if I could drink, sometimes, without becoming dependent. 5. If I, by chance, found a drink or saw something that reminded me of the act of drinking. 6. If somebody treated me unfairly or interfered with my plans. 7. If I was with some friends and they insisted to go some place to drink. 8. If I wanted to celebrate with a friend.

Fonte: Elaboração própria.

A etapa 5, chamada de pré-teste, demandou um tempo de resposta médio de 20 minutos por participante, sendo 8 minutos para responder a versão pré-final do DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas e 12 minutos para o formulário clínico e sociodemográfico, demonstrando fácil aplicabilidade e boa compreensão dos itens do instrumento em estudo. A avaliação do instrumento pela população alvo ocorreu na média de 10 minutos.

A validação de face e a avaliação semântica realizadas pela população alvo não gerou modificações no DTCQ-8 álcool e nem no DTCQ-8 outras drogas.

A validação de conteúdo realizada pelo comitê de especialistas gerou resultados semelhantes para as duas versões do DTCQ-8. A avaliação, com base na análise da clareza de linguagem (0,972), pertinência prática (0,958) e relevância teórica (0,958), demonstrou pontuações médias satisfatórias.

Para ambas as versões do DTCQ-8, o item 2 “se eu tivesse problemas para dormir” IC de 0,778 em clareza de linguagem, considerando a avaliação do item como não claro por um especialista. Em sua concepção, o ato de dormir envolve vários aspectos, o conciliar o sono e a insônia. Para os usuários, porém, o item mostrou-se claro, pois todos o compreenderam, preservando o conceito do instrumento original.

A pertinência prática e a relevância teórica dos itens 1, 2 e 3 apresentaram valores de IC de 0,889 (Tabela 2) que, mesmo inferiores às médias gerais, permaneceram de acordo com o parâmetro aceitável para o presente estudo (0,80).

Tabela 2 – Validação de conteúdo do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas de acordo com a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica – Recife – out. 2014

Item do DTCQ-8	Clareza de linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica
1	1,000	0,889	0,889
2	0,778	0,889	0,889
3	1,000	0,889	0,889
4	1,000	1,000	1,000
5	1,000	1,000	1,000
6	1,000	1,000	1,000
7	1,000	1,000	1,000
8	1,000	1,000	1,000
Média dos itens	0,972	0,958	0,958

Fonte: Elaboração própria.

Na validação de conteúdo e na avaliação semântica realizadas pelos usuários de outras drogas, a maioria confirmou sua compreensão sobre confiança de resistir ao desejo de usar muita droga, com o questionamento: “Se eu tiver confiança quer dizer que eu não vou usar?”. No item 4, a maioria dos participantes perguntou “Se eu quisesse me testar?”, como forma de esclarecimento sobre sua compreensão, respondendo que não se testava por saber que usaria a droga. Neste momento, a pesquisadora explicou que o usuário tinha que se imaginar na situação que estava sendo avaliada.

Sobre os itens 7 e 8, alguns usuários de outras drogas responderam que não aceitavam o convite e nem comemoravam com amigos, sendo necessária a intervenção da pesquisadora quanto às instruções de preenchimento do DTCQ-8, que parte do princípio da antecipação mental das situações de alto risco, ou seja, o usuário tinha que se imaginar na situação em apreço.

Para os usuários de álcool, a validação de conteúdo e a avaliação semântica revelaram que a maioria dos participantes confirmou sua compreensão sobre a confiança de resistir ao desejo de beber exageradamente, com o questionamento: “Se eu tiver confiança quer dizer que eu não vou beber?”. No item 4, a maioria dos participantes perguntou “Se eu quisesse me testar?”, como forma de esclarecimento sobre sua compreensão, respondendo que não se testava por saber que beberia. Nesse momento, a pesquisadora explicou que o usuário tinha que se imaginar na situação avaliada.

Sobre os itens 7 e 8, alguns usuários de álcool responderam que não aceitavam o convite e nem comemoravam com amigos, porque havia o risco de beber bebidas alcoólicas, sendo necessária a intervenção da pesquisadora quanto às instruções de preenchimento do DTCQ-8, que parte do princípio da antecipação mental das situações de alto risco, ou seja, o usuário tinha que se imaginar na situação em apreço. No item 8 (comemorar com um amigo), três usuários de álcool disseram que se fossem comemorar com uma “amiga”, a sua confiança de resistir ao desejo de consumir a substância seria menor (de 80% para amigo e 20% para amiga).

5.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS DA AMOSTRA PRÉ-FINAL

Optou-se por apresentar os resultados acerca da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes em forma descritiva e em tabelas. Os usuários responderam a versão do DTCQ-8 de acordo com a substância identificada por eles como aquela que lhes causava mais problemas e motivou o tratamento no CAPSad.

Quanto à caracterização dos participantes que responderam o DTCQ-8 outras drogas (n=40), 20 elegeram o *crack* como a substância que causa mais problemas e que motivou o tratamento; os outros 20 estavam tratando tabagismo. A metade dos usuários era do sexo masculino. A média de idade foi 44,5 anos (DP: 9,32) e a cor parda predominou em 57,5% dos respondentes. Mais da metade declarou residir com familiar (75%), ser solteiro (55%) e possuir trabalho informal (57,5%). Apenas 35% relatou até 8 anos de estudo e renda inferior a 1 salário mínimo (35%). (Tabela 3). Quanto à religião, 42,5% declararam-se católicos e com frequência mensal à igreja (90%).

Os usuários que responderam o DTCQ-8 álcool elegeram esta substância como causadora de mais problemas e motivadora de seu tratamento (n=40). Todos eram do sexo masculino. A média de idade foi 46,68 anos (DP: 9,968) e a cor parda foi relatada pela metade dos participantes. Mais da metade declarou residir com familiar (57,5%), ser solteiro (67,5%) e possuir trabalho informal. Apenas 45% relatou até 8 anos de estudo e renda inferior a 1 salário mínimo (50%). (Tabela 3). Quanto à religião, 65% declararam-se católicos e com frequência semanal à igreja (90%).

Tabela 3 – Características sociodemográficas segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas (*crack* e tabaco) na amostra pré-final – Recife – out. 2014

Variável	Grupo						Grupo Total		Valor de p
	Álcool		Crack		Tabaco				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	80	100,0	
Idade: Média + DP									
Até 39	12	30,0	12	60,0	2	10,0	26	32,5	p ⁽¹⁾ = 0,001*
40 a 49	12	30,0	8	40,0	6	30,0	26	32,5	
50 a 65	16	40,0	-	-	12	60,0	28	35,0	
Sexo									
Masculino	40	100,0	19	95,0	1	5,0	60	75,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Feminino	-	-	1	5,0	19	95,0	20	25,0	
Cor									
Branco	12	30,0	3	15,0	6	30,0	21	26,3	p ⁽²⁾ = 0,548
Preto	8	20,0	3	15,0	5	25,0	16	20,0	
Pardo	20	50,0	14	70,0	9	45,0	43	53,8	
Estado civil									
Solteiro	27	67,5	11	55,0	11	55,0	49	61,3	p ⁽¹⁾ = 0,518
Casado/ União estável	13	32,5	9	45,0	9	45,0	31	38,8	
Escolaridade (em anos de estudo)									
Não alfabetizado	2	5,0	2	10,0	-	-	4	5,0	p ⁽²⁾ = 0,097
Até 4 anos	18	45,0	10	50,0	4	20,0	32	40,0	
5 a 8 anos	7	17,5	5	25,0	5	25,0	17	21,3	
9 anos ou mais	13	32,5	3	15,0	11	55,0	27	33,8	
Ocupação									
Desempregado	8	20,0	6	30,0	7	35,0	21	26,3	p ⁽²⁾ = 0,007*
Carteira assinada	5	12,5	5	25,0	6	30,0	16	20,0	
Trabalho informal	24	60,0	8	40,0	2	10,0	34	42,5	
Outros	3	7,5	1	5,0	5	25,0	9	11,3	
Renda: n (%)									
Não possui renda	1	2,5	3	15,0	3	15,0	7	8,8	p ⁽²⁾ = 0,262
Menos de 1 salário	20	50,0	8	40,0	6	30,0	34	42,5	
Um salário	7	17,5	4	20,0	7	35,0	18	22,5	
Mais de um salário	12	30,0	5	25,0	4	20,0	21	26,3	

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

O critério adotado para o preenchimento do DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas foi o relato do usuário sobre o tipo de substância que ele elegeu como aquela que lhe causava mais problemas e que motivou o seu tratamento. O grupo do *crack* apresentou média de idade de 28,50 anos para o primeiro consumo. O grupo de álcool de 15,58 anos. O grupo do tabaco de 13,95 anos.

No grupo do *crack*, 15% relataram primeiro consumo de qualquer substância psicoativa até 11 anos de idade, 35% entre 12 e 14 anos, 35% entre 15 e 17 anos e 15% entre 18 e 65 anos.

Dos 20 usuários de *crack*, 70% iniciaram seu consumo de substâncias psicoativas pelo álcool, 20% pela maconha e 10% pelo tabaco. A droga mais prevalente eleita para o segundo contato foi a maconha (45%), seguida pelo tabaco (30%). O *crack* representou a droga eleita para o terceiro (43,7%), o quarto (63,6%) ou o quinto contato (33,3%). Em relação à cocaína aspirada, o consumo ocorreu no segundo (5%), no quarto (18,2%) e no quinto contato (66,7%). Percebe-se, assim, que nenhum usuário de *crack* iniciou seu consumo de substâncias psicoativas por essa substância ou pela cocaína aspirada (Tabela 4).

No grupo dos usuários de tabaco, 20% relataram primeiro consumo de qualquer substância psicoativa até 11 anos de idade, 60% entre 12 e 14 anos, 5% entre 15 e 17 anos e 15% entre 18 e 65 anos. Destes, 95% iniciou seu consumo de substâncias psicoativas pelo tabaco e 5% pelo álcool. Todos os 20 tabagistas só usaram estas duas substâncias (Tabela 4).

No grupo dos usuários do álcool, 2,5% relataram primeiro consumo de qualquer substância psicoativa até 11 anos de idade, 37,5% entre 12 e 14 anos, 45% entre 15 e 17 anos e 15% entre 18 e 65 anos (Tabela 4).

Dos 40 usuários do grupo do álcool, 85% iniciaram o consumo de substâncias psicoativas pelo álcool, 2,5% pela maconha e 12,5% pelo tabaco. Desses, apenas 27 usaram uma segunda droga da seguinte forma: 3,7% usaram o clonazepam, 3,7% o *crack*, 18,5% a maconha, 22,2% o álcool e 51,9% o tabaco. Desses 27 usuários, apenas 9 usaram uma terceira substância, tendo 11,1% usado o loló, 11,1% o tabaco, 33,3% a maconha, 44,4% o *crack*. Desses 9 participantes, apenas 2 usaram uma quarta substância: um usou o *crack* e o outro a cocaína aspirada. Percebe-se, assim, que nenhum usuário de álcool iniciou seu consumo de substâncias psicoativas pelo *crack* ou pela cocaína aspirada (Tabela 4).

Tabela 4 – Idade do primeiro consumo de outra substância psicoativa segundo os respondentes do DTCQ-8 álcool ou do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

							(Continua)
Variável	Grupo						Valor de p
	Álcool		Crack		Tabaco		
	N	%	N	%	N	%	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	
Idade do 1º consumo de drogas (anos)							
Até 11	1	2,5	3	15,0	4	20,0	p ⁽¹⁾ = 0,014*
12 a 14	15	37,5	7	35,0	12	60,0	
15 a 17	18	45,0	7	35,0	1	5,0	
18 a 65	6	15,0	3	15,0	3	15,0	

Tabela 4 – Idade do primeiro consumo de outra substância psicoativa segundo os respondentes do DTCQ-8 álcool ou do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

							(Continuação)
Variável	Grupo						Valor de p
	Álcool		Crack		Tabaco		
	N	%	N	%	N	%	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	
Tipo de droga no 1º consumo							
Álcool	34	85,0	14	70,0	1	5,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Maconha	1	2,5	4	20,0	-	-	
Tabaco	5	12,5	2	10,0	19	95,0	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	
Idade do 1º consumo da 2ª droga (anos)							
12 a 14	3	11,1	8	40,0	2	11,8	p ⁽¹⁾ = 0,099
15 a 17	13	48,1	8	30,0	5	29,4	
18 a 65	11	40,7	6	30,0	10	58,8	
TOTAL	27	100,0	20	100,0	17	100,0	
Tipo da 2ª droga							
Álcool	6	22,2	3	15,0	16	94,1	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Maconha	5	18,5	9	45,0	-	-	
Tabaco	14	51,9	6	30,0	1	5,9	
Crack	1	3,7	-	-	-	-	
Cocaína	-	-	1	5,0	-	-	
Loló	-	-	1	5,0	-	-	
Clonazepam	1	3,7	-	-	-	-	
TOTAL	27	100,0	20	100,0	17	100,0	
Idade do 1º consumo da 3ª droga (anos)							
12 a 14	1	11,1	4	25,0	-	-	**
15 a 17	1	11,1	2	12,5	-	-	
18 a 65	7	77,8	10	62,5	-	-	
TOTAL	9	100,0	16	100,0	-	-	
Tipo da 3ª droga							
Álcool	-	-	1	6,3	-	-	**
Maconha	3	33,3	4	25,0	-	-	
Tabaco	1	11,1	1	6,3	-	-	
Crack	4	44,4	7	43,7	-	-	
Cola	-	-	2	12,5	-	-	
Loló	1	11,1	-	-	-	-	
Lança perfume	-	-	1	6,3	-	-	
TOTAL	9	100,0	16	100,0	-	-	
Idade do 1º consumo da 4ª droga (anos)							
15 a 17	-	-	1	9,1	-	-	**
18 a 65	2	100,0	10	90,9	-	-	
TOTAL	2	100,0	11	100,0	-	-	
Tipo da 4ª droga							
Maconha	-	-	1	9,1	-	-	**
Crack	1	50,0	7	63,6	-	-	
Cocaina	1	50,0	2	18,2	-	-	
Rohypnol®	-	-	1	9,1	-	-	
TOTAL	2	100,0	11	100,0	-	-	
Idade do 1º consumo da 5ª droga (anos)							
Até 11	-	-	-	-	-	-	**
12 a 14	-	-	-	-	-	-	
15 a 17	-	-	-	-	-	-	
18 a 65	-	-	3	100,0	-	-	

Tabela 4 – Idade do primeiro consumo de outra substância psicoativa segundo os respondentes do DTCQ-8 álcool ou do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

(Conclusão)						
TOTAL	-	-	3	100,0	-	-
Tipo da 5ª droga						
<i>Crack</i>	-	-	1	33,3	-	- **
Cocaína	-	-	2	66,7	-	-
TOTAL	-	-	3	100,0	-	-

Fonte: Elaboração própria.

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

Dos usuários do grupo de *crack*, 45% relataram intervenção policial em seus atos violentos. Desses, 55,55% praticaram violência urbana e 44,44% violência doméstica. Nenhum tabagista relatou intervenção policial. Dos 40 participantes do grupo de álcool, 37,5% relataram intervenção policial, 66,7% praticaram violência urbana e 26,7% violência doméstica.

Considera-se que a autoeficácia é um construto que sofre maturação ao longo do tempo, sendo influenciada por muitos aspectos inerentes ao comportamento do usuário e seu compromisso com o tratamento e as atividades terapêuticas. Acredita-se, desse modo, que o número de admissões e abandonos do tratamento pode influenciar e sofrer influência da autoeficácia dos usuários para resistir ao desejo de consumir as substâncias em situações de alto risco.

A Tabela 5 descreve aspectos relativos ao tratamento dos participantes da amostra pré-final que responderam o DTCQ-8 álcool ou o DTCQ-8 outras drogas, conforme descrito a seguir.

Dos 20 usuários de *crack*, 15% estavam no primeiro tratamento. Dos demais, 85% utilizaram tratamento prévio, 23,5% realizaram dois a três tratamentos, 41,2% quatro a cinco e 35,3% utilizaram mais de 5 tratamentos. Ademais, 41,2% saíram do tratamento anterior devido à recaída ao consumo de *crack*, 58,8% abandonaram, porque consideraram o tratamento desnecessário, já que se sentiam bem ou o tratamento não estava proporcionando melhoras. Nenhum dos usuários de *crack* recebeu alta terapêutica.

Dos 20 usuários de tabaco, 60% estavam no primeiro tratamento. Dos demais, 40% utilizaram tratamento prévio para tabagismo, 75% realizaram dois a três tratamentos e 25% quatro a cinco. Do total desses tabagistas, 75% abandonaram o tratamento porque não o consideraram eficaz, não desejavam permanecer no tratamento ou desistiram de parar de fumar.

Dos 40 participantes do grupo de álcool, 22,5% estavam no primeiro tratamento. Dos demais, 77,5% utilizaram tratamento prévio, 41,9% utilizaram dois a três tratamentos, 41,9% quatro a cinco e 16,1% lançaram mão de mais de cinco tratamentos. O abandono do tratamento anterior foi relatado por 22,6% dos alcoolistas, que declararam bem-estar no momento da decisão de abandonar. Os demais saíram do tratamento anterior devido à recaída ao consumo de álcool (71%) e 6,5% receberam alta terapêutica.

Tabela 5 – Aspectos relativos ao tratamento dos participantes que responderam o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

Variável	Grupo								Valor de p
	Álcool		Crack		Tabaco		Grupo Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tratamento anterior para seu problema com as drogas?									
Sim	31	77,5	17	85,0	8	40,0	56	70,0	p ⁽¹⁾ = 0,003*
Não	9	22,5	3	15,0	12	60,0	24	30,0	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	80	100,0	
Número de vezes que realizou tratamentos para seu problema com as drogas									
2 a 3	13	41,9	4	23,5	6	75,0	23	41,1	p ⁽²⁾ = 0,122
4 a 5	13	41,9	7	41,2	2	25,0	22	39,3	
Mais de 5	5	16,1	6	35,3	-	-	11	19,6	
Motivo por ter saído do tratamento									
Recaída	22	71,0	7	41,2	-	-	29	51,8	p ⁽²⁾ < 0,001*
Abandono	7	22,6	10	58,8	6	75,0	23	41,1	
Alta	2	6,5	-	-	2	25,0	4	7,1	
TOTAL	31	100,0	17	100,0	8	100,0	56	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

A Tabela 6 mostra a média dos escores de autoeficácia para cada item do DTCQ-8 álcool, do DTCQ-8 outras drogas e do instrumento completo. Esses valores representam a média dos escores dos 8 itens, dividida pelo total de itens, originando a média do escore total para cada grupo. Destaca-se, na tabela, a média dos escores, que foi mais elevada no grupo do álcool (68,06) do que no grupo de outras drogas (59,63). Entretanto, para a margem de erro fixada (5%), a única diferença significativa entre esses grupos foi registrada no item 5 ($p < 0,05$), com uma média mais elevada no grupo do álcool (73,00) e menos elevada no grupo de outras drogas (54,00).

Tabela 6 – Escores de autoeficácia segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

Itens do DTCQ-8	Álcool	Outras drogas	Valor de p
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
1	64,00 ± 32,41 (60,00)	51,50 ± 37,59 (40,00)	p ⁽¹⁾ = 0,126
2	79,50 ± 27,36 (90,00)	77,50 ± 34,25 (100,00)	p ⁽¹⁾ = 0,662
3	79,00 ± 29,33 (100,00)	78,50 ± 32,78 (100,00)	p ⁽¹⁾ = 0,813
4	50,50 ± 37,07 (50,00)	35,50 ± 40,38 (20,00)	p ⁽¹⁾ = 0,070
5	73,00 ± 34,66 (100,00)	54,00 ± 39,54 (50,00)	p ⁽¹⁾ = 0,027*
6	72,50 ± 34,70 (80,00)	55,50 ± 44,02 (70,00)	p ⁽¹⁾ = 0,135
7	66,00 ± 40,81 (80,00)	58,50 ± 40,61 (70,00)	p ⁽¹⁾ = 0,393
8	60,00 ± 43,91 (80,00)	66,00 ± 41,81 (100,00)	p ⁽¹⁾ = 0,495
DTCQ-8 completo	68,06 ± 25,85 (70,00)	59,63 ± 29,28 (60,00)	p ⁽¹⁾ = 0,202

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

A classificação dos usuários com base na média do escore total do DTCQ-8 (ANNIS; SKLAR; TURNER, 1997) foi organizada em baixa autoeficácia, se o valor foi inferior a 20%; moderada autoeficácia, se o valor do DTCQ-8 foi entre 20% e 80%; e alta autoeficácia, se foi maior do que 80%. Nos resultados apresentados na Tabela 7, é possível verificar-se que a maioria em cada grupo apresentou moderada autoeficácia, com percentuais variando de 60,0% a 67,5%, seguidos de alta autoeficácia, com percentuais entre 27,5% e 37,5%. Entretanto, não se verificou diferença significativa ($p > 0,05$) entre os grupos em relação à classificação do nível de autoeficácia dos participantes.

Tabela 7 – Classificação da autoeficácia dos participantes segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

Classificação da autoeficácia de acordo com o escore médio do DTCQ	Grupo				Grupo		Valor de p
	Álcool		Outras drogas		total		
	N	%	N	%	N	%	
Baixa (Média do instrumento < 20%)	1	2,5	2	5,0	3	3,8	p ⁽¹⁾ = 0,599
Moderada (Média do instrumento de 20% a 80%)	24	60,0	27	67,5	51	63,7	
Alta (Média do instrumento > 80%)	15	37,5	11	27,5	26	32,5	
TOTAL	40	100,0	40	100,0	80	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

Outro resultado obtido com base nessas análises foi a identificação dos escores de autoeficácia de cada item e o domínio do DTCQ-8.

Para o grupo de outras drogas, foi constatado que o item 4 (“se eu quisesse testar se consigo usar, às vezes, sem me tornar dependente”), que corresponde ao “Domínio: teste de controle pessoal”, apresentou menor média ($35,50 \pm 40,46$) de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir drogas nesta situação específica. A maior média ($78,50 \pm 32,78$) de autoeficácia foi para o item 3 (“se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido”), que corresponde ao “Domínio: emoções agradáveis”, demonstrando que não representa uma situação de alto risco para os usuários de outras drogas participantes do estudo.

Para o grupo de usuários de álcool, também se observou que o item 4 (“se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente”), que corresponde ao “Domínio: teste de controle pessoal”, apresentou uma menor média ($50,50 \pm 37,07$) de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir álcool nesta situação específica.

Para o grupo dos alcoolistas, a maior média ($79,50 \pm 27,36$) de autoeficácia foi para o item 2 (“se eu tivesse problemas para dormir”) que corresponde ao “Domínio: desconforto físico”, demonstrando que não representa uma situação de alto risco para os alcoolistas participantes do estudo.

As experiências vividas em família contribuem para a formação de conceitos e comportamentos, principalmente quanto ao consumo de drogas. Desse modo, foi perguntado aos participantes: “Quando o(a) sr(a) morava com seus pais, eles usavam álcool e/ou outras drogas?” Tais dados estão descritos na Tabela 8.

O uso de álcool pelo pai foi a única variável com diferença significativa entre os grupos, sendo mais elevado o percentual no grupo do álcool (95,2%) do que no grupo de outras drogas (90%).

O uso de substâncias psicoativas ocorreu entre 30% das mães dos participantes do estudo. No grupo do álcool, 66,7% usavam álcool e 66,7% tabaco; no grupo de usuários de *crack*, 50% usavam álcool e 83,3% tabaco; entre os usuários de tabaco, 33,3% das mães usavam álcool e 100% tabaco.

Tabela 8 – Consumo de drogas pelos pais dos usuários de álcool e/ou outras drogas segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014

Variável	Grupo						Grupo Total		Valor de p
	Álcool		Crack		Tabaco				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pai usuário de álcool e/ou outras drogas									
Sim	21	52,5	10	50,0	6	30,0	37	46,3	p ⁽¹⁾ = 0,239
Não	19	47,5	10	50,0	14	70,0	43	53,8	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	80	100,0	
Quais drogas seu pai usava?									
Álcool									
Sim	20	95,2	9	90,0	3	50,0	32	86,5	p ⁽²⁾ = 0,030*
Não	1	4,8	1	10,0	3	50,0	5	13,5	
Tabaco									
Sim	10	47,6	2	20,0	5	83,3	17	45,9	p ⁽²⁾ = 0,057
Não	11	52,4	8	80,0	1	16,7	20	54,1	
TOTAL	21	100,0	10	100,0	6	100,0	37	100,0	
Mãe usuária de álcool e/ou outras drogas									
Sim	12	30,0	6	30,0	6	30,0	24	30,0	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	28	70,0	14	70,0	14	70,0	56	70,0	
TOTAL	40	100,0	20	100,0	20	100,0	80	100,0	
Quais drogas sua mãe usava?									
Álcool									
Sim	8	66,7	3	50,0	2	33,3	13	54,2	p ⁽²⁾ = 0,437
Não	4	33,3	3	50,0	4	66,7	11	45,8	
Tabaco									
Sim	8	66,7	5	83,3	6	100,0	19	79,2	p ⁽²⁾ = 0,379
Não	4	33,3	1	16,7	-	-	5	20,8	
TOTAL	12	100,0	6	100,0	6	100,0	24	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

Os resultados descritos demonstraram peculiaridades inerentes à dinâmica comportamental dos usuários de álcool e/ou drogas. Também evidenciaram que as relações familiares e sociais podem influenciar e ser influenciadas pelos escores de autoeficácia dos usuários para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco.

5.3 VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO DTCQ-8 ÁLCOOL E DO DTCQ-8 OUTRAS DROGAS APLICADOS À AMOSTRA PRÉ-FINAL

As propriedades psicométricas, verificadas nesta fase do estudo foram validade (de conteúdo e de face) e confiabilidade (consistência interna). Os dados foram obtidos com base na aplicação do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas durante o pré-teste. A verificação

da validade de conteúdo referente às equivalências foi realizada durante a etapa 5 (pré-teste) do processo de adaptação transcultural, pelo comitê de especialistas e pela população alvo – resultados apresentados anteriormente. Neste momento, apresenta-se a continuação da validação de conteúdo referente aos dados obtidos apenas junto ao comitê de especialistas.

A obtenção do Alfa de Cronbach para os 8 itens, para os domínios, para o Coeficiente de Correlação de Spearman entre o DTCQ-8 completo e cada um de seus itens, foram outros procedimentos utilizados para validar o DTCQ-8 álcool e o DTCQ-8 outras drogas junto à amostra pré-final.

5.3.1 Validade de conteúdo do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas com base na amostra pré-final

A Tabela 9 descreve a validade de conteúdo referente a cada item do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas, que obtiveram resultados semelhantes, sendo descritos em uma única tabela. A avaliação da relevância foi obtida por meio da frequência relativa de especialistas que responderam “sim” na questão se o item é relevante e marcaram “realmente relevante” ou “muito relevante” por item do DTCQ-8. Obtiveram-se os IC para cada item avaliado.

Tabela 9 – Descrição dos IC na validade de conteúdo referente a cada item do DTCQ-8 – Recife – out. 2014

Item do DTCQ-8	Presença do item é relevante	Grau da relevância
1	1,000	1,000
2	1,000	0,778
3	0,889	0,875 ⁽¹⁾
4	1,000	1,000
5	1,000	1,000
6	1,000	1,000
7	1,000	1,000
8	1,000	1,000
Média	0,986	0,945

Fonte: Elaboração própria.

(1): Com base em 8 especialistas que responderam “Sim” no item. Houve um especialista que marcou “não” para a relevância do item 3 e “pouco relevante” para o item. Outro especialista marcou “pouco relevante” para o item 2.

5.3.2 Confiabilidade do DTCQ-8 outras drogas obtida na amostra pré-final

Os resultados para a confiabilidade foram obtidos pela aplicação do DTCQ-8 outras drogas à amostra pré-final (40 participantes) durante a etapa 5 (pré-teste) do processo de adaptação transcultural do instrumento.

A Tabela 10 mostra que o DTCQ-8 outras drogas apresentou um alfa de Cronbach 0,889 para o instrumento completo, sendo considerado um bom instrumento para medir a autoeficácia de usuários de outras drogas para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco. Na exclusão de cada item, os valores do alfa de Cronbach variaram de 0,863 a 0,890, mantendo uma boa confiabilidade para o instrumento.

Tabela 10 – Valores do Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014 (n = 40)

DTCQ-8 outras drogas	Item-total Correlação* r	Alfa se deletado o item
1. se, por algum motivo, eu estivesse com raiva	0.780	0.837
2. se eu tivesse problemas para dormir	0.871	0.863
3. se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido	0.675	0.818
4. se eu quisesse testar se consigo usar_____, às vezes, sem me tornar dependente	0.883	0.869
5. se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____	0.551	0.815
6. se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos	0.890	0.868
7. se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar_____	0.665	0.786
8. se eu quisesse comemorar com um amigo	0.877	0.876

Fonte: Elaboração própria.

* Coeficiente de Correlação de Spearman

Nota: Alfa de Cronbach para o instrumento completo foi de 0.889.

A Tabela 11 descreve a consistência interna do DTCQ-8 segundo seus domínios, demonstrando a possibilidade de mensurações baseadas somente nos domínios. Tais valores são considerados aceitáveis quando iguais a 0,7 e bons depois de 0,8 (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009; GLIEM, J.; GLIEM, R., 2003).

Tabela 11 – Valores de Alfa de Cronbach dos domínios do DTCQ-8 outras drogas na amostra pré-final – Recife – out. 2014 (n = 40)

DTCQ-8 outras drogas e Domínios	Alfa de Cronbach
Oito itens do DTCQ-8 (instrumento completo)	0,889
Domínio: Situações negativas (somente os itens - 1, 2 e 6)	0,756
Domínio: Situações positivas (somente os itens - 3 e 8)	0,756
Domínio: Situações de tentação (somente os itens - 4, 5 e 7)	0,809

Fonte: Elaboração própria.

5.3.3 Confiabilidade do DTCQ-8 álcool obtida com base na amostra pré-final

A Tabela 12 mostra que o DTCQ-8 álcool apresentou um alfa de Cronbach 0,875 para o instrumento completo, sendo considerado um bom instrumento para medir a autoeficácia de usuários de álcool para resistir ao desejo de consumir esta substância em situações de alto risco. Na exclusão de cada item, os valores do alfa de Cronbach variaram de 0,844 a 0,878, mantendo uma boa confiabilidade para o instrumento.

Tabela 12 – Valores do Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 álcool na amostra pré-final – Recife – out. 2014 (n = 40)

DTCQ-8 álcool	Item-total Correlação* r	Alfa se deletado o item
1. se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.	0.796	0.852
2. se eu tivesse problemas para dormir.	0.533	0.870
3. se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido.	0.663	0.859
4. se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente.	0.654	0.878
5. se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber.	0.789	0.844
6. se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.	0.600	0.870
7. se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber.	0.793	0.847
8. se eu quisesse comemorar com um amigo.	0.833	0.850

Fonte: Elaboração própria.

* Coeficiente de Correlação de Spearman.

Note: Alfa de Cronbach para o instrumento completo foi de 0.875.

A Tabela 13 descreve a confiabilidade interna do DTCQ-8 álcool segundo seus domínios. Os valores referentes à consistência interna são considerados aceitáveis quando iguais a 0,7 e bons depois de 0,8 (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009; GLIEM, J.; GLIEM, R., 2003). Observa-se que todos os domínios obtiveram valores abaixo de 0,70, não sendo recomendada a utilização isolada do instrumento completo.

Tabela 13 – Valores de Alfa de Cronbach dos domínios do DTCQ-8 versão para álcool – Recife – out. 2014 (n = 40)

DTCQ-8 álcool e Domínios	Alfa de Cronbach
Oito itens do DTCQ-8 (instrumento completo)	0,875
Domínio: Situações negativas (somente os itens - 1, 2 e 6)	0,672
Domínio: Situações positivas (somente os itens - 3 e 8)	0,672
Domínio: Situações de tentação (somente os itens - 4, 5 e 7)	0,688

Fonte: Elaboração própria.

5.4 VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO DTCQ-8 ÁLCOOL E DO DTCQ-8 OUTRAS DROGAS APLICADOS À AMOSTRA FINAL – VALIDAÇÃO CLÍNICA

Os resultados referentes à fase II do presente estudo, que se refere à validação clínica do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas, serão apresentados. A validação do conteúdo foi verificada durante a etapa 5 (pré-teste) do processo de adaptação transcultural pelo comitê de especialistas e pela população alvo, resultados apresentados anteriormente.

As propriedades psicométricas, verificadas nesta fase do estudo, foram validade de construto e confiabilidade relativas à aplicação do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas. A amostra final foi composta por 100 usuários, sendo 50 do grupo de álcool e 50 de outras drogas.

As etapas para realizar a validação clínica do DTCQ-8 foram: validade do construto, por meio da análise fatorial e da comparação de grupos contrastados (validade discriminante); confiabilidade ou homogeneidade ou consistência interna, realizada por meio do Alfa de Cronbach para os 8 itens e para os domínios, do Coeficiente de Correlação de Spearman entre o DTCQ-8 completo e cada um de seus itens.

5.4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos usuários de álcool e/ou outras drogas da amostra final – validação clínica

Os resultados acerca da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes da validação clínica do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas serão apresentados de forma descritiva e em tabelas. Os usuários responderam a versão do DTCQ-8 de acordo com a substância identificada por eles como aquela que lhes causava mais problemas e motivara o tratamento no CAPSad.

Quanto à caracterização dos participantes que responderam o DTCQ-8 outras drogas (n=50), a maioria era homem (70%), possuía trabalho informal (60%) residia com familiar (62%). A média de idade foi 39,52 anos ($\pm 12,24$ anos) e a cor parda predominou em 58% dos respondentes. A metade era casada ou tinha união estável (50%). Menos da metade dos participantes tinha 9 anos ou mais de estudo (48%) e renda inferior a 1 salário mínimo (34%) (Tabela 14).

Os usuários que responderam o DTCQ-8 álcool, elegeram esta substância como causadora de mais problemas e motivadora de seu tratamento (n=50). A maioria era homem (86%). A média de idade foi 46,32 anos ($\pm 9,88$) e a cor parda foi relatada por 54% dos participantes. Mais da metade declarou residir com familiar (66%) e possuir trabalho informal (54%). A metade dos participantes era solteira, com até 8 anos de estudo. Apenas 38% possuíam renda inferior a 1 salário mínimo (Tabela 14).

As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 14. Verifica-se que a faixa etária foi a única variável com diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$ e intervalos para OR que exclui o valor 1,00). Nesta variável ressalta-se, no grupo do álcool, que o maior percentual correspondeu à faixa 40 a 49 anos (44,0%); no grupo das outras drogas, o maior percentual correspondeu à faixa até 39 anos (56,0%).

Ao comparar os dois grupos de participantes, percebe-se que a maioria era do sexo masculino (percentuais variaram de 70% a 82%) e da cor parda (percentuais variaram de 54% a 58%). A metade era solteira no grupo do álcool e casados/união estável no grupo das outras drogas. No grupo do álcool, a metade tinha 5 a 8 anos de estudo e o maior percentual no grupo das outras drogas tinha 9 anos ou mais. A maioria tinha trabalho informal com percentuais que variaram de 54,0% a 60,0%.

O menor percentual (6,0%) correspondeu aos pesquisados que não tinham renda no grupo do álcool e os demais percentuais relativos à renda, nos dois grupos, variaram de 20,0% a 38,0%; o maior valor (48,0%) em cada grupo tinha algum familiar ou não familiar que dependia de sua renda; a maioria em cada grupo não recebia bolsa família (percentual variou de 76% a 86%) e morava com um familiar (62% e 66%).

Tabela 14 – Características sociodemográficas segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

Variável	Grupo				Grupo Total		Valor de p	OR (IC 95%)
	Álcool		Outras drogas					
	N	%	N	%	n	%		
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0		
Faixa etária (em anos)								
19 a 39	11	22,0	28	56,0	39	39,0	p ⁽¹⁾ = 0,002*	1,00
40 a 49	22	44,0	11	22,0	33	33,0		5,09 (1,86 a 13,91)
50 até 65	17	34,0	11	22,0	28	28,0		3,93 (1,40 a 11,02)
Sexo								
Masculino	43	86,0	35	70,0	78	78,0	p ⁽¹⁾ = 0,053	2,63 (0,97 a 7,17)
Feminino	7	14,0	15	30,0	22	22,0		1,00
Cor								
Branco	13	26,0	10	20,0	23	23,0	p ⁽¹⁾ = 0,775	1,40 (0,53 a 3,71)
Preto	10	20,0	11	22,0	21	21,0		0,98 (0,36 a 2,67)
Pardo	27	54,0	29	58,0	56	56,0		1,00
Estado civil								
Solteiro	25	50,0	21	42,0	46	46,0	p ⁽¹⁾ = 0,316	1,00
Casado/ União estável	18	36,0	25	50,0	43	43,0		0,61 (0,26 a 1,40)
Divorciado/ viúvo	7	14,0	4	8,0	11	11,0		1,47 (0,38 a 5,72)
Anos de estudos								
Até 4 anos	10	20,0	7	14,0	17	17,0	p ⁽¹⁾ = 0,180	2,29 (0,72 a 7,30)
5 a 8 anos	25	50,0	19	38,0	44	44,0		2,11 (0,87 a 5,07)
9 anos ou mais	15	30,0	24	48,0	39	39,0		1,00
Ocupação								
Desempregado	6	12,0	7	14,0	13	13,0	p ⁽¹⁾ = 0,825	1,00
Carteira assinada	8	16,0	7	14,0	15	15,0		1,33 (0,30 a 5,91)
Trabalho informal	27	54,0	30	60,0	57	57,0		1,05 (0,31 a 3,51)
Outros	9	18,0	6	12,0	15	15,0		1,75 (0,39 a 7,86)
Renda								
Não possui renda	3	6,0	10	20,0	13	13,0	p ⁽¹⁾ = 0,224	1,00
Menos de 1 salário	19	38,0	17	34,0	36	36,0		3,73 (0,88 a 15,83)
Um salário	12	24,0	10	20,0	22	22,0		4,00 (0,86 a 18,64)
Mais de 1 salário	16	32,0	13	26,0	29	29,0		4,10 (0,93 a 18,08)

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

As médias de idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa foram de 14,44 anos no grupo dos usuários de álcool e 14,12 anos no grupo dos usuários de outras drogas. A média de idade do primeiro consumo de álcool entre os participantes do grupo do álcool foi de 15,60 anos e para o grupo de outras drogas foi de 15,34 anos. Entretanto, não se verificou diferença significativa entre esses grupos.

No grupo dos usuários de álcool, 64% afirmaram ser católicos; no grupo de outras drogas, 46% fizeram a mesma afirmação. No grupo dos usuários de álcool, 30% relataram frequência mensal; no grupo de outras drogas, 42% relataram frequência semanal.

A Tabela 15 mostra os dados relativos à idade do primeiro consumo e o tipo de droga consumida pelos participantes do estudo que responderam o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8

outras drogas. O critério adotado para o preenchimento da versão do DTCQ-8 foi o relato do usuário sobre o tipo de substância que elegeu como aquela que lhe causava mais problemas e que motivou o seu tratamento.

No grupo de usuários de outras drogas, 12% relataram primeiro consumo de qualquer substância psicoativa até 11 anos; 52% entre 12 e 14 anos; 26% entre 15 e 17 anos; e 10% entre 18 e 65 anos. A idade média de primeiro consumo foi de 14,12 anos ($\pm 3,44$ anos). Do total desses 50 usuários de outras drogas, 46% iniciou seu consumo de substâncias psicoativas pelo álcool, 36% pelo tabaco, 10% pela maconha, 6% pela cola e 2% pelo loló. A droga mais prevalente para o segundo contato foi a maconha (34,9%), seguida pelo álcool (23,3%) e tabaco (20,9%). O *crack* representou a droga eleita para o segundo (2,3%), o terceiro (31,4%) e o quarto contato (81%). Em relação à cocaína aspirada, ocorreu no terceiro (5,7%) e no quarto contato (9,5%).

Dos 50 participantes usuários de outras drogas, 86% usaram uma segunda droga, sendo 2,3% a cola, 2,3% o *crack*, 16,3% o loló, 20,9% o tabaco, 23,3% o álcool e 34,9% a maconha. Dos 43 participantes, 70% usaram uma terceira substância, sendo 2,9% o Rohypnol®, 5,7% o tabaco, 5,7% a cocaína aspirada, 14,3% o álcool, 31,4% o *crack* e 40% a maconha. Dos 35 participantes, 42% usaram uma quarta substância, 4,8% o tabaco, 4,8% o Rohypnol®, 9,5% a cocaína aspirada e 81% o *crack*. Nenhum usuário de *crack* iniciou seu consumo de substâncias psicoativas pelo *crack* ou pela cocaína aspirada.

As médias de idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa foi de 14,12 anos no grupo das outras drogas e 14,44 anos no grupo do álcool. No grupo de usuários de álcool, 14% relataram primeiro consumo de qualquer substância psicoativa até 11 anos de idade, 42% entre 12 e 14 anos, 26% entre 15 e 17 anos e 18% entre 18 e 65 anos. Dos 50 usuários de álcool que participaram do estudo, 74% iniciaram seu consumo de substâncias psicoativas pelo álcool, 18% pelo tabaco, 6% pela maconha e 2% pela cola. Dos 50 participantes, 78% usaram uma segunda droga, sendo 2,6% o loló, 2,6% a cola, 17,9% a maconha, 33,3% o álcool e 43,6% o tabaco. Dos 39 participantes, 30% usaram uma terceira substância, sendo 6,7% o álcool, 6,7% a cocaína aspirada, 13,3% o *crack*, 20% o loló, 26,7% a maconha e 26,7% o tabaco. Dos 15 participantes, 18% usaram uma quarta substância, sendo 11,1% a maconha, 11,1% o tabaco, 11,1% a cocaína aspirada, 11,1% o loló e 55,6% o *crack*. Nenhum usuário de álcool iniciou seu consumo de substâncias psicoativas pelo *crack* ou pela cocaína aspirada (Tabela 15).

A Tabela 15 mostra que o álcool foi a substância psicoativa de primeira escolha por 74% dos usuários do grupo do álcool e 46% pelos usuários do grupo das outras drogas e o

tabaco foi a substância de primeira escolha por 18% dos usuários do grupo do álcool e 36% dos usuários do grupo das outras drogas. Dos 100 participantes do estudo, 82% consumiram duas substâncias psicoativas, sendo o tabaco no grupo do álcool (43,6%) e a maconha no grupo das outras drogas (34,3%).

Tabela 15 – Descrição da idade e primeiro consumo de qualquer substância psicoativa segundo os participantes da amostra final – Recife – jun. 2015

(Continua)

Variável	Grupo				Grupo total		Valor de p
	Álcool		Outras drogas				
	N	%	N	%	N	%	
Idade do 1º consumo de drogas (anos)							
Até 11	7	14,0	6	12,0	13	13,0	p ⁽¹⁾ = 0,626
12 a 14	21	42,0	26	52,0	47	47,0	
15 a 17	13	26,0	13	26,0	26	26,	
18 a 65	9	18,0	5	10,0	14	14,0	
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Tipo de droga no 1º consumo							
Álcool	37	74,0	23	46,0	60	60,0	p ⁽²⁾ = 0,039*
Maconha	3	6,0	5	10,0	8	8,0	
Tabaco	9	18,0	18	36,0	27	27,0	
Cola	1	2,0	3	6,0	4	4,0	
Loló	-	-	1	2,0	1	1,0	
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Idade do 1º consumo da 2ª droga (anos)							
Até 11	-	-	1	2,3	1	1,2	p ⁽²⁾ = 0,398
12 a 14	9	23,1	12	27,9	21	25,6	
15 a 17	12	30,8	17	39,5	29	35,4	
18 a 65	18	46,2	13	30,2	31	37,8	
TOTAL	39	100,0	43	100,0	82	100,0	
Tipo da 2ª droga							
Álcool	13	33,3	10	23,3	23	28,0	p ⁽²⁾ = 0,027*
Maconha	7	17,9	15	34,9	22	26,8	
Tabaco	17	43,6	9	20,9	26	31,7	
Crack	-	-	1	2,3	1	1,2	
Cola	1	2,6	1	2,3	2	2,4	
Loló	1	2,6	7	16,3	8	9,8	
TOTAL	39	100,0	43	100,0	82	100,0	
Idade do 1º consumo da 3ª droga (anos)							
12 a 14	-	-	5	14,3	5	10,0	p ⁽²⁾ = 0,177
15 a 17	7	46,7	9	25,7	16	32,0	
18 a 65	8	53,3	21	60,0	29	58,0	
TOTAL	15	100,0	35	100,0	50	100,0	
Tipo da 3ª droga							
Álcool	1	6,7	5	14,3	6	12,0	p ⁽²⁾ = 0,029*
Maconha	4	26,7	14	40,0	18	36,0	
Tabaco	4	26,7	2	5,7	6	12,0	
Crack	2	13,3	11	31,4	13	26,0	
Cocaína	1	6,7	2	5,7	3	6,0	
Loló	3	20,0	-	-	3	6,0	
Rohypnol®	-	-	1	2,9	1	2,0	
TOTAL	15	100,0	35	100,0	50	100,0	
Idade do 1º consumo da 4ª droga (anos)							
12 a 14	-	-	2	9,5	2	6,7	p ⁽²⁾ = 1,000
15 a 17	3	33,3	5	23,8	8	26,7	
18 a 65	6	66,7	14	66,7	20	66,7	
TOTAL	9	100,0	21	100,0	30	100,0	

Tabela 15 – Descrição da idade e primeiro consumo de qualquer substância psicoativa segundo os participantes da amostra final – Recife – jun. 2015

							(Conclusão)
Variável	Grupo				Grupo total		Valor de p
	Álcool		Outras drogas				
	N	%	N	%	N	%	
Tipo da 4ª droga							
Maconha	1	11,1	-	-	1	3,3	p ⁽²⁾ = 0,218
Tabaco	1	11,1	1	4,8	2	6,7	
Crack	5	55,6	17	81,0	22	73,3	
Cocaína	1	11,1	2	9,5	3	10,0	
Loló	1	11,1	-	-	1	3,3	
Rohypnol®	-	-	1	4,8	1	3,3	
TOTAL	9	100.0	21	100.0	30	100.0	

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

Dos 50 usuários do grupo de outras drogas, 52% relataram intervenção policial, tendo 42,3% sido abordado devido ao consumo, 15,4% por tráfico, 34,6% praticaram violência urbana e 7,7% violência doméstica. Dos 50 participantes do grupo do álcool, 36% relataram intervenção policial, tendo 66,7% praticado violência urbana e 16,7% violência doméstica.

O percentual de pesquisados que relataram intervenção policial foi mais elevado no grupo das outras drogas (52%) do que no grupo do álcool (36,0%). Entretanto, não se verificou diferença significativa entre os grupos. A maior diferença percentual entre os dois grupos foi por violência urbana, sendo 66,7% no grupo do álcool e 7,7% no grupo de outras drogas.

Considera-se que a autoeficácia é um construto que sofre maturação ao longo do tempo, sendo influenciada por muitos aspectos inerentes ao comportamento do usuário e seu compromisso com o tratamento e atividades terapêuticas. Acredita-se, desse modo, que o número de admissões e abandonos do tratamento pode influenciar e sofrer influência da autoeficácia dos usuários para resistir ao desejo de consumir as substâncias psicoativas em situações de alto risco.

Dos 50 usuários de outras drogas, 54% estavam no primeiro tratamento. Os demais, 46% utilizaram tratamento prévio, sendo 38% de dois a três tratamentos e 16% utilizaram mais de 3 tratamentos prévios. Ademais, 33,3% saíram do tratamento anterior devido à recaída ao consumo de *crack*, 55,6% abandonaram por considerá-lo desnecessário, relataram bem-estar ou que o tratamento não proporcionava melhoras, e 11,1% dos entrevistados receberam alta terapêutica.

Dos 50 usuários de álcool, 58% estavam no primeiro tratamento. Dos demais, 42% utilizaram tratamento prévio, tendo 26% utilizado dois a três tratamentos e 32% mais de três tratamentos. Do total destes 50 usuários, 31% abandonaram porque o consideraram desnecessário, relatando bem-estar ou o tratamento não estava proporcionando melhoras, e, ainda, não desejavam permanecer no tratamento. A recaída foi o motivo de saída do tratamento de 41,4% dos alcoolistas e 27,6% receberam alta terapêutica.

Investigou-se o encaminhamento do usuário ao tratamento para identificação de sua dinâmica comportamental e interesses. Dos 100 participantes da amostra final do estudo, 35% foram encaminhados ao primeiro tratamento por seus familiares e 23% foram espontaneamente ao primeiro tratamento. A busca espontânea do tratamento atual foi relatada por 44% dos participantes.

Para as outras variáveis, a Tabela 16 mostra que mais da metade em cada grupo não tinha utilizado tratamento prévio (de 54% a 58%) e dos que tinham recorrido a esse tipo de tratamento, o percentual referente a dois ou três tratamentos foi mais elevado no grupo das outras drogas (38%) quando comparado com o grupo do álcool (26%). Todavia, entre os que tinham utilizado três ou mais tratamentos, o percentual foi mais elevado no grupo do álcool (32%) quando comparado com o grupo de outras drogas (16%).

Quanto ao motivo de saída do tratamento, o abandono foi o mais citado em ambos os grupos – álcool (41,4%) e outras drogas (55,6%) – e a alta representou menor percentual; de 27,6% (álcool) e 11,1% (outras drogas). Questionados sobre o motivo do tratamento, a resposta mais citada entre os 100 participantes foi o desejo de parar de consumir todas as drogas, sendo 82% entre o grupo de usuários de álcool e 92% entre o grupo de outras drogas.

As formas de encaminhamento no primeiro tratamento mais citadas no grupo do álcool foram os profissionais (30%), os familiares (28%) e a busca espontânea (24%). No grupo das outras drogas, os maiores percentuais foram os familiares (42%) e o espontâneo (24%). No tratamento atual, a busca espontânea foi a mais frequente em cada grupo, sendo 48% no grupo das outras drogas e 40% no do álcool.

A Tabela 16 mostra os aspectos relativos ao tratamento dos participantes da amostra final que responderam o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas:

Tabela 16 – Aspectos relativos ao tratamento dos participantes que responderam o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

Variável	Grupo				Grupo Total		Valor de p
	Álcool		Outras drogas				
	N	%	N	%	N	%	
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Tratamento anterior para seu problema com as drogas?							
Sim	21	42,0	23	46,0	44	44,0	p ⁽¹⁾ = 0,687
Não	29	58,0	27	54,0	56	56,0	
Número de vezes que realizou tratamentos para seu problema com as drogas							
Uma vez	21	42,0	23	46,0	44	44,0	p ⁽¹⁾ = 0,144
Duas a três vezes	13	26,0	19	38,0	32	32,0	
3 ou mais vezes	16	32,0	8	16,0	24	24,0	
Motivo por ter saído do tratamento							
Recaída	12	41,4	9	33,3	21	37,5	p ⁽¹⁾ = 0,126
Abandono	9	31,0	15	55,6	24	42,9	
Alta	8	27,6	3	11,1	11	19,6	
Qual o seu objetivo com o tratamento							
Abstinência	41	82,0	46	92,0	87	87,0	p ⁽²⁾ = 0,234
Uso controlado	8	16,0	4	8,0	12	12,0	
Pressão social (obrigado)	1	2,0	-	-	1	1,0	

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (**): Não foi determinado devido a presença de frequências nulas ou a apresentação de uma única categoria; (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

Investigaram-se os níveis de autoeficácia dos participantes da amostra final. Estes valores foram obtidos com base na média dos escores de cada item do DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas, originando o escore total para cada grupo (Tabela 17).

Para o grupo das outras drogas, identificou-se que a média dos escores totais de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir substâncias psicoativas em situações de alto risco foi de 54,55 ($\pm 25,05$) e as médias de cada item variou de 28,80 ($\pm 34,56$) a 78,80 (+ 33,66).

Para o grupo do álcool, a média dos escores totais de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir álcool em situações de alto risco foi de 56,40 ($\pm 31,27$; mediana 61,25) e as médias de cada item variou de 34,40 ($\pm 40,41$; mediana 10,00) a 75,60 ($\pm 35,06$; mediana 100,00).

Os escores de autoeficácia para cada item e para o DTCQ-8 completo foram obtidos por meio da média dos 8 itens em cada um dos grupos. É possível verificar-se que as médias mais elevadas ocorreram no item 3, com valores que variaram de 75,60 a 78,80; as médias menos elevadas ocorreram no item 4, com valores que variaram de 28,80 a 34,40. Entretanto, não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos ($p > 0,05$).

Para o grupo de outras drogas (50 participantes), foi constatado que o item 4 (“se eu quisesse testar se consigo usar, às vezes, sem me tornar dependente”), que corresponde ao “Domínio: teste de controle pessoal” apresentou uma menor média ($28,80 \pm 34,56$) de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir outras drogas nesta situação específica. A maior média ($78,80 \pm 33,66$) de autoeficácia foi para o item 3 (“se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido”), que corresponde ao “Domínio: emoções agradáveis”, demonstrando que não representa uma situação de alto risco para os usuários de outras drogas participantes do estudo.

Para o grupo de usuários de álcool, observou-se que o item 4 (“se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente”), que corresponde ao “Domínio: teste de controle pessoal”, apresentou menor média ($34,40 \pm 40,41$) de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir álcool nesta situação específica. A maior média ($75,60 \pm 35,06$) de autoeficácia foi para o item 3 (“se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido”), que corresponde ao “Domínio: emoções agradáveis”, demonstrando que não representa uma situação de alto risco para os alcoolistas participantes do estudo.

Tabela 17 – Escores de autoeficácia segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

Item do DTCQ-8	Grupos		Valor de p
	Álcool Média $\pm$ DP (Mediana)	Outras drogas Média $\pm$ DP (Mediana)	
1	54,40 $\pm$ 44,45 (60,00)	41,60 $\pm$ 35,88 (40,00)	$p^{(1)} = 0,111$
2	59,60 $\pm$ 41,70 (80,00)	69,20 $\pm$ 37,08 (80,00)	$p^{(1)} = 0,298$
3	75,60 $\pm$ 35,06 (100,00)	78,80 $\pm$ 33,66 (100,00)	$p^{(1)} = 0,564$
4	34,40 $\pm$ 40,41 (10,00)	28,80 $\pm$ 34,56 (0,00)	$p^{(1)} = 0,531$
5	52,00 $\pm$ 41,40 (60,00)	50,80 $\pm$ 38,80 (60,00)	$p^{(1)} = 0,845$
6	57,20 $\pm$ 42,95 (60,00)	56,80 $\pm$ 40,88 (60,00)	$p^{(1)} = 0,919$
7	56,40 $\pm$ 43,27 (70,00)	54,00 $\pm$ 37,74 (60,00)	$p^{(1)} = 0,719$
8	61,60 $\pm$ 40,78 (80,00)	56,40 $\pm$ 39,94 (60,00)	$p^{(1)} = 0,452$
DTCQ-8 total ⁽²⁾	56,40 $\pm$ 31,27 (61,25)	54,55 $\pm$ 25,05 (55,00)	$p^{(1)} = 0,563$

Fonte: Elaboração própria.

(1): Por meio do teste de Mann-Whitney; (2): DTCQ-8 total corresponde a média dos 8 itens.

A Tabela 18 mostra a classificação dos usuários de acordo com os níveis de autoeficácia, em baixa autoeficácia (DTCQ-8 < P20%), moderada autoeficácia (DTCQ-8 de P20% a P80%) e alta autoeficácia (DTCQ-8 > P80%). A maioria em cada grupo apresentou moderada autoeficácia, sendo 70% no grupo das outras drogas e 56% no grupo do álcool. O restante subdividiu-se de forma aproximada entre alta e baixa autoeficácia. Entretanto, não se

verificou diferença significativa ($p > 0,05$) entre os grupos em relação à classificação de acordo com os níveis de autoeficácia.

Tabela 18 – Classificação da autoeficácia dos participantes segundo o grupo que respondeu o TCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

Classificação da autoeficácia do DTCQ-8	Grupo				Grupo total		Valor de p	OR (IC 95%)
	Álcool		Outras drogas					
	N	%	N	%	N	%		
Baixa (DTCQ-8 < 20%)	9	18,0	8	16,0	17	17,0	p ⁽¹⁾ = 0,268	1,00
Moderada (DTCQ-8 de 20% a 80%)	28	56,0	35	70,0	63	63,0		0,71 (0,24 a 2,08)
Alta (DTCQ-8 > 80%)	13	26,0	7	14,0	20	20,0		1,65 (0,44 a 6,20)
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0		

Fonte: Elaboração própria.

(1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): DTCQ-8 total é a média dos 8 itens.

As experiências vividas em família contribuem para a formação de conceitos e comportamentos, principalmente quanto ao consumo de drogas. Sobre esse tema, os participantes foram assim questionados: “Quando o(a) sr(a) morava com seus pais, eles usavam álcool e/ou outras drogas?”

Das questões relacionadas ao histórico familiar de consumo de substâncias psicoativas, o uso de álcool pela mãe foi a única variável com diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$), sendo mais elevado o percentual das mães que utilizavam o álcool no grupo do álcool (74,1%) do que no grupo de outras drogas (46,2%).

A maioria dos 100 participantes tinha o pai usuário de alguma droga: 82% referente ao grupo do álcool e 76% no grupo de outras drogas. Entre os pais dos participantes do grupo do álcool, 90,2% usavam o álcool e 65,9% o tabaco. Entre os pais dos participantes do grupo de outras drogas, 86,8% consumiam o álcool e 65,8% o tabaco.

Mais da metade das mães dos pesquisados eram usuárias de substâncias psicoativas, sendo 54% mães dos participantes do grupo de álcool e 52% mães dos participantes do grupo de outras drogas. Para o grupo do álcool, suas mães usavam o álcool (74,1%) e o tabaco (63%). Para o grupo das outras drogas, suas mães usavam o álcool (46,2%) e o tabaco (76,9%).

Tais dados são descritos na Tabela 19.

Tabela 19 – Consumo de drogas pelos pais durante a infância e/ou adolescência segundo o grupo que respondeu o DTCQ-8 álcool ou DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

Variável	Grupo				Grupo Total		Valor de p	OR (IC 95%)
	Álcool		Outras drogas					
	N	%	N	%	N	%		
Pai usuário de drogas								
Sim	41	82,0	38	76,0	79	79,0	p ⁽¹⁾ = 0,461	1,44 (0,55 a 3,80)
Não	9	18,0	12	24,0	21	21,0		
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0		
Quais drogas seu pai usava?								
Álcool								
Sim	37	90,2	33	86,8	70	88,6	p ⁽²⁾ = 0,731	1,40 (0,35 a 5,66)
Não	4	9,8	5	13,2	9	11,4		
Tabaco								
Sim	27	65,9	25	65,8	5	65,8	p ⁽¹⁾ = 0,995	1,00 (0,40 a 2,54)
Não	14	34,1	13	34,2	27	34,2		
TOTAL	41	100,0	38	100,0	79	100,0		
Mãe usuária de drogas								
Sim	27	54,0	26	52,0	53	53,0	p ⁽¹⁾ = 0,841	1,08 (0,49 a 2,38)
Não	23	46,0	24	48,0	47	47,0		
TOTAL	50	100,0	50	100,0	100	100,0		
Quais drogas sua mãe usava?								
Álcool								
Sim	20	74,1	12	46,2	32	60,4	p ⁽¹⁾ = 0,038*	3,33 (1,05 a 10,59)
Não	7	25,9	14	53,8	21	39,6		
Tabaco								
Sim	17	63,0	20	76,9	37	69,8	p ⁽¹⁾ = 0,268	1,00
Não	10	37,0	6	23,1	16	30,2		
TOTAL	27	100,0	26	100,0	53	100,0		1,96 (0,59 a 6,52)

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; (2): Por meio do teste Exato de Fisher.

5.4.2 Validade de construto do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas obtida com base na amostra final

O DTCQ-8 foi submetido à validade de construto, por meio da análise fatorial e pela comparação de grupos contrastados (validade discriminante).

5.4.2.1 Análise fatorial

A viabilidade da utilização da análise fatorial foi verificada por meio da medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. Segundo Kaiser (1974), para KMO serão bons valores aqueles acima ou igual a 0,7 e aceitáveis aqueles maiores que 0,5.

Na presente pesquisa, o valor encontrado para o KMO na amostra final (100 usuários) foi de 0,869. Para o DTCQ-8 álcool, o KMO foi de 0,839; para o DTCQ-8 outras drogas, foi de 0,788. O teste de esfericidade de Bartlett demonstrou significância estatística ($p = 0,000$) para todos os valores de KMO, revelando que a análise fatorial é apropriada para analisar o DTCQ-8.

Para analisar a covariância entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson, também denominado de carga de um fator, com variação aceitável entre -1 e +1 (FIELD, 2009). Constitui uma medida de tamanho de efeito, sendo valores de $\pm 0,1$ efeito pequeno; de $\pm 0,3$ médio; e de $\pm 0,5$ grande.

Os Quadros 9 e 10 apresentam a Matriz de Correlação de acordo com os Coeficientes de Correlação de Pearson para ambas as versões do DTCQ-8. Para o DTCQ-8 outras drogas, o par 5 e 1 apresentou a maior correlação, $r = 0,697$; $p = 0,000$. O par 3 e 8 exibiu a menor correlação, $r = 0,076$; $p = 0,301$. Para o DTCQ-8 álcool, somente o item 6 obteve grande correlação como item 4, $r = 0,545$; $p = 0,000$. Todos os itens pareados com o item 7 e com o item 8, apresentaram grande correlação. O par 7 e 8 exibiu a maior correlação, $r = 0,720$; $p = 0,000$. A análise da matriz de correlação resultante da análise fatorial demonstrou que houve consistência na análise fatorial, pois todos os pares de itens apresentaram valores dentro dos limites aceitáveis.

Quadro 9 – Matriz de Correlação de acordo com os Coeficientes de Correlação de Pearson do DTCQ-8 outras drogas

Itens	Itens							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1,000	,584	,482	,370	,697	,516	,405	,494
2	,584	1,000	,539	,229	,525	,510	,104	,172
3	,482	,539	1,000	,206	,423	,365	,116	,076
4	,370	,229	,206	1,000	,336	,153	,254	,378
5	,697	,525	,423	,336	1,000	,444	,619	,415
6	,516	,510	,365	,153	,444	1,000	,183	,223
7	,405	,104	,116	,254	,619	,183	1,000	,549
8	,494	,172	,076	,378	,415	,223	,549	1,000

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 10 – Matriz de Correlação de acordo com os Coeficientes de Correlação de Pearson do DTCQ-8 álcool

Itens	Itens							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1,000	,470	,309	,450	,423	,496	,634	,708
2	,470	1,000	,440	,284	,613	,414	,515	,601
3	,309	,440	1,000	,391	,633	,545	,565	,547
4	,450	,284	,391	1,000	,407	,522	,366	,357
5	,423	,613	,633	,407	1,000	,455	,549	,709
6	,496	,414	,545	,522	,455	1,000	,684	,520
7	,634	,515	,565	,366	,549	,684	1,000	,720
8	,708	,601	,547	,357	,709	,520	,720	1,000

Fonte: Elaboração própria.

Os Quadros 11 e 12 mostram autovalores dos itens do DTCQ-8 outras drogas e DTCQ-8 álcool. Dessa avaliação, identificaram-se quatro componentes lineares que foram responsáveis por 82,149% da variância total dos dados relativos ao DTCQ-8 outras drogas e por 85,903% para o DTCQ-8 álcool. Assim, essa variância cumulativa foi o critério para identificar esses quatro componentes distribuídos na matriz de componentes.

Quadro 11 – Variância explicada (autovalores) e os percentuais de variação de cada item do DTCQ-8 outras drogas

Itens	Autovalor inicial			Soma da extração das cargas fatoriais		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	3,693	46,160	46,160	3,693	46,160	46,160
2	1,417	17,707	63,868	1,417	17,707	63,868
3	,816	10,196	74,064	,816	10,196	74,064
4	,647	8,085	82,149	,647	8,085	82,149
5	,480	5,995	88,144			
6	,437	5,467	93,610			
7	,315	3,941	97,551			
8	,196	2,449	100,000			

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 12 – Variância explicada (autovalores) e os percentuais de variação de cada item do DTCQ-8 álcool

Itens	Autovalor inicial			Soma da extração das cargas fatoriais		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	4,624	57,799	57,799	4,624	57,799	57,799
2	,864	10,804	68,602	,864	10,804	68,602
3	,780	9,752	78,354	,780	9,752	78,354
4	,604	7,549	85,903	,604	7,549	85,903
5	,448	5,601	91,504			
6	,292	3,653	95,157			
7	,224	2,798	97,955			
8	,164	2,045	100,000			

Fonte: Elaboração própria.

Os Quadros 13 e 14 mostram a extração dos fatores ou componentes ou domínios, antes de rotacionar (Varimax). A distribuição das variáveis entre os quatro componentes é feita de acordo com a variância correspondente para o DTCQ-8 outras drogas e o DTCQ-8 álcool. O componente 1 mostra a média ponderada dos coeficientes, refletindo a importância ou cargas fatoriais das variáveis (itens do instrumento), que, para o estudo, são os domínios primários. Os componentes 2, 3 e 4 correspondem aos domínios secundários, que, para o instrumento original, estão organizados em situações positivas (itens 3 e 8), situações negativas (itens 1, 2 e 6) e situações de tentação (itens 4, 5 e 7).

Quadro 13 – Matriz de Componentes com os itens distribuídos nos quatro componentes encontrados nos dados relativos ao DTCQ-8 outras drogas

Itens do DTCQ-8	Componentes			
	1	2	3	4
1	,869			
2	,699	-,500		
3	,596	-,509	,134	-,432
4	,506	,271	,776	
5	,851		-,192	-,214
6	,638	-,348	-,231	,529
7	,592	,601	-,321	-,256
8	,597	,584		,244

Fonte: Elaboração própria.

A análise do Quadro 13 mostra que, para o DTCQ-8 outras drogas, o confronto entre os itens evidenciou, nos três componentes (2, 3 e 4), que os coeficientes negativos foram distribuídos para pelo menos um item referente ao domínio situação negativa. Os itens 1, 2 e 5 não obtiveram coeficiente positivo em nenhum dos componentes. Os itens 4 e 8 não obtiveram coeficiente negativo em nenhum dos componentes. Os itens 3, 6 e 7 não obtiveram coeficiente desconsiderável.

Quadro 14 – Matriz de Componentes com os itens distribuídos nos quatro componentes encontrados nos dados relativos ao DTCQ-8 álcool

Itens	Componentes			
	1	2	3	4
1	,743	,134	-,565	
2	,716	-,402		,284
3	,730		,535	-,191
4	,597	,637	,155	,438
5	,795	-,299	,270	,224
6	,762	,368		-,322
7	,842		-,155	-,368
8	,863	-,223	-,209	

Fonte: Elaboração própria.

A análise do Quadro 14 mostra que, para o DTCQ-8 álcool, o confronto entre os itens evidenciou, nos três componentes (2, 3 e 4), que os coeficientes negativos foram distribuídos para um item de cada domínio secundário. Os itens 7 e 8 não obtiveram coeficiente positivo em nenhum dos componentes. O item 4 não obteve coeficiente negativo em nenhum dos componentes. Os itens 4 e 5 não obtiveram coeficiente desconsiderável.

A análise desses quadros permitiu identificar-se, no componente 1, que as oito variáveis (domínios primários) do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas apresentaram cargas fatoriais elevadas, confirmando sua importância para o instrumento. As demais análises serão apresentadas separadamente, de acordo com o instrumento respondido.

Após a extração dos fatores descrita acima, realizou-se a rotação pelo método Varimax, que indica a relação das variáveis com cada fator, por meio das cargas fatoriais (FIELD, 2009).

O Quadro 15 mostra a matriz de correlação entre os itens e os domínios do DTCQ-8 outras drogas. A rotação varimax agregou os itens em domínios, de acordo com a importância de seus fatores para cada domínio, evidenciada pelo valor de suas cargas fatoriais.

Na análise do Quadro 15, verificou-se que, para o DTCQ-8 outras drogas, os itens 5, 7 e 8 foram agregados ao domínio 1. Ao domínio 2, agregaram-se os itens 2 e 3. Ao domínio 3, agregaram-se os itens 1 e 6. O item 4 agregou-se ao domínio 4. Os itens agruparam-se entre os domínios secundários de forma diferente da que ocorreu no instrumento original. Somente os itens 1 e 6 comportaram-se como no instrumento original, agrupando-se em um mesmo domínio secundário.

Quadro 15 – Matriz de Correlação entre os itens e os domínios do DTCQ-8 outras drogas, segundo fatorial pelos componentes principais e rotação varimax

Itens Domínios Primários	Domínios Secundários			
	1	2	3	4
1	,105	,094	,198	,067
2	-,160	,273	,259	,018
3	-,066	,720	-,324	-,036
4	-,195	,021	-,144	,955
5	,344	,253	-,094	-,173
6	-,125	-,296	,851	-,109
7	,621	,026	-,270	-,242
8	,281	-,381	,213	,263

Fonte: Elaboração própria.

O Quadro 16 mostra a matriz de correlação entre os itens e os domínios do DTCQ-8 álcool. A rotação varimax agregou os itens em domínios de acordo com a importância de seus fatores para cada domínio, evidenciada pelo valor de suas cargas fatoriais.

A análise do Quadro 16 evidenciou que, para o DTCQ-8 álcool, os itens 2 e 5 foram agregados ao domínio 1. Ao domínio 2, agregaram-se os itens 1 e 8. Ao domínio 3, agregaram-se os itens 3, 6 e 7. O item 4 agregou-se ao domínio 4. Os itens agruparam-se entre os domínios secundários de forma diferente da que ocorreu no instrumento original.

Quadro 16 – Matriz de Correlação entre os itens e os domínios do DTCQ-8 álcool, segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação varimax

Itens	Domínios Secundários			
	1	2	3	4
1	-,118	,678	-,324	,104
2	,585	,022	-,347	-,037
3	,160	-,439	,616	-,069
4	-,031	-,135	-,189	1,035
5	,567	-,277	-,051	,073
6	-,391	,114	,576	0,80
7	-,222	,354	,410	-,318
8	,209	,300	-,074	-,185

Fonte: Elaboração própria.

Considera-se que o resultado da análise estatística realizada não minimiza o valor da mensuração dos instrumentos DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas, pois apenas relocou os itens em outros agrupamentos chamados domínios.

5.4.2.2 Comparação de Grupos contrastados: validade discriminante

Na Tabela 20 são apresentadas as comparações entre os grupos contrastados, enfocando o DTCQ-8 completo (média dos 8 itens) e os três domínios: situações negativas (média dos itens 1, 2 e 6), situações positivas (média dos itens 3 e 8) e situações de tentação (médias dos itens 4, 5 e 7) por grupo.

Percebeu-se que o DTCQ-8 álcool e o DTCQ-8 outras drogas, nos grupos contrastados, apresentaram variação de médias entre todos os domínios nesses grupos. De acordo com a Tabela 20, o domínio ‘Situações positivas (itens: 3 e 8)’ apresentou maior média de escores para ambos os grupos de usuários, sendo 67,60 no grupo de outras drogas e 68,60 no grupo do álcool. O domínio “Situações de tentação (itens: 4, 5 e 7)” apresentou menor média para ambos os grupos de usuários, sendo 44,53 no grupo de outras drogas e 47,60 no grupo do álcool. Para nenhuma das 4 variáveis se comprova diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

Tabela 20 – Distribuição das médias do DTCQ-8 total e os domínios entre o grupo de usuários de álcool e de outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 completa e Domínios secundários	Estatísticas	Grupo		Valor de p
		Álcool	Outras drogas	
Média do instrumento completo	Média	56,40	54,55	$p^{(1)} = 0,563$
	Desvio padrão	31,27	25,05	
	Mediana	61,25	55,00	
Situações negativas	Média	57,07	55,87	$p^{(1)} = 0,755$
	Desvio padrão	34,45	31,53	
	Mediana	66,67	60,00	
Situações positivas	Média	68,60	67,60	$p^{(1)} = 0,524$
	Desvio padrão	33,38	27,07	
	Mediana	75,0	70,00	
Situações de tentação	Média	47,60	44,53	$p^{(1)} = 0,721$
	Desvio padrão	33,05	28,87	
	Mediana	46,67	46,67	

Fonte: Elaboração própria.

(1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

A comparação dos grupos contrastados foi realizada para avaliar a existência de diferenças nos escores de autoeficácia entre os participantes dos seguintes grupos tanto nos escores totais quanto nos domínios do DTCQ-8: usuários de álcool e de outras drogas (Tabela 21) e de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa entre os usuários do grupo de outras drogas (Tabela 22).

A Tabela 21 mostra a distribuição das médias do DTCQ-8 álcool e dos domínios entre o grupo de usuários de álcool de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa. Os participantes que utilizaram drogas em idade igual ou superior a 14 anos obtiveram médias maiores nas quatro variáveis. Entretanto, identificou-se diferença significativa na variável DTCQ-8 completo, sendo a média de 46,48 para a idade de primeiro consumo de até 13 anos e 64,20 para a idade de 14 anos ou mais ($p = 0,046$). Percebeu-se ainda diferença significativa nas situações negativas, sendo a média de 43,33 para a idade de primeiro consumo de até 13 anos, e 67,86 para a idade de 14 anos ou mais ($p = 0,011$).

Nas Tabelas 21 e 22, os mesmos resultados da Tabela 20 são apresentados segundo a idade de consumo da primeira droga, sendo uma tabela para cada grupo de participantes.

Tabela 21 – Distribuição das médias do DTCQ-8 total e dos domínios entre o grupo de usuários de álcool de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 completo e Domínios secundários	Estatísticas	Idade do consumo da primeira droga		Valor de p
		Até 13 anos	14 ou mais	
Média do instrumento completo	Média	46,48	64,20	$p^{(1)} = 0,046^*$
	Desvio padrão	33,50	27,54	
	Mediana	46,25	68,75	
Situações negativas	Média	43,33	67,86	$p^{(2)} = 0,011^*$
	Desvio padrão	34,41	30,95	
	Mediana	46,67	73,33	
Situações positivas	Média	60,91	74,64	$p^{(2)} = 0,283$
	Desvio padrão	39,15	27,28	
	Mediana	60,00	80,00	
Situações de tentação	Média	40,00	53,57	$p^{(2)} = 0,174$
	Desvio padrão	34,79	30,92	
	Mediana	36,67	56,67	

Fonte: Elaboração própria.

(*): Diferença significativa a 5%; (1): Por meio do teste t-Student com variâncias iguais; (2): Por meio do teste Mann-Whitney.

A Tabela 22 mostra a distribuição das médias do DTCQ-8 outras drogas e dos domínios entre o grupo de usuários de outras drogas de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa. Os participantes que utilizaram drogas em idade

igual ou superior a 14 anos obtiveram médias maiores nas quatro variáveis. As médias foram de 58,33 para o DTCQ-8 completo; 60,25 para as situações negativas; 70,74 para as situações positivas; e 48,15 para as situações de tentação. Não foram verificadas diferenças significativas entre as duas faixas etárias em nenhuma das 4 variáveis ($p > 0,05$).

Tabela 22 – Distribuição das médias do DTCQ-8 total e dos domínios entre o grupo de usuários de outras drogas de acordo com a idade do primeiro consumo de qualquer substância psicoativa na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 completa e Domínios secundários	Estatísticas	Idade do consumo da primeira droga		Valor de p
		Até 13 anos	14 ou mais	
Média do instrumento completo	Média	50,11	58,33	$p^{(1)} = 0,251$
	Desvio padrão	23,63	26,04	
	Mediana	52,50	57,50	
Situações negativas	Média	50,72	60,25	$p^{(2)} = 0,354$
	Desvio padrão	33,86	29,32	
	Mediana	53,33	60,00	
Situações positivas	Média	63,91	70,74	$p^{(2)} = 0,358$
	Desvio padrão	27,92	26,45	
	Mediana	60,00	80,00	
Situações de tentação	Média	40,29	48,15	$p^{(1)} = 0,251$
	Desvio padrão	27,23	30,23	
	Mediana	40,00	46,67	

Fonte: Elaboração própria.

(1): Por meio do teste t-Student com variâncias iguais; (2): Por meio do teste Mann-Whitney.

5.4.3 Confiabilidade do DTCQ-8 outras drogas obtida com base na amostra final

A Tabela 23 mostra que o DTCQ-8 outras drogas apresentou um alfa de Cronbach 0,825, sendo considerado um bom instrumento para medir a autoeficácia de usuários de outras drogas para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco. Entretanto, ao se fazer a exclusão de cada item, os valores variaram de 0,772 a 0,823, sendo 0,7 considerado aceitável e 0,8 confere boa confiabilidade para o instrumento. O Coeficiente de Correlação de Spearman entre cada item e o instrumento completo apresentou uma grande correlação, salvo nos itens 3 e 4, que apresentaram média correlação.

Tabela 23 – Valores de Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 outras drogas	Correlação Item-total* r	Alfa se Deletado o item
1. se, por algum motivo, eu estivesse com raiva	0.859	0.830
2. se eu tivesse problemas para dormir	0.772	0.773
3. se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido	0.653	0.627
4. se eu quisesse testar se consigo usar_____, às vezes, sem me tornar dependente	0.803	0.812
5. se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____	0.487	0.603
6. se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos	0.816	0.815
7. se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar_____	0.499	0.640
8. se eu quisesse comemorar com um amigo	0.823	0.814

Fonte: Elaboração própria.

* Coeficiente de Correlação de Spearman.

Nota: Alfa de Cronbach para o instrumento completo foi de 0.825.

A Tabela 24 mostra a confiabilidade interna do DTCQ-8 outras drogas segundo seus domínios, demonstrando a possibilidade ou não de mensurações da autoeficácia de usuários de outras drogas de resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco, baseadas somente nos domínios. Ao analisar os valores do alfa de Cronbach por domínio, verifica-se uma diminuição da consistência interna do instrumento, recomendando a utilização do DTCQ-8 completo (instrumento de 8 itens). Somente o domínio situações negativas obteve alfa de Cronbach aceitável (0,773).

Tabela 24 – Valores do Alfa de Cronbach do DTCQ-8 outras drogas na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 outras drogas e Domínios	Alfa de Cronbach
Oito itens da DTCQ-8 (instrumento completo)	0,825
Domínio: Situações negativas (somente os itens - 1, 2 e 6)	0,773
Domínio: Situações positivas (somente os itens - 3 e 8)	0,139
Domínio: Situações de tentação (somente os itens - 4, 5 e 7)	0,675

Fonte: Elaboração própria.

5.4.4 Confiabilidade do DTCQ-8 álcool obtida com base na amostra final

A Tabela 25 mostra que o DTCQ-8 álcool apresentou um alfa de Cronbach 0,893, sendo considerado um bom instrumento para medir a autoeficácia de usuários de álcool para resistir ao desejo de consumir esta substância em situações de alto risco. Ao se fazer a exclusão de cada item, os valores variaram de 0,867 a 0,895, mantendo uma boa confiabilidade para o instrumento.

Tabela 25 – Valores de Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação de Spearman do DTCQ-8 álcool na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 álcool	Item-total Correlação* R	Alfa se deletado o item
1. se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.	0.725	0.881
2. se eu tivesse problemas para dormir.	0.710	0.885
3. se eu lembrasse alguma coisa boa que tivesse acontecido.	0.680	0.883
4. se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente.	0.607	0.895
5. se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber.	0.774	0.876
6. se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.	0.780	0.879
7. se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber.	0.861	0.870
8. se eu quisesse comemorar com um amigo.	0.820	0.867

Fonte: Elaboração própria.

* Coeficiente de Correlação de Spearman.

Nota: Alfa de Cronbach para o instrumento completo foi de 0.893.

A Tabela 26 descreve a confiabilidade interna do DTCQ-8 álcool segundo seus domínios, demonstrando a possibilidade de mensurações baseadas somente nos domínios. A análise dos valores do alfa de Cronbach por domínio demonstrou que o DTCQ-8 álcool manteve uma consistência interna aceitável para mensuração da autoeficácia somente por meio de seus domínios isoladamente.

Tabela 26 – Valores de Alfa de Cronbach do DTCQ-8 álcool na amostra final – Recife – jun. 2015

DTCQ-8 álcool e Domínios	Alfa de Cronbach
Oito itens da DTCQ-8 (instrumento completo)	0,893
Domínio: Situações negativas (somente os itens - 1, 2 e 6)	0,719
Domínio: Situações positivas (somente os itens - 3 e 8)	0,702
Domínio: Situações de tentação (somente os itens - 4, 5 e 7)	0,703

Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

Este estudo tem como objetivo validar o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* para uso no Brasil. O instrumento possui duas versões, DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas, com o intuito de mensurar a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir essas substâncias em situações de alto risco.

Os resultados desta pesquisa constataam que as características sociodemográficas dos usuários de álcool e/ou outras drogas brasileiros foram semelhantes aos usuários de outros países (ABDOLLAHI et al., 2014; FERREIRA; MOUTINHO, 2013; KRAUS et al., 2012).

Entre os 180 usuários investigados, verificou-se que a média de idade foi maior entre os usuários de álcool do que entre os usuários de outras drogas; semelhanças foram identificadas em estudos internacionais (DEMMELOZANO; STEPHENS; ROFFMAN, 2006; SÁNCHEZ-HERVÁS; DEL POZO, 2012). Essa característica justifica-se pela demora dos usuários em identificar e perceberem os prejuízos do álcool na saúde física e mental, buscando tratamento em idade mais avançada e quando há um comprometimento de sua saúde geral, inclusive na qualidade de vida (VALENTIM; SANTOS; RIBEIRO, 2014).

Apesar de a amostra do estudo em questão ser composta principalmente de homens, o consumo de álcool e/ou de outras drogas por mulheres tem sido crescente nas últimas décadas, constituindo um problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Ao consumir drogas, a mulher rompe com modelo feminino previamente estabelecido para ela ao longo dos anos (MOKI, 2005). Ademais, os modelos de tratamento foram estruturados e embasados nas características masculinas, sem considerar peculiaridades do sexo feminino; como consequência, as mulheres ficaram por muito tempo subestimadas nas pesquisas (PILLON et al., 2014).

Um estudo brasileiro com resultado semelhante recomenda práticas de busca ativa no território e intervenções de saúde na atenção básica de recrutamento das mulheres usuárias de álcool e/ou outras drogas (BOLZAN, 2015). Além disso, abordagens de questões de gênero para a construção de projeto terapêutico singular específico para mulheres podem contribuir para o tratamento delas (SILVA; PEREIRA, 2015).

O consumo de álcool e/ou outras drogas tem ocorrido em idades cada vez mais precoces (DONATH et al., 2011; FRAGA et al., 2011; MADRUGA et al., 2011; OLIVEIRA, I., 2007; REIS; OLIVEIRA, 2015). Nos resultados desta pesquisa, identificou-se menor idade média de iniciação do consumo dessas substâncias ao se comparar com resultados de outros estudos brasileiros (BRASIL, 2013b; CARLINI et al., 2010; LARANJEIRA, 2014; SANTOS;

ROCHA; ARAÚJO, 2014) e semelhanças, quanto à idade média de iniciação ao consumo de drogas, com estudo internacional (PASHAEI et al., 2013).

O consumo precoce de substâncias psicoativas tem sido relacionado à dinâmica comportamental do adolescente e às características próprias de seu desenvolvimento físico e psíquico. A tendência para assumir riscos e para procurar sensações de prazer pode levá-lo a consumir substâncias lícitas ou ilícitas e a potenciais problemas de saúde no longo prazo (BAVA; TAPERT, 2010).

A susceptibilidade do adolescente ao uso do álcool, associada a fatores incentivadores e/ou facilitadores desse consumo, tais como publicidade (FARIA et al., 2011) e baixos preços (JONES; MAGEE, 2011), são motivos que contribuem para a iniciação ao consumo dessa substância. O consumo de bebidas alcoólicas na adolescência relaciona-se ao desenvolvimento de abuso ou dependência de álcool na idade adulta, além do aumento da tendência a associar o consumo de álcool ao de drogas ilícitas (SILVEIRA et al., 2008; STOLLE; SACK; THOMASUS, 2009). Tal fato foi também identificado nos resultados desta pesquisa, visto que a maioria dos adultos usuários de álcool e/ou outras drogas em tratamento iniciaram o consumo dessas substâncias na adolescência.

Pensando na sociedade como fator coadjuvante da drogadição e na família como núcleo básico da sociedade, é possível considerar a influência desses sistemas na iniciação e manutenção do consumo de substâncias psicoativas. Um ambiente familiar com abuso de drogas, atos de violência, conflitos e rupturas é um fator de predisposição ao consumo de substâncias psicoativas (SELEGHIM et al., 2011). Além disso, uma sociedade omissa sinaliza que o fenômeno é aceitável ou tolerado como parte da vida humana (LEITE, 2014). O papel das famílias nos processos evolutivos saudáveis tem sido relacionado à proteção de seus membros, no intuito de minimizar os efeitos da exposição do indivíduo aos fatores de risco (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008).

O consumo de álcool e/ou outras drogas por familiar que convive com o usuário é considerado um fator de risco familiar. Em dois estudos brasileiros, a maioria dos participantes relatou que seu familiar, pai e/ou mãe, possuía problemas com o consumo de álcool (RIGONI et al., 2014; SANCHEZ; NAPPO, 2002). Estudo internacional identificou que os usuários em tratamento, que possuíam pelo menos um familiar usuário de drogas, apresentaram baixos níveis de autoeficácia para resistir ao desejo de consumir substâncias em situações de alto risco (ABDOLLAHI et al., 2014).

Do exposto, percebe-se que a família poderá desempenhar papel protetor ou estimulador/permissor em relação ao consumo de substâncias psicoativas por seus membros.

Ademais, o uso de álcool pelos pais e sua permissividade ao uso de álcool pelos filhos podem ser decisivos na experimentação e no consumo abusivo de bebidas alcoólicas (FREITAS et al., 2014).

A inserção dos familiares no tratamento dos usuários de álcool e/ou outras drogas é muito importante, tendo em vista a individualidade no processo do cuidar desses indivíduos, que abrange aspectos gerais de sua vida, como trabalho, projetos de vida, saúde, educação, reconquista de laços familiares, afetividade, reinserção social, responsabilidade, autonomia e cidadania (OLIVEIRA, I., 2007; PINTO et al., 2011).

Os dados sobre a violência praticada por usuários de álcool e/ou outras drogas da presente pesquisa foram semelhantes aos de um estudo brasileiro (LARANJEIRA, 2014). A violência urbana é utilizada como meio de obtenção da substância e associada ao tráfico de drogas ilícitas (SAPORI; SENA; SILVA, 2012). Ademais, nesse contexto, a violência contra a mulher é ainda mais frequente, ocasionando repercussões em sua saúde física e psíquica, bem como desagregação dos laços familiares (VIEIRA et al., 2014).

O uso de ferramentas robustas e adequadas por profissionais e pesquisadores para identificar a confiança dos usuários frente às situações de alto risco é importante para direcionar ações de proteção e a essa população, o que justifica a relevância da adaptação e validação do DTCQ-8 álcool e o DTCQ-8 outras drogas.

A realização da adaptação transcultural de instrumentos exige o consentimento dos autores, como recomendado por Schuester, Hahn e Ettlin (2010) e pode ser executada por meio de vários percursos metodológicos (BERNARDO et al., 2013). Entretanto, o pesquisador deverá seguir rigorosamente o método escolhido para sua pesquisa (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). A adaptação transcultural promove ainda a verificação das validades de face e de conteúdo por um comitê de especialistas e pela população alvo (TEO et al., 2015).

O processo de adaptação transcultural deve perceber o fenômeno, o contexto e a cultura, considerando aspectos linguísticos para preservar o significado da construção avaliada, verificando o alcance e as especificidades inerentes a cada idioma (MATTOS et al., 2006; SYMON et al., 2013). Na etapa de análise pelo comitê de especialistas, as diferentes formações profissionais, contribuem para uma análise sob várias percepções e pontos de vista (CARVALHO et al., 2014; TOUMA et al., 2011). Aspecto importante também para a prática clínica, pois está em consonância com a Política do Ministério da Saúde do Brasil para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, que preconiza o cuidado embasado na clínica ampliada (BRASIL, 2007a; CAMPOS; AMARAL, 2007).

As modificações oriundas do processo de adaptação transcultural objetivam manter as propriedades psicométricas do instrumento original, sendo consideradas naturais e necessárias, pois têm o escopo de facilitar a compreensão da população alvo (AWAISU et al., 2010; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; GUDMUNDSSON, 2009).

Uma adaptação transcultural adequada é fundamental para a utilização de um instrumento de medida elaborado em outro idioma e cenário, diminuindo o risco de viés cultural e social (AWAISU et al., 2010; GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010), além de promover modificações no intuito de clarificar conceitos ambíguos e contribuir para a melhor compreensão do instrumento pela população alvo).

A verificação das propriedades psicométricas constitui um procedimento essencial para a validação de instrumentos de medida de um fenômeno (SILVEIRA, M., et al., 2013). Geralmente é realizada por meio da análise da validade e confiabilidade. As validades de face, de conteúdo e de construto são as mais utilizadas e a confiabilidade é medida principalmente pelo alfa de Cronbach (PASQUALI, 2010).

Neste estudo, a verificação da validade de construto demonstrou o agrupamento dos itens em fatores ou domínios por meio da análise fatorial, diferente do descrito pelos autores do instrumento original (SKLAR; ANNIS; TURNER, 1997), porém, semelhante ao verificado por outros estudos brasileiros (OLIVEIRA, M., 2014; ORIÁ; XIMENES, 2010). Entretanto, o DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas mantiveram uma estrutura estável, como o ocorrido em outras pesquisas brasileiras (OLIVEIRA, M., 2014).

A confiabilidade é considerada um importante critério para avaliação de instrumentos, sendo inferida, principalmente, por meio do alfa de Cronbach, que mede a consistência interna do instrumento (LEONG et al., 2005; LIPS; VAN SCHOOR, 2005; POLIT; BECK, 2011). O DTCQ-8 álcool e o DTCQ-8 outras drogas obtiveram índices correspondentes a boa consistência interna (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009; GLIEM, J.; GLIEM, R., 2003), corroborando outros estudos brasileiros (OLIVEIRA, M., 2014; ORIÁ; XIMENES, 2010).

Um instrumento válido e confiável para medir a autoeficácia contribui substancialmente para o planejamento e a avaliação das ações de saúde direcionadas a essa população (BILLINGHAM et al., 2012), sendo fonte de evidência científica para pesquisas e prática clínica.

Vários aspectos de autoeficácia têm sido estudados e mensurados entre adolescentes e adultos, inclusive a autoeficácia para resistir ao desejo de consumir substâncias psicoativas em situações de alto risco, sendo o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) um dos instrumentos de medida desse fenômeno (VETTESE et al., 2014).

Os resultados da presente pesquisa evidenciaram baixos escores de autoeficácia relacionados ao Domínio “teste de controle pessoal” e, neste aspecto, escores semelhantes foram encontrados em outros estudos (BERRY et al., 2012; SENBANJO et al., 2009). A maioria dos participantes foi classificada em moderada autoeficácia, podendo representar uma característica importante de uma dinâmica comportamental dos usuários que buscam tratamento (ABDOLLAHI et al., 2014).

Emoções agradáveis foram situações que refletiram maiores médias de autoeficácia, demonstrando que os participantes estão conseguindo resistir ao desejo de consumir substâncias psicoativas quando se sentem felizes, situação também evidenciada em estudos realizados em outros contextos. Dessa forma, o estímulo à busca de novas formas de prazer poderá ser incorporado ao projeto terapêutico singular dos usuários em tratamento (HORI; NASCIMENTO, 2014; VASCONCELOS; FRAZÃO; RAMOS, 2012). Assim, o ponto de vista do usuário sobre o seu padrão de comportamento e dos problemas associados contribui para a compreensão desse fenômeno e para o seu gerenciamento (CHAVES et al., 2011; FERNANDES et al., 2010; KRENEK; MAISTO, 2013).

7 CONCLUSÃO

O abuso e a dependência de drogas, considerados graves problemas de saúde pública no mundo, têm exigido de todos os países, dentre eles o Brasil, grandes investimentos em políticas públicas e incentivo à pesquisa voltados para o tratamento dessa clientela. Para medir a confiança do usuário de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir essas substâncias em situações de alto risco, foi criado o *Drug-Taking Confidence Questionnaire*, instrumento validado para medir esse fenômeno e nortear as intervenções nos cuidados de saúde dirigidos a esse público.

O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural e a validação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas).

Tratou-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado em Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas localizados na cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco.

As médias dos índices de concordância para ambas as versões do instrumento foram iguais. Os valores das equivalências semântica (0,989; 0,989; 1,00), idiomática (0,967), experiencial (0,956), conceitual (0,978) e da validação de conteúdo relativo à clareza de linguagem (0,972), pertinência prática (0,958), relevância teórica (0,958) e para dimensão teórica (1,00) demonstraram que o processo de adaptação transcultural e validação do instrumento foi satisfatório.

Em relação à autoeficácia para resistir ao desejo de consumir as drogas, a média dos escores total do DTCQ-8 versão álcool foi de 68,06 para a mostra pré-final (60% classificado em moderada autoeficácia) e 56,40 para a amostra final (56% classificado em moderada autoeficácia). Da mesma forma, o DTCQ-8 versão outras drogas obteve média de 66,00 para a amostra pré-final (67,50% classificado em moderada autoeficácia) e 54,55 para a amostra final (70% classificado em moderada autoeficácia).

O coeficiente alfa de Cronbach do instrumento completo DTCQ-8 álcool foi de 0,875 na amostra pré-final e 0,893 na amostra final. Igualmente, o instrumento completo DTCQ-8 outras drogas foi 0,889 na amostra pré-final e 0,825 na amostra final.

A análise dos resultados do presente estudo possibilita concluir-se que o DTCQ-8 versão álcool e versão outras drogas é de fácil aplicação e compreensão, e foi adequado para mensurar a autoeficácia do usuário de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco, no contexto do Brasil. Portanto, o DTCQ-8 pode ser considerado válido e confiável para uso no Brasil.

Ressalta-se que estudos desta natureza, de adaptação transcultural e validação de instrumentos de mensuração, por serem fundamentais para a compreensão dos fatores que podem interferir no processo de cuidar, precisam ser permanentemente realizados para, cada vez mais, possibilitarem o aprofundamento do conhecimento sobre esses processos e assegurar intervenções mais seguras nos cuidados de saúde.

Espera-se que o DTCQ-8, em suas duas versões, validado culturalmente para o contexto brasileiro, contribua com a prática profissional no cuidado aos usuários de álcool e/ou outras drogas, promovendo a inserção desse público alvo na sociedade, prevista nas atuais diretrizes brasileiras direcionadas a essa clientela, por ajudá-los a enfrentar as situações de alto risco, resistindo ao desejo de consumir essas substâncias.

Ademais, a contribuição para a pesquisa científica relaciona-se à disponibilização de um instrumento válido e confiável para mensurar a autoeficácia de brasileiros usuários de álcool e/ou outras drogas para resistir ao desejo de consumir essas substâncias em situações de alto risco. O estudo contribuiu ainda com a produção de evidência científica para a prática clínica e para a formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação, ampliando o contato dos estudantes com a utilização de instrumentos de mensuração de um fenômeno.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHI, Z. et al. Relationship between addiction relapse and self-efficacy rates in injection drug users referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. *Global J. Health Sci.*, v. 6, n. 3, p. 138-144, 2014.
- ALMEIDA, R.M.M.; FLORES, A.C.S.; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013.
- ALTMAN, D.G. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall, 1991.
- ANNIS, H.M.; GRAHAM, J. M. Profile types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychol. Addic. Behav.*, Washington, v. 9, n. 3, p. 76-182. 1995.
- ANNIS, H.M.; MARTIN, G. *The Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1985.
- ANNIS, H.M.; SCHOBBER, R.; KELLY, E. Matching addiction outpatient counseling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention counselling. *Experim. Clinic. Psychopharmac.*, Washington, v. 4, . 1, p. 37-45, 1996.
- ANNIS, H.M.; SKLAR, S.M.; TURNER, N.E. *The Drug-Taking Confidence Questionnaire: user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1997.
- AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Programa saúde da família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 905-914, abr. 2008.
- AWAISU, A. et al. Measurement of nicotine withdrawal symptoms: linguistic validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) in Malay. *BMC Med. Research Methodol.*, London, v. 10, n. 46, p. 1-7, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/46>>. Acesso em: 13 jul. 2014.
- AZZI, R.G.; POLYDORO, S.A.J. *Auto-eficácia em diferentes contextos*. São Paulo: Alínea, 2006.
- BANDURA, A. A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychol. Scien.*, [s.l.], v. 10, n. 3, Special Section, p. 214-217, May 1999.
- _____. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: BANDURA, A. (Ed.). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press, 1995. p. 1-45.
- _____. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behav.*, New York, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.
- BANDURA, A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy Research*, New York, v. 8, n. 3, p. 231-255, 1984.

_____. Self-efficacy mechanisms in physiological activation and health- promoting behavior. In: MADDEM, J.; MATHYSSE, J.; BARCHAS, J. (Ed.). *Adaption, learning, and affect*. New York: Raven Press, 1992. p. 229-269.

_____. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: SCHWARZER, R. (Ed.). *Self-efficacy thought control of action*. Washington. DC: Hemisphere, 1992. p. 355-394.

_____. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York [S.I.]: Worth Publishers, 1997.

_____. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Review*, Washington, n. 84, p. 191-215, 1977b.

_____. Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychol.*, Washington, v. 37, p. 122-147, 1982.

_____. *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Englewoods Cliffs; Prentice Hall, 1986.

_____. Human agency in social cognitive theory. *Am. Psychol.*, Washington, v. 44, n. 9, p. 1175-1184, 1989.

_____. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press, 1994. v. 4, p. 71-81.

_____. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychol. Rev.*, Washington, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977c.

_____. *Social learning theory*. NewYork: Englewood Cliffs; Prentice-Hall, 1977a.

_____. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *J. Social Clinical Psychol.*, New York, v. 4, n. 3, p. 359-573, 1986.

BANDURA, A.; ADAMS, N.E. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Ther. Research*, New York, v. 1, n. 4, p. 287-310, 1977d.

BARBOSA, R.C.M.B. Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BAVA, S.; TAPERT, S.F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev.*, New York, v. 20, n. 4, p. 398-413, 2010.

BEATON, D.E. et al. *Recommendations for the corss-cultural adaptation of DASH & QuickDASH outcome measures*. [S.I.]: Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/x-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

BEATON, D.E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, United States, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECK, L.M.; DAVID, H.M.S.L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 706-711, 2007.

BERNARDO, E. B. R. et al. Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 592-598, jul./ago. 2013.

BERRY, S.L. et al. Growth and Empowerment for Indigenous Australians in Substance Abuse Treatment. *Int. J. Ment. Health Addic.*, New York [S.l.], v. 10, n. 6, p. 970-983, 2012.

BILLINGHAM, D.D. et al. Clinically significant change to establish benchmarks in residential drug and alcohol treatment services. *Int. J. Ment. Health Addiction*, New York [S.l.], v. 10, p. 890-901, 2012.

BOLZAN, L.M. *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas*. Porto Alegre, 2015. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BONAR, E.E. et al. Measuring university students' self-efficacy to employ drinking self-control strategies. *Psychol. addict. behav.*, Washington, n. 25, p. 155-161, 2011.

BORSA, J.C.; DAMÁSIO, B.F.; BANDEIRA, D.R. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 22, n 53, p. 423-432, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Promoção da saúde e prevenção de riscos na saúde suplementar: manual técnico*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada: equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, 2007a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015*. Brasília, 2013a. (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de melhoria do acesso e da qualidade: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade*. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

BRASIL; NATIONAL DRUG POLICY SECRETARIAT (SENAD). *First Nationwide Survey on the Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs among College Students in the 27 Brazilian State Capitals*. Brasília, 2010.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual life res.*, Winston-Salem, v. 2, p. 451-459, 1993.

BURNS, N.; GROVE, S.K. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2003.

BUSS, P.M. Globalization and disease: in an unequal world, unequal health! *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1783-1788, nov./dez. 2002.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BZUNECK, J.A. As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J.A. (Org.). *A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 116-133.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M.A. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARLINI, E. A. (supervisão) et al. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010*. São Paulo: CEBRID; UNIFESP; SENAD, 2010.

- CARLINI, E. A. *2º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005*. Brasília: SENAD, 2007.
- CARVALHO, A.B. et al. Tradução e adaptação transcultural da *Pain Quality Assessment Scale* (PQAS) para a versão brasileira. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Rio de Janeiro, p. 1-11, 2014.
- CHERNISS, C. The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In: SCHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Ed.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis, 1993. p. 135-150.
- CHONG, J.; LOPEZ, D. Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment. *Am. Indian Alsk Native Ment. Health Res.*, Colorado, USA, v. 14, n. 3, p. 24-48, 2008.
- CLARO, H.G. et al. Cultural adaptation of data collection instruments for alcohol and drugs measurement. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (ed. Port.), São Paulo, v. 7, n. 2, op. 71-77, maio./ago. 2011.
- CHAVES, T.V. et al. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.
- COHEN, J. *Statistical power analysis for the social sciences*. New York: Academic Press, 1977.
- CONOVER, W.J. *Practical nonparametric statistics*. 2nd. ed. New York: John Wiley & Sons; Texas Tech University, 1980.
- COSTA, L.C.S. et al. Phonological memory evaluation and impulsiveness of drug users treated at a center of integrated mental health care. *Rev CEFAC*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 438-447, 2012.
- CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometr.*, New York, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
- CUMMINGS, C.; GORDON, J.R.; MARLATT, G.A. Relapse: prevention and prediction. In: MILLER, W.R. (Ed.). *The addictive behaviors*. New York: Pergamon, 1980. p. 291-322.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- DEL POZO, J.M.L. *Validación del DTCQ-Heroína a la población española: cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína*. 1997. 340 f. Tesis. En la Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 1997.
- DEMMELOZANO, B.E.; STEPHENS, R.S.; ROFFMAN, R.A. Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, Abingdon, Oxfordshire, UK, v. 101, p. 1589-1597, 2006.
- DEMMELO, R.; NICOLAI, J.; JENKO, D.M. Self-efficacy and alcohol relapse: concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. *J. Stud. Alcohol*, United States, v. 67, n. 4, p. 637-641, July 2006.

DEMMELE, R.; RIST, F.; OLBRICH, R. Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In: FACHVERBAND, S.V. (Ed.). *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie*. Geesthacht: Neuland; 2001. p. 221-227.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res. Nurs. Health*, Colorado, USA, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DE WEERT-VAN OENE, G.H. et al. The validity of the Self-Efficacy List For Drug Users (SELD). *Addict. Behav.*, Amsterdã, v. 25, n. 4, p. 599-605, 2000.

DIAS, A.C. et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J. Subst. Abuse Treat.*, New York, v. 4, n. 3, p. 273-278, 2011.

DICLEMENTE, C. C. O processo de mudança intencional do comportamento humano. In: DICLEMENTE, C.C. *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. New York: Guildford, 2003. p. 22-43.

DICLEMENTE, C. C. et al. The alcohol abstinence self-efficacy scale. *J. Studies on Alcohol*, New Jersey, v. 55, n. 2, p. 141-148, 1994.

DICLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behav.*, Amsterdã v. 7, p. 133-142, 1982.

DICLEMENTE, C. C.; FAIRHURST, S.K.; PIOTROWSKI, N.A. Self-efficacy and addictive behaviors. In: MADDUX, J.E. (Ed.). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application*. New York: Plenum Press, 1995. p. 109-141.

DI NICOLA, M. et al. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug Alcohol Depend.*, Ireland, n. 148, p. 118-125, 2015.

DONATH, C. et al. Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. Urban residence-a representative study. *BMC Public Health*, Bethesda, MD, USA, v. 11, p. 84, 2011.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, 2007.

FARÃO, E.M.D. et al. Clínica ampliada em um hospital universitário: abrindo caminhos para uma nova forma de cuidar. *Rev. Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 813-816, jan./jun. 2011.

FARIA, R. et al. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 441-447, 2011.

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROLOL-JOHNSON, R.M.; PAQUETE, M. (Ed.). *Classification of nursing diagnoses: proceeding at the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-62.

FERNANDES, S. et al. Cannabis abuse and dependency: differences between men and women and readiness to behavior change among users seeking treatment. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 80-85, 2010.

FERREIRA, Sónia; MOUTINHO, Lúcia. Os novos caminhos da reabilitação alcoólica: uma proposta de intervenção. *Psicologia da Criança e do Adolescente*, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 49-63, 2013.

FIELD, A. *Discovering statistics using SPSS*. [S.l.]: Sage publications, 2009.

FLAVELL, J.H.; ROSS, L. (Ed.). *Social cognitive development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981. p. 200-239.

FONSECA, V.J.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C. Cross-cultural adaptation of the Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) for application in elderly Brazilians: preliminary version. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2852,2860, 2008.

FONTAINE, A.M. *Motivação em contexto escolar*. Lisboa: Universidade Aberta, 2005.

FORMIGONI, M.L.O.S.; CASTEL, S. Rating scales of drug dependence: general aspects. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 26, n. esp. 1, p. 5-31, 1999.

FRAGA, S. et al. Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions. *Public Health*, Bethesda, MD, USA, v. 125, n. 7, p. 448-456, 2011.

FREI, A.; SVARIN, A.; STEURER, C.M.A. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations: a systematic review. *Health Qual. Life Outcomes*, London, p. 7-86, 2009.

FREIRE, S.D.; OLIVEIRA, M.S. Auto-eficácia para abstinência e tentação para uso de drogas ilícitas: uma revisão sistemática. *Psicol.: Teoria e Pesq.* Brasília, v. 27, n. 4, p. 527-536, out./dez. 2011.

FREITAS, J.S. et al. Consumo de álcool: influência familiar entre escolares. *Biofarm.*, Campina Grande, v. 10, n. 3, p. 35-37, 2014.

FREITAS, N.O. et al. Translation and cultural adaptation of the perceived stigmatization questionnaire for burn victims in Brazil. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 25-33, 2014.

GERI, T. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Neck Bournemouth Questionnaire in the Italian population. *Qual Life Res.*, Winston-Salem, NC, USA, n. 24, p. 735-745, 2015.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J.R.M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med. Research Methodol.*, London, v. 10, n. 13, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/13>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

GLIEM, J.A.; GLIEM, R.R. Calculating, interpreting, and reporting cronbach's alpha reliability coefficient for likert-type scales. 82-88. 2003. Presented at the Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, The

Ohio State University, Columbus, OH, October 8-10, 2003. Disponível em:
<<https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20%26%20Gliem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 abr.2014

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, dez. 2010.

GREENHALGH, T.; PEACOCK, R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ Medical Research Methodology*, London, v. 331, p. 1064-1065, 2005.

GUDMUNDSSON, F. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, Reykjavík, IS, v. 61, n. 2, p. 29-45, 2009.

GUIMARÃES, A. Diretrizes para psicoterapia de grupo no tratamento da dependência química. In: GIGLIOTTI, A. (Ed.). *Diretrizes gerais para o tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 585-590.

HAMBLETON, R.K. Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R.K.; MERENDA, P.F.; SPIELBERGER, C.D. (Ed.). *Adapting psychological and educational tests for cross-cultural assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 3-38.

HENRY, J.D.; CRAWFORD, J.R. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br. J. Clin. Psychol.*, London, v. 44, pt. 2, p. 227-239, jun. 2005.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. The singular therapeutic project and mental health practices at family health support centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro, 2014.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. *O que é redução de danos?* Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha. Local, 2010. Disponível em:
<http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf> . Acesso em: 20 abr. 2014.

JERROLD, H. Z. *Biostatistical analysis*. 4nd ed. New Jersey, USA: Prentice Hall, 1999.

JONES, B.T.; CORBIN, W.; FROMME, K. Half full or half empty, the glass still does not satisfactorily quench the thirst for knowledge on alcohol expectancies as a mechanism of change. *Addiction*, Abingdon, Oxfordshire, UK, v. 96, n. 11, p. 1672, 1674, Nov. 2001.

JONES, S.C.; MAGEE, C.A. Exposure to alcohol advertising and alcohol consumption among Australian adolescents. *Alcohol Alcohol*, New York, v. 46, n. 5, p. 630-637, 2011.

JORGE, M.R.; MASUR, J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Br. J. Addict.*, London, v. 80, p. 301-305, 1985.

JOVENTINO, E.S. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 21, n.1, p. 29-36, jan./fev. 2013.

KAISER, H.F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 31-36, Mar., 1974.

KASS, R.A.; TINLEY, H.E.A. Factor analysis. *J. Leisure Res.*, [s.l.], v. 11, p. 120-138, 1979.

KRAUS, S. W. et al. Assessing self-efficacy to reduce one's drinking: further evaluation of the alcohol reduction strategies-current confidence questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, Oxford, v. 47, n. 3, p. 312-316, 2012.

KRENEK, M.; MAISTO, S.A. Life events and treatment outcomes among individuals with substance use disorders: a narrative review. *Clin. Psychol. Review*, United States, n. 33, p. 470-483, 2013.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANE, D.A. et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation (BRUM) Steering Committee. Cross-cultural adaptation into Punjai of the English version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *BMC Psychiatr.*, London, v. 7, n. 5, p. 1-8, 2007.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública. *Ciênc & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n 3, p. 621-631, maio/jun. 2010.

_____. (Supervision) et al. II National Alcohol and Drug Survey – 2012. São Paulo: National Institute of Science and Technology for Public Policy on Alcohol and Other Drugs, UNIFESP, 2014.

LARANJEIRA, R.; BORDIN, S.; FIGLIE, N.B. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010.

LEITE, Ivonaldo. Drogas, saúde e educação: realidade e desafios. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, v. 13, n. 153, p. 62-71, 2014.

LEONG, H. et al. Assessment of endogenous and therapeutic arteriogenesis by contrast ultrasound molecular imaging of integrin expression. *Circulation*, [s.l.], v. 111, n. 24, p. 3248-3254, 2005.

LIMA, M.G. et al. As percepções dos alunos em uma escola pública de Brasília sobre o consumo de drogas e os fatores de riscos. *Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 59-70, 2010.

LIPS, P.; VAN SCHOOR, N. M. Quality of life in patients with osteoporosis. *Osteoporos. Int.*, London, v. 16, n. 5, p. 447-455, 2005.

LITT, M.D.; KADDEN, R.M.; TENNEN, H. Network Support treatment for alcohol dependence: gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addict. Behav.*, Inglaterra, v. 45, p. 87-92, 2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (Ed). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. [S.1.]: Elsevier Health Sciences, 2013.

LOPES, E.M. Construção e validação de hipermídia educacional em planejamento familiar: abordagem à anticoncepção. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LLORENTE DEL POZO, J.M.L.; FERNÁNDEZ GÓMEZ, C.; VALLEJO PAREJA, M.A. Validación del cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de drogas- heroína (DTCQ-H) en población española. In: I.IRAURGI y F.GONZÁLEZ (Eds.). *(Instrumentos de evaluación en drogodependencias)*. Barcelona: Aula Médica, 2002. p. 435-479.

LYNCH, K.G. et al. Moderators of response to telephone continuing care for alcoholism. *Am. J. Health Behav.* United States, v. 34, n. 6, p. 788-800, 2010.

MADRUGA, C.S. et al. Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood: the first brazilian national survey. *Addic. Behav.*, Amsterdã, v. 36, p. 251-255, 2011.

MALISKA, I.C.A; PADILHA, M.I.; ANDRADE, S.R. Redução de danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. *Rev. Eletr. Enferm.* Goiás, v. 16, n. 1, p. 170-178, jan./mar. 2014.

MANGUEIRA, S.O. et al. Health promotion and public policies of alcohol in Brazil: integrative literature review. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 157-168, jan./abr. 2015.

MARLATT, A.A.; BAER, J.S.; QUIGLEY, A.A. Self-efficacy and addictive behavior. In: BANDURA, A. (Ed.). *Self-efficacy in changing societies* New York: Cambridge University Press, 1995. p. 289-316.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R.. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.

MARQUES, F.; DONEDA, D.A. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L.F. (Org.). *Troca de seringas: drogas e aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 9-10.

MARSAC, M.L. Quality of life in children with asthma. In: PREEDY, V.R.; WATSON, R.R. *Handbook of disease burdens and quality of life measures*. New York: Springer, 2010. v. 1. p. 3057-3070. Série Springer Reference.

MARTIN, G.W.; WILKINSON, D.A.; POULOS, C.X. The drug avoidance self-efficacy scale. *J. Subst. Abuse*, St. Louis, Missouri, v. 7, n. 2, p. 151-163, 1995

MARTÍNEZ, I.M.; SALANOVA, M. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros*, [s.l.], n. 45, 2006.

MARTINS, M.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 7 telas, 2008.

MARTINS, G.; TEOPHILO, C. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas, 2009.

MATCH RESEARCH GROUP. Matching alcoholism treatment to cliente heterogeneity: project MATCH post treatment drinking outcomes. *J. Stud. Alc.*, New Jersey, v. 58, p. 7-19, 1997.

MATOS, M.T.S. et al. A utilização de escalas de avaliação como recurso terapêutico em pacientes atendidos em um centro de convivência para dependentes químicos em Fortaleza-CE. *Rev. RENE.Fortaleza*, v. 7, n. 2, p. 9-16, maio/ago. 2006.

MATTOS, P. et al. Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 188-194, 2006.

MCKIERNAN, P. et al. Development of a Brief Abstinence Self-Efficacy Measure. *J. Soc. Work Pract. Addict.*, London, v. 11, n. 3, p. 245-253, 2011.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENSINGER, J.L. et al.. Mediators of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine abuse. *J. Consult. Clin. Psychol.*, Washington, v. 75, n. 5, p. 775-784, 2007.

MILLER, P.J. et al. Self-efficacy in alcoholics: clinical validation of the situational confidence questionnaire. *Addictive Behaviors*, Amsterdã, v. 14, p. 217-224, 1989.

MILLER, W.R.; MARLATT, G.A. Relapse interview: Intake and follow up. *Addiction*, Abingdon, Oxfordshire, UK, v. 91, p. 231-240, 1996.

MILLER, W.R.; TONIGAN, J.S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol. addict. behav.*, Washington, v. 10, n. 2, p. 81-89, 1996.

MINERVINI, I. et al. Desire and coping self-efficacy as craving measures in addiction: the Self-Efficacy and Desire Scale (SAD). *The Open Behav. Sci. J.*, Pisa, IT, n. 5, p. 1-7, 2011.

MOKI, Michelle Peixoto. *Representações sociais do trabalho carcerário feminino*. 2005. 208 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

MOREIRA, I.C. et al. Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *J. bras. Psiquiatr.* Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 273-280, 2014.

NASCIMENTO, J.C.C.; SILVA, P.N.; SILVA, L.C.S. Crack: construindo um caminho de volta. *REBES*, Pombal, PB, v. 5, n. 1, p. 57-61, jan./mar. 2015.

NAVARRO, J.; QUIJANO, S.D. Dinamica no lineal en la motivacion en el trabajo. *Psicothema*, Barcelona, v. 15, n. 4, p. 643-649, 2003. Disponível em: <<http://www.psicothema.com/pdf/1118.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

O'LEARY, T.A.; BROWN, T.A.; BARLOW, D.H. *The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: a multiple baseline analysis*. Boston: [s.n.], 1992. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.

OLIVEIRA, E.B.; KESTENBERG, C.C.F.; SILVA, A.V. Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: as metodologias participativas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 722-727, dez. 2007.

OLIVEIRA, G.N. *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. 2007. 202 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, I.B.S. *Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química*, 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

OLIVEIRA, M.F. *Adaptação transcultural e validação da maternal Postpartum quality of life questionnaire [manuscrito]: aplicação em puérperas brasileiras*. 2014. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos*. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e da Sociedade Brasileira de Bioética. Tradução Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Comite de Expertos de La OMS en Farmacodependencia. 18º Informe*. Genebra. 1971. Série de Informes Técnicos.

_____. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org.). *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, 2001. p. 312-317.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

OUIMETTE, P. et al. Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive Behav.*, Amsterdã, v. 32, n. 8, p. 1719-1727, 2007.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 97-114.

PARR, J.M. et al. Development of self-efficacy and expectancy measures for benzodiazepines. *Addictive Behaviors*, Amsterdã, v. 34, p. 751-756, 2009.

PASHAEI, T. et al. Effectiveness of Relapse prevention cognitive-behavioral model in opioid-dependent patients participating in the methadone maintenance treatment in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, Iran, v. 42, n. 8, p. 896-902, 2013.

PASQUALI, L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. (Org.). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

_____. Psychometrics. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. esp. p. 992-999, 2009.

_____. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.

PENDER, N.J.; MURDAUGH, C.L.; PARSONS, M.A. *Health promotion in nursing practice*. 4 th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2002.

PENDER, N.J.; YANG, K.P. Promotion phisical activity. *J. Nurs. Res.*, Taiwan, v. 10, n. 1, p. 567-64, 2002.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. *Programa Mais Vida*. Constitui a Política de Redução no Consumo de Álcool, Fumo e Outras Drogas, que trata dependentes químicos. Recife, 2003. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso: 23 abr. 2014.

PEUKER, A.C. et al. Processamento implícito e dependência química: teoria, avaliação e perspectivas. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 7-14, 2013.

PHILLIPS, K.T.; ROSENBERG, H. The development and evaluation of the harm reduction self-efficacy questionnaire. *Psychol. Addictive Behav.*, Amsterdã, v. 22, n. 1, p. 36-46, 2008.

PILLON, S.C. et al. Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], Goiânia, v. 16, n. 2, p. 338-345, abr./jun. 2014.

PILLON, S.C.; LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-am. Enferm.*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 676-682, jul./ago. 2004.

PINTO, D.M. et al. Individual therapeutic project in an integral production of care: a collective construction. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POULIN, C. *Harm reduction policies and programs for youth*. Canadá: Candian Centre on Substance Abuse, August 2006. Disponível em: <<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-11340-2006.pdf#search=harm%20reduction>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicol.: Teoria e Pesq.*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 203-211, 2009.

PROCHASKA, J.O. et al. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev. Med.*, United States, v. 46, n. 3, p. 226-231, mar. 2008.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. *Toward a comprehensive model of change. Treating Addictive Behaviors*, New York, v. 13, p. 3-27, 1986.

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 1-16, 2001.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

REIS, T.G.R.; OLIVEIRA, L.C.M. Pattern of alcohol consumption and associated factors among adolescents students of public schools in an inner city in Brazil. *Rev. bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 13-24, 2015.

RIBEIRO, S.G. Tradução, adaptação e validação do the mother generated index para uso no Brasil. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RIGONI, M. S. et al. Desempenho neuropsicológico y características sociodemográficas en pacientes alcohólicos em tratamento. *Adicciones*, Palma de Mallorca, v. 26, n. 3, p. 221-229, jul./sept. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289132251003>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

ROMERO, J.C.; PÉREZ, E.J.P.; LÓPEZ, M.P. Efficacy to resist substance use as a predictor of treatment outcomes and relationship with personality variables: study of a sample of addicts with DTCQ the VIP and MCMI-II. *Addictions*, Abingdon, Oxfordshire, UK, v. 19, n. 2, p. 141-151, 2007.

SAKRAIDA, T.J.; NOLA, J.P. Health promotion model. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. *Nursing theorists and their work*. 6. ed. St Louis, Missouri: Mosby-Elsevier, 2006. p. 452-471.

SAMPIERI, H.; COLLADO, F.; CARLOS, P.B.L. *Metodología de la investigación*. 2. ed. México: Mc Graw Hill, 2007.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SÁNCHEZ-HERVÁS, E.; DEL POZO, J.M.L. Relapse in cocaine addiction: a review. *Adicciones*, Espanha, v. 24, n. 3, p. 269-280, 2012.

SANTO, R.M. et al. Enhancing the cross-cultural adaptation and validation process: linguistic and psychometric testing of the Brazilian Portuguese version of a self-report measure for dry eye. *J. Clin. Epidemiol.* New York, v. 68, , n. 4, p. 370-378, 2015.

SANTOS, M.P.; ROCHA, M.R.; ARAÚJO, R.B. The use of cognitive technique replacement by positive image in the management of craving for crack-cocaine-dependent patients. *J. bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 121-126, 2014.

SAPNAS, K.G. Determining adequate sample size. *J. Nurs. Scholarsh.*, Indianópolis, USA, v. 36, n. 1, p. 4, 2004.

SAPORI, L.F.; SENA, L.L.; SILVA, B.F.A. Crack the market and urban violence in the city of Belo Horizonte. *DILEMAS: Rev. Estudos de Conflito e Controle Social*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 37-66, 2012.

SCHMIDT, K.A. Raccoon populations and declines in Illinois' songbirds. *Conserv. Biology*, Washington, v. 17, n. 1, p. 1141-1150, 2003.

SCHUSTER, C. et al. Two assessments to evaluate imagery ability: translation, test-retest reliability and concurrent validity of the German KVIQ and Imaprax. *BMC Med. Research Methodol.*, London, v. 12, n. 127, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/127>>. Acesso em: 20 jan 2015.

SCHUSTER, C.; HAHN, S.; ETTLIN, T. Objectively-assessed outcome measures: a translation and cross-cultural adaptation procedure applied to the Chedoke McMaster Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI). *BMC Med. Research Methodol.*, London v. 10, n. 106, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/106>>. Acesso em: 23 maio 2014.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 5, 8 telas, set./out. 2011.

SENBANJO, R. et al. Persistence of heroin use despite methadone treatment: Poor coping self-efficacy predicts continued heroin use. *Drug and Alcohol Review*, Austrália, n. 28, p. 608-615, 2009.

SHANE, W.K. et al. Assessing self-efficacy to reduce one's drinking: further evaluation of the alcohol reduction strategies-Current Confidence Questionnaire. *Alcohol and alcoholism*, Oxford, v. 47, n. 3, p. 312-316, 2012.

SHERILYN, M.S.; TURNER, N.E. A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, Abingdon, Oxfordshire, UK, v. 94, n. 5, p. 723-729, 1999.

SILVA, E.B.O.; PEREIRA, A.L.F. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 203-209, mar./abr. 2015.

SILVA, M.N.R.M.O. et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 145-152, 2014.

SILVEIRA, C.M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. psiquiatr. clín.*, Germany, v. 35, suppl. 1, p. 31-38, 2008.

SILVEIRA, L.C. et al. Clinical care in nursing: development of a concept in the perspective of professional practice reconstruction. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, July/Aug. 2013.

SILVEIRA, M.F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1923-1931, 2013.

SILVEIRA FILHO, D.X. *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995.

SKLAR, S.M., ANNIS, H.M.; TURNER, N.E. Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addict. Behav.*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 655-670, 1997.

SOUSA, V.D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J. Evaluat. clin. practice*, London, v. 17, p. 268-274, 2011.

SOUZA, M.M. et al. Política nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. *Cad. bras. saúde mental*, Florianópolis, v. 5, n. 11, p. 67-87, 2013.

SPERBER, A.D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterol.*, Philadelphia, PA, v. 126, p. S124-S128, 2004.

STOLLE, M.; SACK, P.M.; THOMASIUS, R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int.*, Germany, v. 106, n. 19, p. 323-338, 2009.

SYMOM, A et al. Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new mothers: a methodological and experiential account from six countries. *J. Advanced Nursing*, Oxford, v. 69, n. 4, p. 970-980, 2013.

TEO, E. W. et al. Translation and validation of the Malay version of Shiffman-Jarvik withdrawal scale and cessation self-efficacy questionnaire: a review of psychometric properties. *Health Qual. Life Outcomes*, London, v. 13, n. 1, p. 45, 2015.

TORCATO, C.E. et al. Drogas e sociedade. *Saúde Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. i-iv, 2013.

TOUMA, Z. et al. Cross-cultural adaptation and validation of Behçet's disease quality of life questionnaire. *BMC Med. Research Methodol.*, London, v. 11, n. 52, p. 1-7, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/52>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report 2014*. (United Nations publication, Sales N°. E.14.XI.7. New York: 2014.

VALENTIM, O.; SANTOS, C.; RIBEIRO, J.P. Qualidade de vida e percepção da doença em pessoas dependentes do álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, PT, v. 15, n. 1, p. 262-277, 2014.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M.N.; BARROSO, L.P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2014.

VARGAS, D.; DUARTE, F.A.B. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 119-126, jan./mar. 2011.

VASCONCELOS, S.C.; FRAZÃO, I.S.; RAMOS, V.P. Contribuições do Grupo Terapêutico Educação em Saúde na motivação para a vida do usuário de substâncias psicoativas. *Enferm. Foco*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 123-126, 2012.

VELICER, W.F. et al. Relapse situations na self-efficacy: an integrative model. *Addict. Behav.*, Amsterdã, v. 15, p. 271-283, 1990.

VERNAGLIA, T.V.C et al. Crack cocaine users living on the streets – gender characteristics. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1851-1859, 2015.

VETTESE, L.C. et al. Integrating mindfulness skills training into a brief outpatient treatment for substance abusing youth. *Int. J. Child Adolescent Resilience*, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 59-70, 2014.

VIEIRA, L.B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 67, n. 3, p. 366-372, maio/jun. 2014.

VIEIRA, P.C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2487-2498, 2008.

VIELVA PÉREZ, I. Percepción de control y afrontamiento en el proceso de rehabilitación del alcohólico [Microforma]. 1995. 281 f. Tesis doctorales – Departamento de Publicaciones, Universidad de Deusto. Bilbao, 1995.

YOUNG, R. McD.; OEI, T.P.S.; CROOK, G.M. Development of a drinking self-efficacy questionnaire. *J. Psychopathol. Behav. Assessment*, Texas, USA, v 13, n. 1, p. 1-2, 1991.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, Washington, v. 30, p. 473-483, 1992.

WARREN, F.J.; SEYMOUR, R.B.; BRUNNER, H.L.R. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J. Comm. Health*, New York, v. 37, n. 1, p. 15-24, 2012.

WILLIAMSON, O.E. The economics of organization: the transaction cost approach. *Am. J. Soc.*, [s.l.], v. 87, n. 3, p. 548-577, 1981.

WOLLE, C.C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev. bras. psiquiatr.*, São Paulo, v. 33, p. 367-373, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Promotion Glossary*: new terms. Genebra, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

_____. *Global status report on alcohol and health*. Genebra, 2011.

_____. *Global status report on noncommunicable diseases*. Genebra, 2010. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/>>. Acesso em: 27 set. 2013.

_____. *Noncommunicable Diseases Country Profiles*. Washington, 2011. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/>>. Acesso em: 27 set. 2013.

WYND C. A.; SCHMID, T.B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J. Nurs. Res.*, Indianápolis, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

ZARCADOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D.S. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot. Intern.*, Oxford, UK, v. 20, n. 2, p. 195-203, 2005.

ZIMERMAN, D.E. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Arte Médicas, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

Pesquisador Responsável: Selene Cordeiro Vasconcelos

Orientador: Prof Dr Murilo Duarte Da Costa Lima

Coorientadora: Prof^a Dr^a Iracema Da Silva Frazão

Prezado (a) Senhor (a)

Sou **Selene Cordeiro Vasconcelos**, enfermeira e discente do Curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Estou realizando um estudo intitulado **Validação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* para uso no Brasil** e, venho por meio desta, convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como especialista.

Caso aceite participar da pesquisa, entregarei um kit composto de: um fluxograma que define o processo de tradução e adaptação transcultural utilizado na presente pesquisa; o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); um instrumento de validação do instrumento que contém o DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas na versão original e o traduzido para ser avaliada pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que estão conceituados no instrumento e um questionário de caracterização do perfil dos especialistas. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões do instrumento, provenientes das etapas iniciais do processo de adaptação transcultural para que se possa avalia-las também.

O Comitê de Especialistas a qual lhe convido a participar será formado por oito profissionais da área da saúde e um profissional Licenciado em Letras. Ressalta-se que a formação do comitê é de suma importância, visto que, com a contribuição de todos, para formarmos a versão pré-final do instrumento. Solicito ainda a devolução dos materiais num prazo de 30 dias, a contar de seu recebimento.

Agradeço antecipadamente sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou no disponível no telefone: (81) 96344249 - TIM e e-mail: selumares@yahoo.com.br. Sua contribuição é fundamental para o processo de adaptação transcultural e validação do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas ser eficaz.

Selene Cordeiro Vasconcelos

APÊNDICE B – KIT PARA OS ESPECIALISTAS

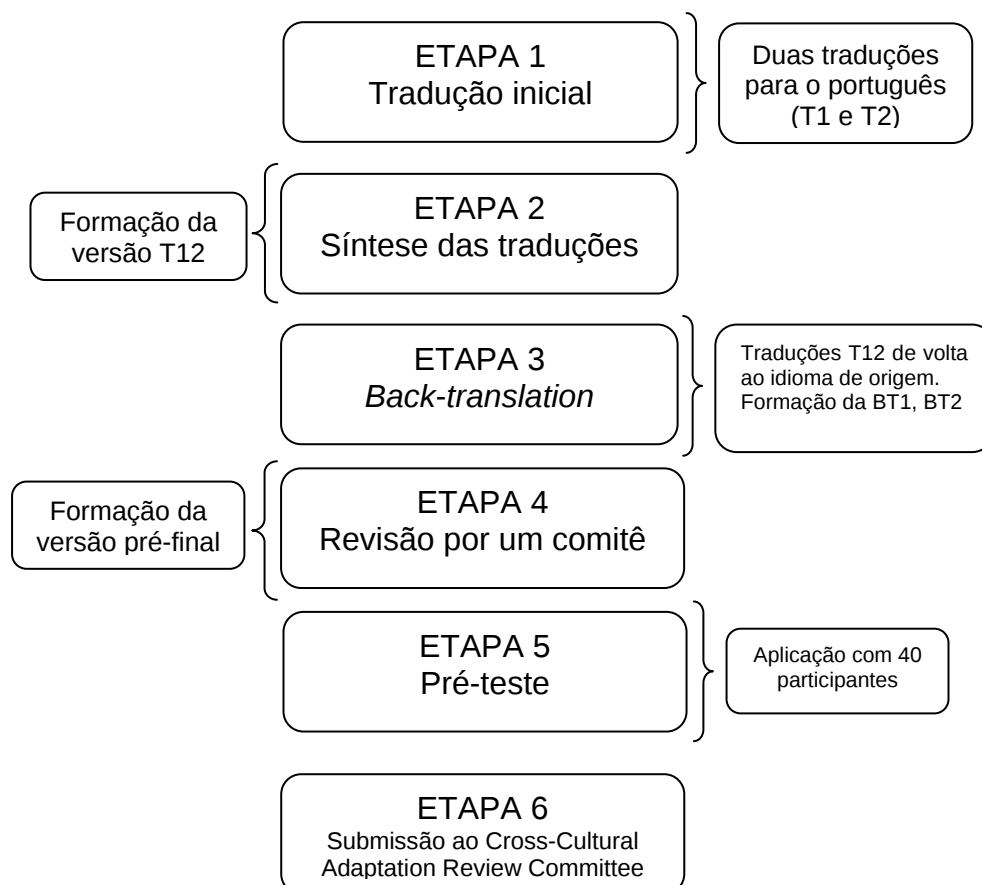
INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. Uma representação gráfica do protocolo utilizado no projeto de tese;
2. Revisão de literatura sobre autoeficácia;
3. Termo de consentimento livre e esclarecido para especialistas;
4. Instrumento de caracterização dos especialistas;
5. Uma descrição dos propósitos do instrumento;
6. *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 original em sua versão para álcool e versão para outras drogas;
7. Síntese das duas versões traduzidas da *Drug-Taking Confidence Questionnaire* – DTCQ-8 (T12);
8. Síntese das duas versões retrotraduzidas para o inglês *Back translation* (BT1 e BT2);
9. Um instrumento de validação pelos especialistas quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial, cultural e conceitual do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas
10. Um instrumento de avaliação quanto à pertinência, clareza, adequação teórica e dimensão teórica com instruções de como proceder à validação.

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROTOCOLO UTILIZADO NO PROJETO

Representação gráfica do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton et al.¹ (2007).



Após a adaptação transcultural e validação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire-DTCQ-8* para uso no Brasil, tanto da versão para álcool quanto da versão para outras drogas, sua aplicação no contexto de práticas assistenciais ao usuário de álcool e/ou outras drogas poderá direcionar atividades voltadas à confiança dos usuários em resistir ao desejo de consumir substâncias psicoativas em situações de alto risco, além de outras mudanças como:

- Direcionamento dos atendimentos individuais dos Técnicos de Referência de usuários que apresentarem baixo nível de autoeficácia para o enfrentamento de situações de risco para o consumo de álcool e/ou outras drogas;

¹ BEATON, D.E. et al. *Recommendations for the cross-cultural adaptation of DASH & QuickDASH outcome measures*. [S.I.]: Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/x-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

- Revisões periódicas dos níveis de autoeficácia dos usuários de álcool e/ou outras drogas como forma de acompanhar sua evolução no tratamento diante das intervenções construídas pelo Projeto Terapêutico Singular;
- Proporcionar mais um parâmetro para nortear a indicação terapêutica das atividades desenvolvidas nos CAPSad, bem como acompanhar as evoluções desta clientela;
- Direcionamento de atividades educativas individuais e coletivas, com especial foco para os itens do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas que apresentem baixos níveis de autoeficácia;
- Gerenciamento de competências e habilidades para gestão das situações de alto risco de acordo com os itens avaliados;
- Avaliação da assistência prestada nos CAPSad e promover discussões nas reuniões técnicas para contribuir no manejo dos casos mais difíceis;
- Divulgar o uso do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas junto aos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde a nível local, regional e nacional, visando sua ampla utilização, de forma que, associada a outras medidas assistenciais, possa causar impactos positivos no cuidado aos usuários de álcool e/ou outras drogas.

AUTOEFICÁCIA PARA RESISTIR AO DESEJO DE CONSUMIR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÕES DE ALTO RISCO

Durante o tratamento, o usuário de álcool e/ou outras drogas aprende a identificar as situações de alto risco para o consumo destas substâncias e a utilizar estratégias protetoras, que o ajudarão no enfrentamento dessas situações. Partindo da premissa da política de Redução de Danos e da lógica do cuidar da clínica ampliada, que norteia o cuidado oferecido pelos profissionais do CAPSad, o usuário de álcool e/ou outras drogas é co-responsabilizado por seu tratamento e por seus cuidados de saúde. Assim, algumas teorias são escolhidas para conduzir a atuação dos profissionais nesse cenário do cuidar.

Dentre elas podemos citar o conceito de autoeficácia de Bandura (1977). A demonstração da relevância desse construto teórico no comportamento humano tem se revelado pelo crescente interesse da comunidade científica na realização de estudos no mundo inteiro, nas mais diversas áreas do conhecimento. Dada a essa relevância, a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) inclui a autoeficácia no glossário de Promoção da Saúde, descrevendo o termo como “a crença que os indivíduos têm em sua capacidade de realizar ações que influenciará os eventos que afetam suas vidas, determinando como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam”.

Para Bandura (1977) autoeficácia centra-se na “crença pessoal ou confiança na própria capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado”. Desta forma, elevados níveis de autoeficácia pessoal promove avaliação das capacidades individuais e verificação sobre suas escolhas para conseguir realizar uma determinada tarefa (BZUNEK, 2001). As crenças de autoeficácia são julgamentos cognitivos de competência (PAJARES; OLAZ, 2012). A autoeficácia determina se uma pessoa se sente capaz e acredita possuir as habilidades necessárias (NAVARRO; QUIJANO, 2003).

Os usuários de álcool e/ou outras drogas deve compreender que o seu desejo de consumir essas substâncias é uma situação que pode ser enfrentada de forma mais saudável. Ademais, o enfrentamento de situações conflituosas sem o consumo de substâncias, pode aumentar sua confiança sobre a sua capacidade para lidar com o seu desejo de consumir álcool e/ou outras drogas, melhorando as suas relações sociais e familiares, bem como sua saúde.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA ESPECIALISTAS - Resolução 466/12)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS
DO COMPORTAMENTO - DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário da pesquisa: **VALIDAÇÃO DO DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) SELENE CORDEIRO VASCONCELOS, que poderá ser contactada à Pós-Graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 | Fone PABX: (81) 2126.8000 – pelo telefone (081) 96344249 - TIM e e-mail selumares@yahoo.com.br para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) e está sob a orientação de: Prof Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, (081-99774861), e-mail (costalima.murilo@hotmail.com) e Prof^a Dr^a Iracema da Silva Frazão, (081-91275964), e-mail (isfrazao@gmail.com). Também participa desta pesquisa: Ana Luisa Antunes Guerra, (081-98738219).

Para isso, o instrumento precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (especialista). Como tal, o (a) senhor (a) receberá o DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas e as instruções de como proceder a análise da validade do instrumento, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

☐ Descrição da pesquisa:

- **Objetivo Geral:**

- Validar o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ-8) para uso no Brasil

- **Objetivos Específicos:**

- Adaptar culturalmente o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 álcool;
- Adaptar culturalmente o *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 outras drogas;

- Verificar as propriedades psicométricas do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 álcool;
- Verificar as propriedades psicométricas do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* - DTCQ-8 outras drogas;

OBS: A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

☐ A sua participação na pesquisa ocorrerá por contato eletrônico ou por telefone, de acordo com sua preferência.

☐ RISCOS diretos para o voluntário estarão relacionados à possível constrangimento ao avaliar o instrumento. Por isso, me proponho a amenizar esses riscos reforçando a importância de sua avaliação crítica e criteriosa, bem como garantindo o sigilo das considerações feitas pelo(a) sr(a).

☐ BENEFÍCIOS diretos e indiretos relacionam-se à oportunidade de participar do rigoroso processo de validação de um instrumento.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Esta etapa de coleta de dados será realizada a partir do recebimento via e-mail do “kit para especialistas” e posterior avaliação do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas pelos especialistas. O material encaminhado pelos especialistas será impresso e armazenado em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO ESPECIALISTA/CONSULTOR

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **VALIDAÇÃO DO DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL**, como especialista/consultor.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

ESPECIALISTA Nº. _____

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local da graduação: _____ Ano: _____

Titulação _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com o tratamento de usuários de álcool e/ou outras drogas (em anos): _____

Experiência anterior com construção/adaptação/validação de instrumentos:

1. () SIM 2. () NÃO

Ocupação atual: () Assistência () Ensino () Pesquisa () Consultoria

2-EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO EM QUESTÃO:

Critérios de seleção de especialistas recomendados por Fehring (1987) com adaptações para o presente estudo e suas respectivas pontuações.

Critérios adaptados para a seleção dos especialistas/pontuação	Pontos Obtidos
	Especialista
Título de Mestre/1	
Dissertação na temática de Dependências químicas/2	
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática Dependências químicas/1	
Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Dependências químicas/1	
Título de Doutor/1	
Tese na temática Dependências químicas/2	
Experiência prática na área de Dependências químicas por tempo mínimo de 2 anos/2	
Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos/2	
Total de pontos obtidos	

3 – QUALIFICAÇÃO

Formação/ Graduação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em : _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS QUANTO AOS CRITÉRIOS
DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DTCQ-8 ÁLCOOL E DO DTCQ-8 OUTRAS
DROGAS TRADUZIDO

Instruções 1

Caros especialistas, a avaliação dos itens é feita mediante escala tipo Likert. O resultado mostrará a equivalência de conteúdo, informando sobre propriedades psicométricas do DTCQ-8 álcool e DTCQ-8 outras drogas na versão traduzida. Nesse momento os itens serão avaliados em quatro critérios: Clareza da linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica (Pasquali, 2010). Para respostas seguras segue instruções quanto aos critérios.

Os critérios **clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica** serão avaliados segundo grau de concordância aos critérios, de forma que **1** representa “**pouquíssimo**”, **2** representa “**pouca**”, **3** representa “**média**”, **4** representa “**muito**” e **5** representa “**muitíssima**”.

Clareza da linguagem: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. O senhor (a) acredita que a linguagem de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível?

Pertinência Prática: Considera se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se cada item possui importância para o instrumento. O senhor (a) acredita que os itens propostos são pertinentes para esta população? Em que nível?

Relevância Teórica: Considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa analisar se o instrumento está relacionado com o constructo. O senhor (a) acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma de seus domínios, considerando a teoria em questão. Em que nível?

Dimensão teórica: Investiga a adequação de cada item à teoria estudada. O senhor (a) acredita que este item pertence a que domínio (fator)? Assinale apenas aquela que melhor representa o item avaliado. Assim, o(a) senhor(a) avaliará a que domínio (fator) pertence o item da escala onde: **1** representará **situações negativas**; **2** representará **situações positivas**; e **3** representará **situações de tentação**.

INSTRUÇÕES 2- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELOS JUÍZES

Instruções: Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural da escala *Drug-Taking Confidence Questionnaire-DTCQ-8* para uso no Brasil, solicitamos sua contribuição nesta etapa de validação da versão brasileira, em atendimento aos objetivos da presente pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item das escalas (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

C = Concordo

CP = Concordo em Partes

D = Discordo

OBS: Nesse instrumento as equivalências abaixo (semântica, idiomática, experiencial e conceitual) serão avaliadas a partir da comparação da escala original juntamente com a versão da escala traduzida. Abaixo segue os conceitos de cada equivalência:

1. **EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário;
2. **EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir;
3. **EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina o estudo;
4. **EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

Em caso de acordo em partes ou desacordo, descreva as sugestões para aprimorar o item a ser corrigido no espaço destinado para tal fim, abaixo de cada análise.

ITEM DA ESCALA VERSÃO T12 (Português)	ITEM DA ESCALA VERSÃO ORIGINAL (Inglês)	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
Abaixo estão listadas situações nas quais algumas pessoas vivenciam problemas com o uso do álcool.	Listed below are a number of situations or events in which some people experience an alcohol problem.	1.1. O item da versão traduzida (T12- brasileira) apresenta ortografia correta? 1.() C 2.() CP 3.() D	2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?	3. O item apresenta termos coerentes com o contexto cultural da população na qual a escala será utilizada?	4. O item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala?
Imagine-se <u>você</u> agora mesmo em cada uma dessas situações. Indique na escala o quanto <u>você</u> tem confiança de resistir ao desejo de beber <u>exageradamente</u> em cada situação.	<i>Imagine yourself as you right now</i> each of these situations. Indicate on the scale provided how confident you are that you will be able to resist the urge to drink heavily in that situation.	1.2 O vocabulário da versão traduzida apresenta significado equivalente à versão original da escala? 1.() C 2.() CP 3.() D 1.3 O item está gramaticalmente correto? 1.() C 2.() CP 3.() D	1.() C 2.() CP 3.() D	1.() C 2.() CP 3.() D	1.() C 2.() CP 3.() D

OBS: Em caso de acordo em parte ou desacordo utilize o espaço ao lado para realizar as considerações necessárias.

INSTRUÇÕES 3

Caros especialistas, nesse terceiro momento, os itens serão avaliados quanto à relevância para o instrumento, a partir da comparação do instrumento original juntamente com o DTCQ-8 álcool e o DTCQ-8 outras drogas traduzidos. Analise cuidadosamente cada item do instrumento traduzido e responda as perguntas, utilizando a resposta que melhor represente o grau atingido em cada critério onde 1 representa “**irrelevante**”, 2 representa “**pouco relevante**”, 3 representa “**realmente relevante**” e 4 representa “**muito relevante**”.

Para cada um dos itens propostos para o instrumento responda as perguntas. Caso algum item não lhe pareça relevante, acrescente sua observação no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

Itens do instrumento		Presença do item no instrumento é relevante?	Qual o grau de sua relevância?
1.	Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

OBS: As mesmas perguntas foram feitas para todos os itens do DTCQ-8 álcool e do DTCQ-8 outras drogas.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychol. Rev.*, [s.l.], v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BZUNEK, J. A. A motivação do aluno: Aspectos introdutórios. In: BZUNEK, J.A.; BORUCHOVITCH, E. (Org.). *A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. p. 9-31.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*, [s.l.], v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

NAVARRO, J.; QUIJANO, S. D. Dinamica no lineal en la motivacion en el trabajo. *Psicothema*, Barcelona, v. 15, n. 4, p. 643-649, 2003. Disponível em: <<http://www.psicothema.com/pdf/1118.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: WARREN, F. J.; SEYMOUR, R. B.; BRUNNER, H.L.R. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J. Community Health*, v. 37, n. 1, p. 15-24, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary: new terms*. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE ANÁLISE SEMÂNTICA – DTCQ-8 OUTRAS DROGAS

Parte A: AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DO DTCQ-8 OUTRAS DROGAS

Idade: ____ Sexo: ____ Escolaridade (em anos): _____ Tempo de Tratamento: _____

PARTE A: Avaliação geral:

1) O que você achou do nosso questionário em geral?

() bom () regular () ruim

2) O que você achou das questões?

() fáceis () regulares () difíceis

3) O que você achou da escala de resposta?

() fácil () regular () difícil

4) Qual importância essas questões têm para quem deseja saber sua confiança para resistir ao desejo de consumir drogas?

() muita importância () alguma importância () nenhuma importância

5) Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?

() não () sim _____

6) Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?

() não () sim _____

7) Teve alguma questão que você não quis responder?

() não () sim _____

8) Qual questão você não quis responder?

PARTE B: Avaliação específica – DTCQ-8 OUTRAS DROGAS

Item	Essa questão é importante para sua situação?			Você teve dificuldade para entender essa questão?		Em suas palavras, como você faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.						
2. Se eu tivesse problemas para dormir.						
3. Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido.						
4. Se eu quisesse testar se consigo usar _____, às vezes, sem me tornar dependente.						
5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____.						
6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.						
7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar _____.						
8. Se eu quisesse comemorar com um amigo.						

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE SEMÂNTICA – DTCQ-8 ÁLCOOL**Parte A: AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DO DTCQ-8 ÁLCOOL**

Idade: ____ Sexo: ____ Escolaridade (em anos): ____ Tempo de Tratamento: ____

PARTE A: Avaliação geral:

1) O que você achou do nosso questionário em geral?

☐ bom ☐ regular ☐ ruim

2) O que você achou das questões?

☐ fáceis ☐ regulares ☐ difíceis

3) O que você achou da escala de resposta?

☐ fácil ☐ regular ☐ difícil

4) Qual importância essas questões têm para quem deseja saber sua confiança para resistir ao desejo de consumir álcool?

☐ muita importância ☐ alguma importância ☐ nenhuma importância

5) Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?

☐ não ☐ sim _____

6) Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?

☐ não ☐ sim _____

7) Teve alguma questão que você não quis responder?

☐ não ☐ sim _____

8) Qual questão você não quis responder?

PARTE B: Avaliação específica – DTCQ-8 ÁLCOOL

Item	Essa questão é importante para sua situação?			Você teve dificuldade para entender essa questão?		Em suas palavras, como você faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.						
2. Se eu tivesse problemas para dormir.						
3. Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido.						
4. Se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente.						
5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber.						
6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.						
7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber.						
8. Se eu quisesse comemorar com um amigo.						

APÊNDICE E – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

FORMULÁRIO - DADOS SOCIODEMOGRÁFICO e CLÍNICO	
Identificação: _____ Código: _____ Data: _____ Endereço: _____ Telefones: _____ Horário p/ contato: _____ CAPS: _____ USB cadastrada: 1. sim 2. não Qual?: _____	
Quando foi seu último consumo de drogas? (incluir o álcool e tabaco): 1-menos 24h 2- 1dia 3- 5dias 4- 10dias 5- 15dias 6-outro: _____ 1-álcool 2-tabaco 3-crack 4-maconha 5-outro: _____	
Que substâncias o sr(a) ainda usa: 1-álcool 2-tabaco 3-crack 4-maconha 5-outro: _____	
Qual o seu objetivo com o tratamento? 1-parar de usar 2-uso controlado 3-pressão social(obrigado) 3-justiça Este objetivo é para qual droga? E as outras (escreva ao lado) 1-álcool 2-tabaco 3-crack 4-maconha 5-outro: _____	
Tempo de tratamento atual: _____ Turno: 1-manhã 2-tarde 3-noite Frequência semana: 1- 1x 2- 2x 3- 3x 4- 4x 5- 5x	
O que é situação de risco para você?: 	
<u>Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0(zero)</u>	
1. Idade: _____ data de nascimento: _____	1. ____
2. Sexo: 1- M 2- F	2. ____
3. Qual sua cor?: 1- Branca 2- Preta 3- Parda 4 – Amarela 5- Indígena 6- Ignorado	3. ____
4. Recebe bolsa família ou outra ajuda do governo? 1-sim 2- não	4. ____
5. Estado civil 1- casado 2- união estável 3- solteiro 4 – separado/divorciado 5- viúvo	5. ____
6. Ocupação 1- estudante 2- trabalho informal 3-desempregado 4-carteira assinada 5- do lar 6.outra: _____	6. ____
7. Escolaridade: 1- não alfabetizado 2-fundamental incompleto 3-fundamental completo 4-médio incompleto 5-médio completo 6- outro: _____	7. ____
8. Qual sua renda? 1- menos de 1 SM 2- 1 SM 3- mais de 1 SM 4 - sem renda 5-outra: _____	8. ____
9. Quem depende de sua renda?: 1-ninguém 2-pai e mãe 3-companheiro(a) 4-companheiro(a)+filhos ou netos 5-não familiar	9. ____
10. Onde você mora?: 1- casa própria 2- casa alugada 3- abrigo 4- mora de favor 5- na rua Há quanto tempo?: _____	10. ____
11. Quem mora com você?: 1-sozinho 2-pai e mãe 3-companheira(o) 4-companheira(o)+filhos ou netos 5-não familiar 6- outro familiar	11. ____
12. Características da moradia: alvenaria? 1-sim 2- não rede de esgoto? 1-sim 2- não água encanada? 1-sim 2- não	12. ____

13. Qual sua religião atual?: 1-católico 2-evangélico 3-espírita 4-não tem 5-outro:_____	13.____
14. Qual a sua frequência na igreja?: 1-semanal 2-mensal(-4x) 3-anual	14.____
15. Idade do primeiro consumo de drogas: _____ 1-álcool 2-tabaco 3-maconha 4-crack 5-outra:_____ Idade do segundo consumo de drogas: _____ 1-álcool 2-tabaco 3-maconha 4-crack 5-outra:_____ Idade do terceiro consumo de drogas: _____ 1-álcool 2-tabaco 3-maconha 4-crack 5-outra:_____	15.____
16. É a primeira vez que você se trata para o seu problema com as drogas?: 1-sim 2- não Aonde se tratou?: 1-CAPSad 2-Albergue terapêutico 3-Desafio Jovem 4-Fazenda 5-outro:_____ Quantas vezes?: _____	16.____
17. Porque saiu do tratamento?: 1-recaída 2-abandono 3-alta	17.____
18. Quem encaminhou você no seu primeiro tratamento?: 1-familiares 2-amigos 3-parceiros 4-profissionais 5-espontâneo 6-justiça Neste tratamento atual?: 1-familiares 2-amigos 3-parceiros 4-profissionais 5-espontâneo 6-justiça	18.____
19. Quem usava drogas na sua família(sua infância e adolescência)? 1-pai 1-sim 2-não Drogas: 1-álcool 2-tabaco 3-maconha 4-crack 5-outra:_____ Ele têm problemas com esse consumo?: 1-sim 2- não Ele se trata?: 1-sim 2-não Aonde?: _____ 2-mãe 1-sim 2-não Drogas: 1-álcool 2-tabaco 3-maconha 4-crack 5-outra:_____ Ela têm problemas com esse consumo?: 1-sim 2- não Ela se trata?: 1-sim 2-não Aonde?: _____ 3-irmãos 1-sim 2-não Drogas: 1-álcool 2-tabaco 3-maconha 4-crack 5-outra:_____ Ele têm problemas com esse consumo?: 1-sim 2- não Ele se trata?: 1-sim 2-não Aonde?: _____	19.____
20. Você já se envolveu ou teve problemas com a polícia devido ao seu consumo de drogas? 1-sim 2- não Qual?: _____	20.____
21. Você tem alguma doença física como diabetes, hipertensão ou outro problema?: 1-sim 2-não 3- desconhece Qual?: 1-HAS 2-diabetes 3-dores nas pernas (devido ao uso do álcool) 4-pancreatite 5-hepatite alcoólica 6-gastrite 7-outra:_____ Toma remédio?: 1-sim 2-não	21.____
22. Toma remédio para o seu problema com as drogas?: 1-sim 2-não Quais? 1-diazepam 2-amitriptilina 3-fluoxetina 4-clorpromazina 5-fenobarbital 6-haldol 7-biperideno 8-fenergam 9-levomepromazina 10-bupropiona 11-clonazepam 12- carbamazepina 13-niquitin 14-outro	22.____

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO - DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **VALIDAÇÃO DO DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) SELENE CORDEIRO VASCONCELOS, que poderá ser contactada à Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – Doutorado - Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 | Fone PABX: (81) 2126.8000.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivo Geral: Validação do *Drug-Taking Confidence Questionnaire* para uso no Brasil

- ☐ A sua participação na pesquisa ocorrerá em apenas um encontro para realização da entrevista para o preenchimento dos instrumentos de pesquisa, no CAPSad que o(a) sr(a) já está em tratamento e no intervalo de suas atividades para não atrapalhar sua rotina e do serviço.
- ☐ RISCOS diretos para o voluntário estarão relacionados à possível constrangimento que o sr(a) poderá sentir ao responder as perguntas e compartilhar suas informações pessoais. Por isso, me proponho a amenizar esses riscos realizando a entrevista individualmente, em local reservado e agradável para o(a) sr(a).
- ☐ BENEFÍCIOS diretos e indiretos para o(a) sr(a) relacionam-se à oportunidade de ter mais um espaço de cuidado por meio da troca de informações sobre aspectos importantes para o seu tratamento.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou

publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão por meio de preenchimento a caneta de instrumentos de pesquisa, os dados (instrumentos de pesquisa) ficarão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **VALIDAÇÃO DO DRUG-TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL**, como participante.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE G – DTCQ-8 ÁLCOOL VALIDADA PARA USO NO BRASIL

Programa#: _____

Código participante: _____

Técnico de Referência: _____

CAPSad: _____ **Data:** _____

DTCQ-8 Álcool*

Shortened Version of the Drug-Taking Confidence Questionnaire

Abaixo estão listadas situações nas quais algumas pessoas vivenciam problemas com o uso do álcool.

Imagine-se agora em cada uma dessas situações. Indique na escala o quanto tem confiança de resistir ao desejo de beber exageradamente em cada situação.

Circule **100** se você está 100% confiante que pode resistir ao desejo de beber muito; **80** se você está 80% confiante; **60** se você está 60% confiante. Se você está pouco confiante: circule **40** para indicar que você está apenas 40% confiante de que poderia resistir ao desejo de beber muito; **20** para 20% confiante; **0** se você não tem confiança alguma em cada situação.

Eu poderia resistir ao desejo de beber exageradamente							
		Não Confiante			Muito Confiante		
1.	Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.	0	20	40	60	80	100
2.	Se eu tivesse problemas para dormir.	0	20	40	60	80	100
3.	Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido.	0	20	40	60	80	100
4.	Se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente.	0	20	40	60	80	100
5.	Se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber.	0	20	40	60	80	100
6.	Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.	0	20	40	60	80	100
7.	Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber.	0	20	40	60	80	100
8.	Se eu quisesse comemorar com um amigo.	0	20	40	60	80	100

* Este formulário deve ser aplicado separadamente para a substância do problema principal e para a substância do problema secundário.

Somente para uso interno: Nível de autoeficácia _____ ou _____ %

APÊNDICE - H - DTCQ-8 OUTRAS DROGAS VALIDADA PARA USO NO BRASIL

Programa#: _____

Código participante: _____

Técnico de Referência: _____

CAPSad: _____ Data: _____

DTCQ-8 outras drogas*

Shortened Version of the Drug-Taking Confidence Questionnaire

Abaixo estão listadas situações nas quais algumas pessoas vivenciam problemas com o consumo de drogas.

Imagine-se agora em cada uma dessas situações. Indique na escala o quanto tem confiança de resistir ao desejo do uso exagerado de drogas em cada situação.

Circule **100** se você está 100% confiante que pode resistir ao desejo de usar muita droga; **80** se você está 80% confiante; **60** se você está 60% confiante. Se você está pouco confiante: circule **40** para indicar que você está apenas 40% confiante de que poderia resistir ao desejo de usar muita droga; **20** para 20% confiante; **0** se você não tem confiança alguma em cada situação.

Eu poderia resistir ao desejo de usar muita droga							
		Não Confiante			Muito Confiante		
1.	Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.	0	20	40	60	80	100
2.	Se eu tivesse problemas para dormir.	0	20	40	60	80	100
3.	Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido.	0	20	40	60	80	100
4.	Se eu quisesse testar se consigo usar _____, às vezes, sem me tornar dependente.	0	20	40	60	80	100
5.	Se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____.	0	20	40	60	80	100
6.	Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.	0	20	40	60	80	100
7.	Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar _____.	0	20	40	60	80	100
8.	Se eu quisesse comemorar com um amigo.	0	20	40	60	80	100

* Este formulário deve ser aplicado separadamente para a substância do problema principal e para a substância do problema secundário.

Somente para uso interno: Nível de autoeficácia _____ ou _____ %

APÊNDICE I – ARTIGO SUBMETIDO À BMJ Open

INSTRUMENTS TO MEASURE THE SELF-EFFICACY OF ALCOHOL AND DRUG USERS: A SYSTEMATIC REVIEW PROTOCOL

Selene Cordeiro Vasconcelos¹
 Iracema da Silva Frazão²
 Everton Botelho Sougey³
 Ana Luisa Antunes Gonçalves Guerra⁴
 Nigel Ernest Turner⁵
 Reginete Cavalcanti Pereira⁶
 Vânia Pinheiro Ramos⁷
 Murilo Duarte da Costa Lima⁸

1 Nurse, Doctoral Student of Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Federal University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. selumares@yahoo.com.br

2 Nurse, Doctorate in Social Work, Professor of the Postgraduate Program in Nursing – UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. isfrazao@gmail.com

3 Psychiatrist, Doctorate in Mental Health, Professor of the Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. evertonbs@yahoo.com

4 Nurse, Specialist in Labor Nursing, Recife, Pernambuco, Brazil. analuisa.guerra@hotmail.com

5 Epidemiologist, Philosophical Doctorate in Psychology, Assistant Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto and Independent Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. nigel.turner@camh.ca

6 Psychologist, Doctorate in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Rural Federal University of Pernambuco-UFRPE, Recife, Pernambuco, Brazil. reginetecavalcanti@oi.com.br

7 Nurse, Doctorate in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Federal University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. vpinheiroramos@uol.com.br

8 Psychiatrist, Doctorate in Psychiatry, Professor of the Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavior Sciences – UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. murilocostalima@ig.com.br

*Corresponding author: Selene Cordeiro Vasconcelos

Address: Av Beira Rio, 590 Ap 2602 Graças Recife Pernambuco, Brazil

CEP: 52010-290 +55(81)96344249

ABSTRACT

Background: The abuse of alcohol and other drugs is a worldwide problem and the treatment of these users represents a challenge to different healthcare services. Self-efficacy has been addressed as an important component of the treatment of these patients, and the measurement of self-efficacy has been considered an important scientific form of evidence. The aim of the present systematic review is to analyze instruments used to measure the self-efficacy of alcohol and drug users through a systematic review. **Methods/design:** A search of the Medline, Pubmed, SCOPUS and CINAHL databases will be conducted through a systematic review. The following inclusion criteria will be applied for studies: 1) studies that develop and/or validate instruments to measure the self-efficacy of drug users; 2) studies of the transcultural adaptation and/or validation of instruments to measure the self-efficacy of drug users. The inclusion criteria for the instruments will be as follows: 1) quantitative instrument developed to measure the self-efficacy of alcohol and/or other drugs users in treatment; 2) aimed at adult uses; 3) based on reports provided by the users themselves; and 4) psychometric parameters are assessed. The search, selection and assessment methodology of the studies will be conducted independently by two researchers and their selections will be compared. The design of the review will be based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Conflicts will be resolved through team discussions. The results will be synthesized in descriptive form. **Discussion:** We will analyze the instruments used to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users. This systematic review will be able to assist health professionals in their selection of the most adequate instruments for their clinical practice.

Record of systematic review: the review was registered under the PROSPERO reference CRD 42015020831.

Keywords: Nursing, Self-efficacy, Drug users, Systematic review, Validity, Reliability, Mental health.

Background

Alcohol and drug abuse/dependence causes problems to healthcare services around the world [1]. These problems are characterized by drug-seeking behavior and the loss of pleasure in daily activities, thereby affecting the user's work, family and social relationships [2-3]. The consumption of these substances represents a source of immediate gratification, which is perceived by the user as a way to solve their problems when facing difficult and/or conflict situations [4]. Among the several damaging effects caused by the consumption of these substances, the most significant are cognitive and behavioral abnormalities [1-3], which affect the self-efficacy of the individual [5].

Self-efficacy has been addressed as a significant component of the treatment of drug users and their families. Previous studies have reported the results and prognoses of the treatment of

drug users, as well as the indices of recovery from problems caused by the consumption of these substances [6-9].

For this systematic review, the concept of self-efficacy will be assessed as described by Bandura [10]. Self-efficacy involves personal confidence about one's own capacity to execute a specific required action and obtain a determined result, favoring the planning and execution of a specific type of behavior [11]. Thus, the person will identify that the gravity of a determined situation and its deleterious effects are related to the perception and comprehension that they have of the situation and their capacity to face it [9,12-13].

Given the above, the selection of instruments that have been validated to measure a determined phenomenon and to guide interventions for alcohol and/or drug users could contribute to more adequate planning and strategy implementation, as well as assuaging the dangers caused by the consumption of these substances [14-15].

This systematic review will assist health professionals in the selection of the most adequate instruments for their clinical practice. Thus, the following question arose in relation to this research: What instruments are used to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users? Therefore, the aim of the present systematic review protocol is to present a systematic review of the analysis of instruments used to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users. Thus, the proposed review will therefore systematically assess the measurement properties of alcohol and/or drug users self-efficacy measures and include an assessment of the methodological quality of all included studies.

Method/Design

This systematic review protocol was recorded in PROSPERO (CRD; available at: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/register_new_review.asp?RecordID=20831&UserID=5569)

Inclusion Criteria

The inclusion criteria for studies will be the following: 1) studies that develop and/or validate instruments to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users; 2) studies involving the transcultural adaptation and/or validation of instruments to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users.

The inclusion criteria for the instruments will be the following: 1) quantitative instrument developed to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users in treatment; 2) aimed at adults; 3) based on the reports of the users themselves; and 4) psychometric properties are

assessed. Instruments developed to assess self-efficacy in a comprehensive or non-specific manner, without focusing on the consumption of alcohol and other drugs, will be excluded (ex: self-efficacy of drug users for work – Foley et al., 2010; Svikis et al., 2012). Instruments that are simply adapted from a validated self-efficacy measurement instrument will also be excluded.

Filters will be used for texts in English, Spanish and Portuguese, with full access on the internet. No restrictions will be used in relation to the period or year of publication. Gray literature will not be included.

Information sources

We will search the PubMed, MEDLINE, CINAHL and SCOPUS databases using the descriptors indexed in the Mesh Terms: self-efficacy; “drug users”; scale; instrument; questionnaire; “outcomes assessment”; “validation studies”. No limits will be set for the time or period of the publication. The study selection process will begin with a reading of the title and abstract, obtaining a pre-selection, and a subsequent complete reading of the studies selected for the final sample. The selection of studies followed the fluxogram described in the PRISMA [18-21].

The reverse search strategy, also known as the “snowball” [22] will also be used as a complementary strategy to find articles with relevant data in the list of references in articles among the sample of the systematic review.

Study Selection

The screening of studies will be conducted in two stages. Two researchers will perform the search and select the articles based on a reading of the title and the abstract, after which they will classify the studies as follows: include; exclude or doubt. The findings of the independent researchers will also be compared and discussed with another five researchers to settle conflicts and questions, thereby creating a consensus that will lead to the attainment of the first sample. Studies classified as “include” will be compared a second time between the independent researchers, with the research team performing a complete reading of the articles and extracting relevant data using an adapted version of the instrument used by Scott et al. (2013) [23-24]. At this point, the final sample of the systematic review will be obtained.

Assessment of the measurement properties of instruments

We will use Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) [25-32] to assess the quality of instruments selected.

The measurement properties and aspects of measurement properties will be evaluated: reliability (internal consistency, measurement error, reliability), validity (content validity, structural validity, hypothesis testing) and responsiveness. We will consider whether of instrument included in the systematic review was based on any conceptual framework/model.

Assessment of the methodological quality of included studies

All studies included will be methodological articles which are those that seek to develop or refine the methods used to obtain, organize or analyze data, and deal with the development, validation and assessment of research tools, instruments and strategies [33]. Thus, the COSMIN checklist [25-32] will be used to evaluate the methodological quality of included studies.

Data analysis/synthesis

The data will be extracted from the studies selected in order to perform descriptive analysis of all instruments used to measure the self-efficacy of alcohol and/or drug users. To do this, we will create an evidence bank that will describe the instruments addressed by the studies included in the systematic review as follows: conceptual basis (theory adopted); target population (alcohol and/or drug users); type of self-efficacy measured (self-efficacy for abstinence, for coping or for resisting the urge to consume drugs, among others); the description of the content (name of the instrument and the number of questions or items, as well as the quantity of domains and sub-scales); application standards (form, administration time and scoring) and psychometric properties (validity and reliability).

The instruments will be analyzed in relation to their psychometric properties, the application standards and the participation of service users in the development process of the instrument.

Discussion

The results of this systematic review could potentially influence health professionals when treating alcohol and/or drug users, since it provides a detailed summary of the current evidence related to instruments that measure the self-efficacy of these individuals.

Therefore, our aim is to have a positive impact on the treatment of drug users by sharing the knowledge integrated, summarized and analyzed in this systematic review through peer-reviewed publications. These publications will be presented at scientific events, as well as in

public institutions that specialize in the treatment of alcohol and/or drug users, and will discuss the significance and implications of the systematic review of the treatment of these individuals.

Thus, this systematic review will be useful to health professionals, alcohol and /or drug users, their families and graduate/post-graduate students involved in the care of people in both public and private specialized institutions.

Competing Interests

The authors declare that they have no conflicts of interests.

Authors' Contributions

All of the authors contributed substantially to the study design and conception and participated in the drafting of the application submission. The authors SCV¹ and ALAGG⁴ came up with the idea, developed the criteria and performed the search and selection of studies, before writing the systematic review protocol. ISF², EBS³, NET⁵, VPR⁶, RCP⁷ and MDCL⁸ guided all stages of this systematic review and revised the manuscript. All of the authors read and approved the final version.

REFERENCES

1. Costa LCS, Navas ALGP, Oliveira, CCC, Ratto LRC, Carvalho KHP, Silva HR, Lopes C, Tieppo CA. Phonological memory evaluation and impulsiveness of drug users treated at a center of integrated mental health care. *Rev CEFAC*. 2012,14(3):438-47.
2. Almeida RMM, Flores ACS, Scheffer M. Suicidal ideation, problem solving, expression of anger and impulsivity in addicted to psychoactive substances. *Psicol: Reflex & Crit*. 2013,26.1.
3. Peuker AC, Lopes FM, Menezes CB, Cunha SM, Bizarro L. Implicit Processing and Chemical Dependency: Theory, Assessment and Prospects. *Psicol: Teo e Pesq*. 2013,29(1):7-14.
4. Romanini M, Dias ACG, Pereira, Amanda Schreiner. Relapse prevention group as a recovery tool for the treatment of chemical dependency. *Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde*. 2010,11(1):115-32.

5. Ilies R, Judge TA, Wagner DT. The Influence of Cognitive and Affective Reactions to Feedback on Subsequent Goals. Role of Behavioral Inhibition/Activation. *Europ Psychol*. 2015;2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000011>
6. Romero JC, Pérez EJP, López MP. Efficacy to resist substance use as a predictor of treatment outcomes and relationship with personality variables: study of a sample of addicts with DTCQ the VIP and MCMI-II. *Addic*. 2007;19(2):141-51.
7. Mensinger JL, Lynch KG, TenHave TR, McKay JR. Mediators of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine abuse. *Journal Consult Clin Psychol*. 2007;75(5):775-84.
8. Lynch KG, Van Horn D, Drapkin M, Ivey M, Coviello D, McKay JR. Moderators of response to telephone continuing care for alcoholism. *Am J Health Behav*. 2010;34(6):788-800.
9. Sánchez-Hervás E, Del Pozo JML. Relapse in cocaine addiction: a review. *Adicc*. 2012;24(3):269-80.
10. Bandura A. Self-Efficacy: Toward unifying theory of behavior change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
11. Bandura A. A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychol Scien*. 1999;10(3):214-7.
12. Rondina RC, Martins RA, Manzato AC, Botelho C, Refberg B. Social skills in smokers: a study with brazilian undergraduate students. *Rev Bras de Ter Comp Cogn*. 2015;XVII(2):4-15.
13. Christian Apfelbacher, Priya Paudyal, Alpaslan Bülbül, Helen Smith. Measurement properties of asthma-specific quality-of-life measures: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* 2014, 3:83. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/3/1/83>.
14. Formigoni MLOS, Castel S. Rating scales of drug dependence: general aspects. *Rev. Psiquiatr Clín*. 1999;26(1,n.esp):5-31.
15. Matos MTS, Bastos ENE, Matos EC, Vasconcelos SMM. The use of evaluation scales as therapeutic tools in patients seen at a service for drug rehabilitation in Fortaleza-CE. *Rev RENE*. 2006;7(2):9-16.
16. Foley K, Pallas D, Forcehimes AA, Houck JM, Bogenschutz MP, KeyserMarcus L, Svikis D. Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an american indian substance abuse treatment sample. *J Vocat Rehabil*. 2010 October 26; 33(3): 181–192. doi:10.3233/JVR-2010-0526.

17. Ondersma J, Svikis DS, Lam PK, Connors-burge VS, Ledgerwood DM, Hopper JA. A Randomized Trial of Computer-Delivered Brief Intervention and Low-Intensity Contingency Management for Smoking During Pregnancy. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(3):351-60.doi: 10.1093/ntr/ntr221.
18. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews.* 2015;4:1. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>
19. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D: The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 2009;339:b2700.
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine.* 2009;151(4):264-70.
21. University of York. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2008.
22. Greenhalgh T, Peacock R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: AUDIT of primary sources. *BMJ.* 2005;331:1064-5.
23. Scott SD, Albrecht L, O'Leary K, Ball GDC, Dryden DM, Hartling L, Hofmeyer A, Jones CA, Burns KK, Newton AS, Thompson D, Klassen TP: A protocol for a systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implement Scien.* 2011;6:58.
24. Scott SD, Brett-MacLean P, Archibald M, Hartling L: Protocol for a systematic review of the use of narrative storytelling and visual-arts-based approaches as knowledge translation tools in healthcare. *System Rev.* 2013;2:19.
25. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. International consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes: results of the COSMIN study. *Jour of Clinic Epidemiol.* 2010;63:737-45.
26. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality

- of studies on measurement properties of health status measurement instruments. *Qual of Life Res.* 2010,19:539-49.
27. Mokkink LB, Terwee CB, Gibbons E, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. Inter-rater reliability of the COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments) Checklist. *BMC Med Resea Methodol.* 2010,10:82.
 28. Mokkink LB et al. Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments. *Qual Life Res.* 2009,18:313-33.
 29. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HC: The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2010,63:737–45.
 30. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Bouter LM, de Vet HC: The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC Med Res Methodol.* 2010,10:22.
 31. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HC: The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res.* 2010, 19:539–49.
 32. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC: Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007,60:34–42.
 33. POLIT DF, BECK CT. *Search Fundamentals of Nursing: an evaluation of evidence for nursing practice.* 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

APÊNDICE J – ARTIGO FORMATADO PARA SER SUBMETIDO À REVISTA CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW

Instrumentos para medir autoeficácia de usuários de álcool e outras drogas: revisão
sistemática

FORMATADO PARA A REVISTA CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW

Selene Cordeiro Vasconcelos¹
Iracema da Silva Frazão²
Everton Botelho Surgey³
Ana Luisa Antunes Gonçalves Guerra⁴
Reginete Cavalcanti Pereira⁵
Vânia Pinheiro Ramos⁶
Nigel Ernest Turner⁷
Murilo Duarte da Costa Lima⁸

1 Nurse, Doctoral Student of Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Federal University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. selumares@yahoo.com.br

2 Nurse, Doctorate in Social Work, Professor of the Postgraduate Program in Nursing – UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. isfrazao@gmail.com

3 Psychiatrist, Doctorate in Mental Health, Professor of the Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. evertonbs@yahoo.com

4 Nurse, Specialist in Labor Nursing, Recife, Pernambuco, Brazil. analuisa.guerra@hotmail.com

4 Psychologist, Doctorate in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Federal Rural University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. nigel.turner@camh.ca

6 Nurse, Doctorate in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Federal University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. vpinheiroramos@uol.com.br

7 Epidemiologist, Philosophical Doctorate in Psychology, Assistant Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto and Independent Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. nigel.turner@camh.ca

8 Psychiatrist, Doctorate in Psychiatry, Professor of the Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavior Sciences – UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. murilocostalima@ig.com.br

*Corresponding author: Selene Cordeiro Vasconcelos

Address: Av Beira Rio, 590 Ap 2602 Graças Recife Pernambuco, Brazil

CEP: 52010-290 +55(81)96344249

Abstract

A confiabilidade e a validade de instrumentos para medir a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas é importante na prática clínica e na pesquisa. Ao promover uma visão geral das medidas de autoeficácia, a presente pesquisa objetiva analisar os instrumentos para mensurar a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas. Realizado por meio de busca nas bases de dados Medline, Pubmed, SCOPUS e CINAHL, resgatando 4151 estudos, sendo identificados 40 instrumentos para a inclusão potencial nesta revisão, dos quais 31 preencheram os critérios de inclusão. Essa revisão sistemática proporcionou uma ampla avaliação dos instrumentos de mensuração da autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas. Além disso, poderá contribuir para a identificação e escolha de instrumentos mais adequados às necessidades dessa clientela, servindo de evidências científicas para pesquisa, acompanhamento e avaliação dos cuidados prestados.

1. Introduction

Autoeficácia constitui uma importante temática abordada em estudos sobre o comportamento humano. Conceituada por Bandura (1977) como a crença ou a confiança que uma pessoa tem acerca de sua própria capacidade de realizar um determinado comportamento em uma situação específica. Ainda é conceituada como mecanismo cognitivo baseado em expectativas ou crenças sobre a capacidade de executar ações necessárias para produzir um determinado efeito, sendo considerado um componente teórico de mudança de comportamento em vários tratamentos terapêuticos (APA, Thesaurus de indexação Psychological Terms, 1994).

A autoeficácia foi adicionada pela OMS (2006) ao Glossário de Promoção da Saúde, como a crença que os indivíduos têm em sua capacidade de realizar ações que influenciará os eventos que afetam suas vidas, determinando como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam.

No campo das dependências químicas, os estudos relacionaram a autoeficácia à habilidade de enfrentamento em situações específicas, incluindo a prevenção de recaídas (Abrams; Niaura, 1987; Marlatt; Gordon, 1985); autoeficácia para a abstinência de drogas (Majer, Jason, Olson, 2004); autoeficácia na cessação tabágica (Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams, Monti, 2006); autoeficácia para a manutenção da abstinência após o tratamento (Coon et al., 1998; Rondas-Bryant et al., 1997; Wong et al., 2004).

Com a evolução da psicometria surgiram vários instrumentos para mensurar esse fenômeno, gerando uma importante fonte de evidência científica. Foram identificados 22 instrumentos diferentes. Para auxiliar pesquisadores e profissionais assistenciais a escolher o instrumento mais apropriado para medir a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas, realizou-se esse estudo para analisar esses instrumentos desenvolvidos especificamente para essa clientela.

2. Método

2.1. Critério de inclusão

Realizada busca on line por dois pesquisadores independentes nas bases de dados Medline, CINAHL, SCOPUS e Pubmed, utilizando a combinação dos descritores indexados no Mesh Terms: self-efficacy, “drug users”, scale, instrument, questionnaire, “outcomes assessment”, “validation studies”. Sem limites de tempo à data da publicação. A seleção dos estudos

iniciou pela leitura do título e sumário, obtendo-se uma pré-seleção e posterior leitura completa dos estudos selecionados para amostra final. Além disto, foi utilizada a estratégia de busca reversa ou “bola de neve” que consiste na leitura da lista de referências das publicações selecionadas no intuito de identificar outros instrumentos com potencial para inclusão nesta revisão.

Os critérios de inclusão para os estudos foram: 1) estudos de desenvolvimento e/ou validação de instrumentos para medir a autoeficácia de usuários de drogas; 2) estudos de adaptação transcultural e/ou validação de instrumentos para medir a autoeficácia de usuários de drogas.

Além disso, a utilização empírica dos instrumentos de medida é considerada parte de seu processo de desenvolvimento e aprimoramento clínico. Assim, optou-se também por construir uma síntese qualitativa sobre os instrumentos por meio da seleção aleatória de outros estudos originais que examinaram propriedades psicométricas dos instrumentos incluídos nesta revisão.

Os critérios de inclusão para os instrumentos foram: 1) instrumento quantitativo desenvolvido para mensurar a autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas em tratamento; 2) projetado para uso com adultos; 3) com base no auto-relato dos usuários; e 4) tendo propriedades psicométricas estabelecidas. Foram excluídos os instrumentos desenvolvidos para avaliar a autoeficácia de forma abrangente ou inespecífica sem enfocar o consumo de álcool e outras drogas (ex: autoeficácia dos usuários de drogas para o trabalho – Foley et al., 2010; Svikis et al., 2012). Foram excluídos também aqueles instrumentos que foram apenas adaptados a partir de um instrumento de mensuração de autoeficácia validado.

2.2. Critérios para analisar os instrumentos de mensuração da autoeficácia

Instrumentos foram analisados em relação às suas propriedades psicométricas, normas de aplicação e participação dos usuários do serviço no processo de desenvolvimento do instrumento. Para tanto, foi utilizado o COSMIN, que é recomendado para uso em revisões sistemáticas de estudos que desenvolveram instrumentos de medida (MOKKIN et al., 2012).

2.2.1. As propriedades psicométricas

As propriedades psicométricas avaliadas foram: consistência interna, confiabilidade, validade discriminante, convergente e entre avaliadores, bem como teste-reteste.

A validade de um instrumento se refere ao grau em que ele realmente mede o construto que se propõe a medir e a confiabilidade avalia o grau de repetitividade e reprodutibilidade do resultado de uma medição (PASQUALI et al., 2010).

Validade de aparência ou de face constitui o julgamento subjetivo quanto à clareza e compreensão do instrumento, ou seja, se o instrumento aparentemente mede o que pretende medir (WILLIAMSON, 1981; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013; GIL, 2010). Foi investigado se os autores do instrumento realizaram junto à população alvo e/ou ao comitê de especialistas.

Validade de conteúdo se refere ao grau em que o instrumento evidencia um domínio específico de conteúdo do que pretende medir (SAMPIERI, 1996), ou seja, é o grau que a medição representa o conceito que se pretende medir, onde os itens cobrem e representam adequadamente o que está sendo medido (PASCHOAL, 2000). Para avaliar essas informações foi investigado se os autores do instrumento verificaram a validade de conteúdo a partir da revisão de literatura, da opinião da população alvo, de um comitê de especialistas, de um ensaio clínico, do cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC) ou do índice de concordância (IC), verificação da concordância inter-observadores (cálculo da porcentagem de concordância entre os especialistas).

Validade de construto ou validade de conceito é definida pela grandeza das cargas fatoriais das variáveis no fator, as quais constituem a representação comportamental do próprio fator (traço latente) para o qual foram elaboradas as variáveis como representação empírica (FONTENELE, 2014). Assim, verifica a legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2003, p.165), se referindo ao grau em que um instrumento se relaciona consistentemente com outras medições semelhantes derivadas da mesma teoria e conceitos que estão sendo medidos. Desta forma, foi verificada se os autores utilizaram análise fatorial exploratória e/ou confirmatória. Ainda sobre o construto, há a **validade discriminante** relacionada a não correlação do teste com variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (PASQUALI, 2003), podendo ser verificada por meio da comparação de grupos contrastados.

Validade de critério estabelece a validade de um instrumento de medição comparando-o com algum critério ou variável externa, considerada como padrão-ouro ou *gold standard*. Quando o critério se fixa no presente, ocorre a **validade convergente**, onde os resultados do instrumento se correlacionam com o critério no mesmo momento (MARTINS, 2006). Quando

o critério se fixa no futuro, ocorre a **validade preditiva**, que se refere à extensão na qual o instrumento prediz futuros desempenhos dos indivíduos (SAMPIERI, 1996). Assim, verificou-se se os autores utilizaram a validade convergente para demonstrar se o instrumento apresenta alta correlação com outros instrumentos de medição de conceitos semelhantes. Considerou-se correlação pequena um valor de 0,1, médio (0,3) e grande (0,5) (Cohen, 1977, 1988).

A **confiabilidade** de um instrumento é conferida quando os dados contribuem na consistência interna e na estabilidade.

A **homogeneidade** ou **consistência interna** é a capacidade do instrumento em avaliar o construto em apreço, onde os itens do instrumento se correlacionam ou se complementam, demonstrando a coerência entre eles (OLIVEIRA, 2014). É determinada principalmente por meio do alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951; LIP; VAN SCHOOR, 2005; LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2013; PASQUALI, 2003 POLIT; BECK, 2011; LEONG et al., 2005), sendo considerados valores moderados a altos ($\alpha \geq 0,70$).

A **estabilidade ou confiabilidade temporal ou fidedignidade** é a capacidade de produzir resultados iguais em administração repetida do instrumento (PASQUALI et al., 2010). Pode ser medida pelo coeficiente de Correlação Teste-reteste que constitui o cálculo da correlação entre as distribuições de escores obtidos em um mesmo teste à uma mesma população em dois momentos de tempo diferentes (PASQUALI et al., 2010). Pode ser medido também pelo coeficiente de correlação intraclass (ICC) e coeficiente de Pearson, sendo considerado um nível aceitável valores maiores que 0,70.

A confiabilidade entre avaliadores foi investigada para verificar se os autores avaliaram a confiabilidade do instrumento por meio de avaliadores, podendo ser medida pelo Kappa e índice de concordância inter-observadores.

Responsividade ou capacidade de resposta refere-se à capacidade de um instrumento para medir as mudanças no estado de saúde as pessoas quando elas foram submetidas a algum tipo de intervenção (MENDOZA et al., 2005). Foram incluídas neste caso dados de estudos longitudinais, na falta de responsividade formal dos testes.

2.2.2. Facilidade de administração

No intuito de minimizar a carga sobre profissionais de saúde e usuários dos serviços, foram estabelecidas características do instrumento que facilitam a sua administração, como: acessibilidade do instrumento, taxas de utilização, tempo gasto para aplicação, ser incorporado às práticas de rotina dos serviços.

Assim, foram considerados instrumentos de fácil aplicação aqueles cujo tempo de preenchimento é inferior a 30 minutos, linguagem compreensível por uma criança de 12 anos de idade (PASQUALI et al., 2010), instruções disponíveis gratuitamente, comprimento breve com alguns itens, disponibilidade de traduções do instrumento para outros idiomas.

2.2.3. O envolvimento do usuário do serviço

Foi considerado como bom envolvimento do usuário do serviço quando o processo de desenvolvimento do instrumento permitiu ao usuário a construção de feedback sobre o desenvolvimento e sugestões para modificação de itens do instrumento. Foi considerado como nenhum envolvimento do usuário, quando sua participação estava restrita a testes piloto.

Ainda sobre a população alvo, avaliou-se o tamanho da amostra por meio da investigação sobre o referencial teórico utilizado pelos autores dos estudos selecionados. Apesar de não haver consenso sobre o tamanho da amostra da população alvo em um estudo metodológico de desenvolvimento e validação de instrumentos de mensuração de um fenômeno, baseou-se na literatura disponível. Assim, há a recomendação de 5 participantes (HAIR et al., 2005), 10 participantes (KERLINGER, 1986; KERMARREC et al., 2006; PASQUALI et al., 2010;), 5 a 10 participantes por item do instrumento (SAPNAS, 2004; KASS e TINLEY, 1979).

Há também recomendações de tamanho mínimo da amostra final para realizar os testes para verificar a confiabilidade do instrumento de 200 (KLINE, 1986) e 300 participantes (NUNNALLY, 1978).

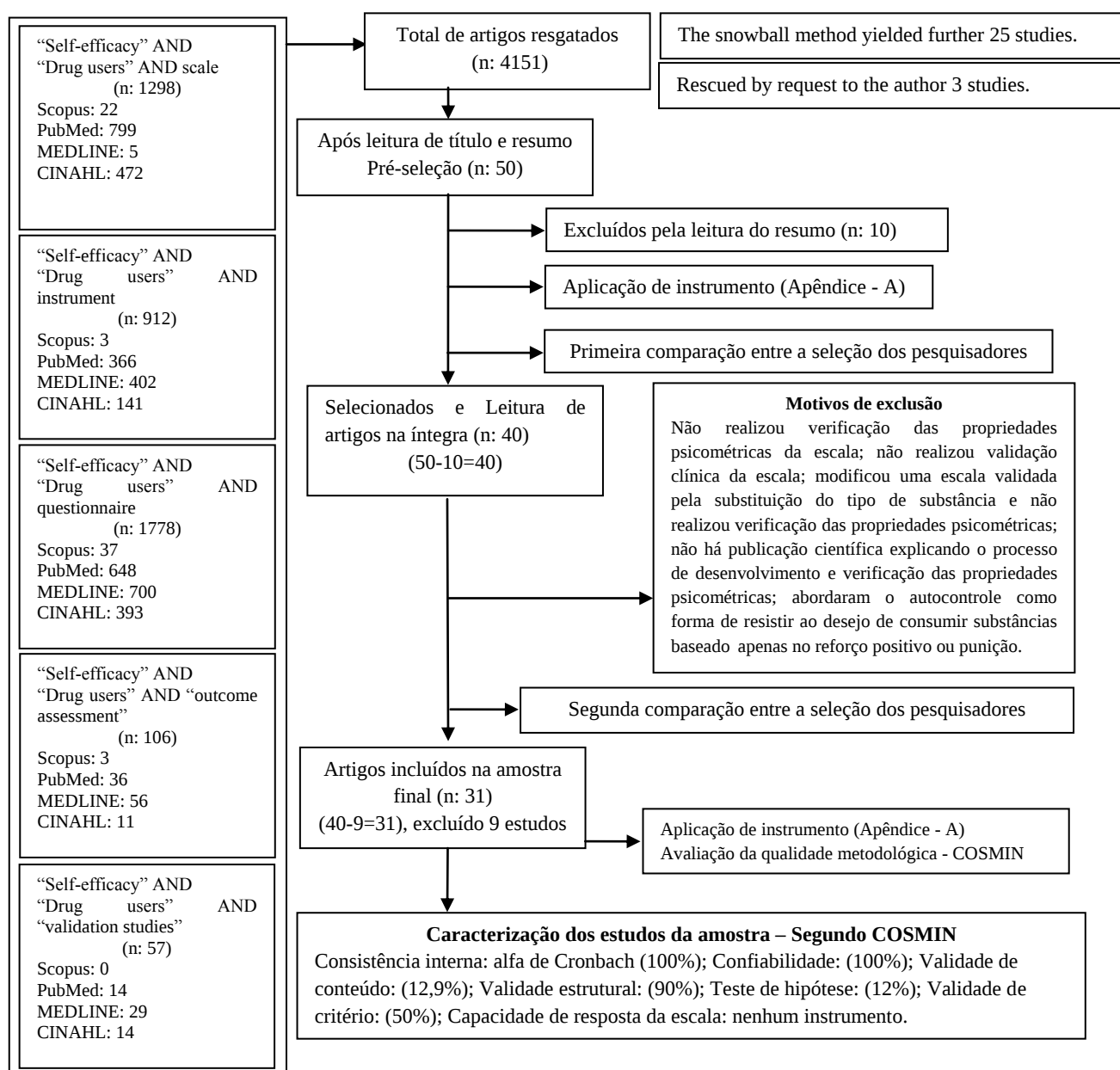
2.3. Extração de dados

Os dados extraídos foram organizados em tabelas contendo as principais características de cada instrumento, como: base conceitual (teoria adotada); população alvo (usuários de álcool e outras drogas); tipo de autoeficácia mensurada (autoeficácia para a abstinência, para o enfrentamento, para resistir ao desejo de consumir drogas, dentre outras); descrição de conteúdo (nome do instrumento e número de perguntas ou itens), as normas de aplicação

(forma, tempo de administração e pontuação) e as propriedades psicométricas (confiabilidade, validade e responsividade).

A estratégia de busca e seleção dos artigos está descrito na figura a seguir:

Figura1. Resultados da busca em base de dados, seleção dos artigos pelos pesquisadores independentes e comparação das seleções para construção da amostra final, de acordo com PRISMA (MOER et al., 2009).



3. Resultados

A busca inicial resgatou 4151 referências, onde 40 eram potencialmente elegíveis de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura completa dos estudos, construiu-se uma amostra de 31 instrumentos para análise, descritos abaixo.

Os instrumentos identificados por essa busca foram:

- **Instrumentos para usuários de álcool:** *Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale* (AASE) (DICLEMENTE; CARBONARI; MONTGOMERY; HUGHES, 1994); *Drinking Self-Efficacy Questionnaire* (DSEQ) (YOUNG; OEI; CROOK, 1991); *Drink Refusal Self-Efficacy Questionnaire* (DRSEQ) (YOUNG; OEI; CROOK, 1996); *Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence* (ARS-CC) (BONAR et al., 2011);
- **Instrumentos para usuários de outras drogas:** *Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire* (HRSEQ) (PHILLIPS; ROSENBERG, 2008); *Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire* (BRSEQ) (PARR; KAVANAGH; YOUNG; CONNOR, 2009); *Drug Avoidance Self-Efficacy Scale* (DASES) (MARTIN; WILKINSON; POULOS, 1995); *Self-Efficacy List for Drug Users* (SELD) (OENE; BRETELER; SCHIPPERS; SCHRIJVERS, 2000); *Self-Efficacy and Desire Scale* (SAD) (MINERVINI; PALANDRI; BIANCHI; BASTIANI; PAFFI, 2011)
- **Instrumentos para usuários de álcool e outras drogas:** *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) (SKLAR; ANNIS; TURNER, 1997; SKLAR; TURNER, 1999); *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ) (ANNIS; GRAHAM, 1988; MILLER; ROSS; EMMERSON; TODT, 1989;).

Ademais, há alguns autores que se basearam em outro instrumento de medição de autoeficácia validada para construção de seu instrumento, sem realizar avaliação de psicométrica do instrumento desenvolvido. Desta forma, McKiernan e colaboradores (2011) desenvolveram o instrumento de 12-itens *Brief Abstinence Self-Efficacy Measure* somente pela comparação com o *Alcohol Abstinence Self-Efficacy* (AASE), sendo excluídos do presente artigo de revisão.

Da mesma forma, as escalas *Temptation to Use Drug Scale* (TUDS), *Self-Efficacy Drug Abstinence Self-Efficacy Scale* (DASE) foram uma adaptação da AASE, não tendo suas propriedades psicométricas descritas formalmente em um artigo científico publicado, por isto não atende aos critérios dessa revisão. No entanto, estas duas escalas foram adaptadas e

validadas para uso no Brasil sob a denominação de Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) e Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD), sendo incluídas nessa revisão apenas as versões brasileiras (FREIRE, 2009).

Observou-se também que alguns pesquisadores adaptam instrumentos validados substituindo o tipo de droga do instrumento original pela substância de seu estudo, sem realizar verificação de propriedades psicométricas (LYNCH, 2008).

Salienta-se que alguns instrumentos são mais utilizados em sua forma abreviada devido a maior viabilidade operacional e aplicação clínica, no intuito de minimizar a carga sobre profissionais de saúde e usuários dos serviços (SKLAR; TURNER, 1999).

Inicialmente os autores desenvolviam os instrumentos especificamente para seus estudos e verificavam algumas de suas propriedades psicométricas com os dados de sua pesquisa clínica. No entanto, não publicavam artigo específico descrevendo o processo de desenvolvimento e verificação das propriedades psicométricas do instrumento, cita-se os instrumentos TUDS, DASE, SCQ e DSEQ. Fato que constituiu dificuldade e limitação para a presente revisão.

A maioria dos instrumentos analisados foi desenvolvida para medir a confiança dos usuários de álcool e/ou outras drogas para resistirem ao desejo de consumir estas substâncias em situações de alto risco. Os instrumentos HRSEQ, CDSES, ARS-CC foram desenvolvidos no intuito de avaliar a autoeficácia para desenvolver ações ou estratégias de Redução de Danos. A média dos escores de autoeficácia foi obtida por meio da média dos escores dos itens de cada instrumento, sendo o valor utilizado para as análises subsequentes em todos os estudos.

Em relação à estrutura conceitual, todos os instrumentos foram desenvolvidos com base no conceito de autoeficácia e/ou a Teoria da Aprendizagem Social (BANDURA 1977, 1980, 1981, 1982, 1986, 1989, 1992, 1995) e no modelo cognitivo comportamental de recaídas em situações de alto risco (CUMMINGS et al., 1980; MARLATT; GORDON, 1980, 1985).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos a partir de instrumento anterior e outros da necessidade de se estudar um fenômeno, tendo seu desenvolvimento durante a pesquisa empírica. Os demais instrumentos foram objeto da pesquisa de seus autores, por meio da elaboração de artigo descrevendo seu desenvolvimento e verificação de suas propriedades psicométricas.

Quanto a participação dos usuários do serviço, a maioria dos instrumentos não foi submetido à verificação da validade de conteúdo pela população alvo, ou seja, nenhum usuário de álcool e/ou outras drogas opinou sobre o instrumento durante sua participação no estudo.

Quanto aos instrumentos submetidos à validade de conteúdo, destaca-se que o ARS-CC (BONAR et al., 2011) realizou 10 sessões de grupo focal com 8 participantes e ainda um estudo piloto com 74 participantes (CLAPP et al., 2007); HRSEQ (PHILLIPS et al., 2008) foi avaliado por 12 usuários de drogas injetáveis; EAAD e ESTUD (FREIRE, 2009) realizaram validade de conteúdo, por meio da técnica tempestade cerebral, com psicólogos e estudantes de psicologia, posteriormente com um comitê de 3 especialistas, sendo discutido com a equipe de pesquisa.

Quanto à verificação da confiabilidade, apenas os instrumentos Brief-SCQ (MILLER et al., 1989); SELD (OENE et al., 2000); SEQ-12 (ETTER et al., 2000); HRSEQ (PHILLIPS et al., 2008); e ARS-CC (BONAR et al., 2011) realizaram o teste-reteste. Todos os instrumentos utilizaram o alfa de Cronbach e todos realizaram coeficiente de correlação item-total.

Apenas os instrumentos utilizados para fumantes apresentaram correlação significativa com algumas variáveis sociodemográficas, como grau/tempo de estudo.

Os demais dados sobre a caracterização geral dos instrumentos analisados estão descritos na Tabela 1. As Tabelas 2 e 3 mostram o processo de verificação das propriedades psicométricas dos instrumentos e outras informações importantes (dados complementares). A organização dessas tabelas foi adaptada de acordo com as recomendações em COSMIN (MOKKINK, 2012).

Discussão

Autoeficácia é uma temática bastante abordada no tratamento de usuários de álcool e/ou outras drogas, norteando o planejamento e a avaliação das intervenções de saúde voltadas a esta clientela. Além disso, tem sido relacionada à evolução, aos resultados e aos prognósticos a estes cuidados (DEMMELE; BECK; LAMMERS, 2003; DEMMELE et al., 2004; DEMMELE; RIST, 2005; CONNOR et al., 2011; GILBERT; DRUMMOND; SINCLAIR, 2015). Ainda se relacionam a taxas de recuperação de problemas decorrentes do uso dessas substâncias (LYNCH et al., 2010; MESSINGER et al., 2007; ROMERO; PÉREZ; LÓPEZ, 2007; SÁNCHEZ-HERVÁS; DEL POZO, 2012). No entanto, para ser considerada uma importante evidência científica, a autoeficácia necessita ser mensurada por instrumento válido e confiável (MCKAY, 2005).

Entretanto, para a utilização em diferentes cenários do cuidar, os instrumentos de medida necessitam passar por um rigoroso processo de tradução e adaptação transcultural, considerando a realidade local ou regional da população alvo (XIMENES et al., 2008).

Após o processo de adaptação transcultural, o instrumento necessita ser submetido à validação clínica, constituída pela aplicação do instrumento adaptado à população alvo. Somente após todos esses procedimentos metodológicos, o instrumento poderá ser considerado válido e confiável como fonte de evidência clínica e científica para esse novo contexto sociocultural (OLIVEIRA, 2014; ORIÁ; XIMENES, 2010).

Diante desse contexto, destaca-se o enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, que possui em sua formação enfoque sobre o processo de cuidar de uma pessoa (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008). Para esses autores, a educação em saúde é uma importante estratégia de intervenção, pois permite ao enfermeiro aprender sobre o comportamento humano e suas interfaces para a realização de cuidados de saúde (SILVEIRA et al., 2013), aplicar em sua prática profissional a rotina de avaliação de suas intervenções por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), da prática baseada em evidências, de pesquisas científicas e da utilização de instrumentos de mensuração (CLARO et al., 2011).

Assim, a escolha de instrumentos validados para mensuração de um determinado fenômeno, para nortear as intervenções nos cuidados de saúde aos usuários de drogas, pode contribuir para a adoção de estratégias mais adequadas e para amenizar os prejuízos decorrentes do consumo prejudicial desta substância (FORMIGONI; CASTEL, 1999; MATOS et al., 2006).

Do exposto, os instrumentos de mensuração da autoeficácia de usuários de álcool e/ou outras drogas são muito importantes para a pesquisa e para a prática clínica. Essa revisão proporcionou uma visão geral sobre os instrumentos disponíveis na literatura e poderá contribuir para que os profissionais tenham acesso aos melhores instrumentos de medida desse fenômeno.

Conclusão

A presente revisão proporcionou uma visão geral sobre os instrumentos utilizados para mensurar a autoeficácia do usuário de álcool e/ou outras drogas, facilitando o acesso a essas ferramentas clínicas e de pesquisa, contribuindo para construção de evidências científicas no processo de cuidar dessa clientela.

A escolha do instrumento deverá considerar o objetivo do usuário de álcool e/ou outras drogas, pois aqueles que não desejam a abstinência poderão ser mais beneficiados com instrumentos com o enfoque na Redução de Danos

A compreensão do papel da autoeficácia na dinâmica comportamental que envolve o processo de dependência química, contribuirá para a adoção de intervenções mais eficazes para o tratamento dessa clientela.

REFERENCES

K. Foley, D. Pallas, A. A. Forcehimes, J. M. Houck, M. P. Bogenschutz, L. Keyser-Marcus, D. Svikis. Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an american indian substance abuse treatment sample. *J Vocat Rehabil.* 2010 October 26; 33(3): 181–192. doi:10.3233/JVR-2010-0526.

Dace S. Svikis, Lori Keyser-Marcus, Maxine Stitzer, Traci Rieckmann, Laretta Safford, Peter Loeb, Tim Allen, Carol Luna-Anderson, Sudie E. Back, Judith Cohen, Michael A. DeBernardi, Bruce Dillard, Alyssa Forcehimes, William Jaffee, Therese Killeen, Ken Kolodner, Michael Levy, Diane Pallas, Harold I. Perl, Jennifer Sharpe Potter, Scott Provost, Karen Reese, Royce R. Sampson, Allison Sepulveda, Ned Snead, Conrad J. Wong, and Joan Zweben. Randomized Multi-site Trial of the Job Seekers' Workshop in Patients with Substance Use Disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2012 January 1; 120(1-3): 55–64. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.06.024.

Marisa Sklar, Erik J. Groessl, Maria O'Connell, Larry Davidson, Gregory A. Aarons. Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 33 (2013) 1082–1095.

Patrick Mckiernan, Richard Cloud, David A. Patterson, Silver Wolf, Seana Golder, Karl Besel. Development of a Brief Abstinence Self-Efficacy Measure. *J Soc Work Pract Addict.* 2011 ; 11(3): 245–253. doi:10.1080/1533256X.2011.593445.

Jannette m. Parr, David J. Kavanagh, Ross McD. Young, Jason P. Connor. Development of self-efficacy and expectancy measures for benzodiazepines. *Addictive Behaviors* 34 (2009) 751-755.

R. McD. Young, Tian P. S. Oei, G. M. Crook. Development of a Drinking Self-Efficacy Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol 13, No. 1 1991

DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Montgomery, R.P.G., Hughes, S. O. 1994. The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RWJG, Bouter LM, de Vet HCW. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research* 2011, July 6 [epub ahead of print].

James G. Barber* Brian K. Cooper, Nick Heather. The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26(5), 565-575, 1991

Bandura A. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1999.

Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Amer. Psychologist*. 1989;44: 1175-1184.

Danielle E. Ramo, Mark G. Myers, Sandra A. Brown. Psychometric Properties of a Revised Form of the Drug-Taking Confidence Questionnaire for Use with Adolescents. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2009 January 1; 18(1): 24-42.

Freire Suzana Dias. Evidências de validade da escala de autoeficácia para a abstinência de drogas (EAAD) e da escala de situações tentadoras para o uso de drogas em dependentes de cocaína e crack internados. Porto Alegre, 2009, 120f. Dissertação. Orientadora Margareth da Silva Oliveira. (Mestrado em Psicologia Clínica).

Carlo C. DiClemente. Self-Efficacy and smoking cessation maintenance: a preliminary Report. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 5, No. 2, 1981, pp. 175-187.

Carlo C. DiClemente, James O. Prochaska, Michael Gibertini. Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 9, No. 2, 1985, pp. 181-200.

Douglas N. Jackson. Reliability of the Jackson Personality Inventory. *Psychological Reports*, 1977,40,613-614.

Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J., Paul Barrett. A revised version of the Psychoticism Scale. *Personality and Individual Differences*. 6(1):21-29, 1985.

Willem A. Arrindell, Robbert Sandeman, Henk Van Der Mollen, Jan Van Der Ende, Peter Paul Mersche. The structure of assertiveness: a confirmatory approach. *Behav. Res. Ther.* 26(4):337-339. 1988.

Khalil A. Khavari, Philip D. Farber. A profile instrument for the quantification and assessment of alcohol consumption: The Khavari Alcohol Test. *Journal of Studies on Alcohol*. 39(9):1525-1539, 1978.

K W Wanberg, J L Horn, F M Foster. A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(3), 512-543 (1977).

McConaughy, A., Prochaska, O. Velicer, W.E. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychother. Theory Res. Pract.* 20: 368-375, 1983.

Beck. A. T.. & Steer. R. A. (1987). *Beck Depression Inventory-Manual*. New York: The Psychological Corporation, Harcourt, Brace, Jovanovich.

Beck, A. T.. Weissman, A.. Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42,861-865.

Cummings. C., Gordon. J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.). *The addictive behaviors* (pp. 291-322). New York: Pergamon.

Donovan, D. M.. & O'Leary, M. R. (1978). The Drinking-related Locus of Control Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 39,759-784.

Miller, W. R. (1991). *The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Solomon, K. E., & Annis, H. M. (1989). Development of a scale to measure outcome expectancy in alcoholics *Cognitive Therapy and Research*, 13, 409-421.

Solomon, K. E., & Annis, H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.

Derogatis, Leonard R. *SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the R (evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinical Psychometric Research Incorporated, 1992. <http://habitslab.umbc.edu/self-efficacy-scales/>

Hendriks, V. M., Kaplan, C. D., Van Limbeek, J., & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of substance abuse treatment*, 6(2), 133-141.

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A. & Abrams, D. B. (1997) Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at 3 months. *Addiction*, 92, 1717-1728.

DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., and Montgomery, R.P.G. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Rossi, J. S., Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

Hiller, M.L., Broome, K.M., Knight, K., and Simpson, D.D. (2000). Measuring self- efficacy among drug-involved probationers. *Psychological Reports*, 86, 529-538.

DiClemente, C. C. (1986). Self-Efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P., & Hughes, S. O. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K., & Piotrowski, N. A. (1995). Self-Efficacy and addictive behaviors. In J. E. Maddux, ed., *Self-Efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). New York: Plenum.

Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Rossi, J.S., & Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

Vielva Pérez, Isabel Percepción de control y afrontamiento en el proceso de rehabilitación del alcohólico [Microforma] / Isabel Vielva Pérez Tesis doctorales (Universidad de Deusto); 281 Bilbao : Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones, 1995.

De León, L., Pérez, Y. Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Demmel, Paulo Jorge Ferreira Lopes. Análisis del Cuestionario de Autoeficacia para la Reducción de Daños en Drogodependientes mediante el Modelo de Escalas de Calificación. Tesis doctoral. 2010. Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Gerardo Prieto Adánez; Ana R. Delgado González Paulo Lopes, Gerardo Prieto, Ana R. Delgado. A Rasch analysis of the Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire in Portugal. *Addictive Behaviors* 39 (2014) 1500–1503.

Liao, C. I. (1994). A smoking risk questionnaire. Master thesis of National Taiwan University, Taipei.

Sitharthan, T., Kavanagh, D. J. y Sayer, G. (1996). Moderating drinking by correspondence: An evaluation of a new method of intervention. *Addiction*, 91, 345-355.

Etter, J. F., Bergman, M. M., Humair, J. P. y Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95, 901-913.

Thiagarajan Sitharthan, R.F. Soames Job, David J. Kavanagh, Gomathi Sitharthan, Michael Hough. Development of a Controlled Drinking Self-Efficacy Scale and Appraising its relation to alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 59(3):351–362 (2003)

Shane W. Kraus*, Harold Rosenberg, Erin E. Bonar, Erica Hoffmann, Elizabeth Kryszak, Kathleen M. Young, Lisham Ashrafioun and Erin E. Bannon. Assessing Self-Efficacy to Reduce One's Drinking: Further Evaluation of the Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism* Vol. 47, No. 3, pp. 312–316, 2012.

Alan K. Davis, Lawrence A. Osborn, Jaclyn Leith, Harold Rosenberg, Lisham Ashrafioun, Anna Hawley, Erin E. Bannon, Samantha Jesse, Shane Kraus, Elizabeth Kryszak, Nicole Cross, Victoria Carhart, and Kyoung-deok Baik. Development and Evaluation of the Marijuana Reduction Strategies Self-Efficacy Scale. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014, Vol. 28, No. 2, 575–579

Chudley E. Werch. Behavioral self-control strategies for deliberately limiting drinking among college students. *Addictive Behaviors*, Vol. 15, pp. 119-128, 1990.

Matthew P. Martens, Eric R. Pedersen, Joseph W. LaBrie, Amanda G. Ferrier, M. Dolores Cimini. Measuring Alcohol-Related Protective Behavioral Strategies Among College Students: Further Examination of the Protective Behavioral Strategies Scale.

Nidecker, M., DiClemente, C. C., Bennett, M. E., & Bellack, A. S. (2008). Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1021-1030. doi:10.1016/j.addbeh.2008.03.012

Drapalski, A. A., Bennett, M.,E. & Bellack, A.S. (2011). Gender Differences in Substance Use, Consequences, Motivation to Change, and Treatment Seeking in People With Serious Mental Illness. *Substance Use & Misuse*, 46(6), 808-818.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2009,151(4):264-70.

**APÊNDICE K – ARTIGO SUBMETIDO À MEDICAL METHODOLOGICAL
RESEARCH**

**CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE DRUG-TAKING CONFIDENCE
QUESTIONNAIRE FOR USE IN BRAZIL**

Selene Cordeiro Vasconcelos^{1*}
Everton Botelho Sougey²
Iracema da Silva Frazão³
Nigel Ernest Turner⁴
Murilo Duarte da Costa Lima⁵

1 Nurse, Doctoral Student of Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, Federal University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. selumares@yahoo.com.br

2 Psychiatrist, Doctorate in Mental Health, Professor of Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. evertonbs@yahoo.com

3 Nurse, Doctorate in Social Work, Professor of Postgraduate Program in Nursing, UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. isfrazao@gmail.com

4 Epidemiologist, Philosophical Doctorate in Psychology, Assistant Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto and Independent Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. nigel.turner@camh.ca.

5 Psychiatrist, Doctorate in Psychiatry, Professor of Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. murilocostalima@ig.com.br

*Corresponding author: Selene Cordeiro Vasconcelos

Address: Av Beira Rio, 590 Ap 2602 Graças Recife Pernambuco, Brazil

CEP: 52010-290 +55(81)96344249

Abstract

Background: The Drug-Taking Confidence Questionnaire measures a drug user's confidence in resisting the desire to consume such substances in high-risk situations. The aim of the present study was to describe the cross-cultural adaptation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) for use in Brazil and determine its content validation and reliability in a pretest. **Methods:** The following steps were employed: 1 translation and cross-cultural adaptation; 2 content validation; and 3 the determination of reliability. Nine specialists participated in the adaptation process involving a sample of 40 drug users at a psychosocial care center for alcohol and other drugs. **Results:** Agreement regarding mean semantic (0.989, 0.989 and 1.0), linguistic (0.967), experiential (0.956) and conceptual (0.978) equivalence, content validation related to language clarity (0.972), practical pertinence (0.958), theoretical relevance (0.58) and the theoretical dimension (1.00) proved excellent to perfect. The mean total DTCQ-8 score for other drugs was 477.00 ± 234.27 and 57.5% of the users were classified as having moderate self-efficacy to resist the desire to take drugs in high-risk situations. Cronbach's alpha coefficient was 0.889 for the overall scale and ranged from 0.863 to 0.890 among the items. **Conclusion:** The DTCQ-8 version for other drugs proved easy to apply and understand. Its cross-cultural adaptation process was satisfactory, allowing the use of this scale on Brazilian populations. The findings demonstrate that this assessment tool is adequate for measuring self-efficacy of Brazilian drug users regarding the ability to resist the temptation to consume such substances in high-risk situations.

Keywords: Self-efficacy; Nursing; Drug users; Mental Health; Addiction; Cross-cultural adaptation; Instrument translation; Validation studies.

Background

Drug abuse and dependence are serious public health problems throughout the world [1], characterized by drug-searching behavior and the loss of pleasure in habitual activities, which leads to changes in the social, work and familial relations of the user [2,3]. Brazil also recognizes this problem in its health context and has invested in the treatment of users through public policies and the encouragement of scientific research on this issue [4].

The consumption of stimulants, such as cocaine (either smoked or snorted) has increased in Brazil, whereas it has reduced in other emerging nations [5]. Approximately five million Brazilian adults have snorted cocaine at least once in their lives and approximately two million have done so in the previous 12 months, whereas 1.7 million Brazilian adults have used smoked cocaine (crack) at least once in their lives and 800 thousand have used it in the previous 12 months [6]. Crack use has been associated with a high mortality rate among users [7]. Marijuana or *Cannabis sativa* is the most prevalent illicit drug among the Brazilian population. Approximately 7.8 million Brazilian adults have used it at least once in their lives and 2.5% have used it in the previous 12 months [6].

Despite being a legal drug, tobacco will be addressed in this study due to its potential to cause dependence, require treatment and cause harm to the lives of users. The prevalence rate of smokers in Brazil is 15.0% (21.9 million individuals). The industrialized cigarette is the most commonly used tobacco product, with the percentage of male users higher than female users (19.2% and 11.2%, respectively), and the highest rate in the age group spanning from 40 to 59 years (19.4%) [8].

Cognitive and behavioral changes stand out among the harmful effects of drug abuse [9,10,11]. Self-efficacy, which is one's confidence in one's own ability to organize and execute behaviors necessary to managing life [12,13], has been considered a way to determine strategies for the treatment of drug users [14,15,16]. Thus, the choice of validated assessment tools for the measurement of a given phenomenon to guide healthcare interventions for drug users can contribute toward the establishment of more adequate strategies and minimize the harm caused by drug abuse [17,18].

To evaluate one's self-efficacy in resisting the desire to consume drugs in high-risk situations and measure the confidence of users regarding their ability to cope with such situations, Sklar, Annis and Turner (1997) [19] designed the 50-item Drug-Taking Confidence Questionnaire

(DTCQ-50) and an manual for its proper employment [20]. The drafting of short versions of a questionnaire is designed to optimize time and reach a larger number of participants [21,22]. Thus, the authors also designed a 16-item version (DTCQ-16; Cronbach's alpha coefficient: 0.94) and an eight-item version (DTCQ-8; Cronbach's alpha coefficient: 0.89) [23]. According to the authors, the DTCQ-8 is the best option and has been used in different countries on adult drug users [24,25,26,27,28] as well as adolescents [29]. The DTCQ-8 version for other drugs employed in the present study has an eight-domain structure: primary domains – unpleasant emotions (item 1); physical discomfort (item 2); pleasant emotions (item 3); personal control test (item 4); desires and temptations to use (item 5); conflicts with others (item 6); social pressure to use (item 7); pleasant times with others (item 8); and secondary domains – positive situations (items 8 and 3); negative situations (items 1, 2 and 6); and situations of temptation (items 5, 7 and 4). The domains are scored based on the sum of all items of the scale using the response options of the drug user regarding his/her confidence in resisting the desire to use a substance in each of eight high-risk situations. The final score classifies the individual as having a low degree ($< P20$), moderate degree ($P20$ to $P80$) or high degree ($> P80$) of self-efficacy. The total varies from 0% (no confidence) to 100% (extremely confident).

Despite its wide use in different countries, the DTCQ-8 version for other drugs has not previously been adapted and translated for use in Brazil. Thus, the aims of the present study were to describe the cross-cultural adaptation process, content validation of the DTCQ-8 version for other drugs and determine the reliability of the scale in a pretest to assist in the validation process of the final scale for use in Brazil. It is believed that the DTCQ-8 version for other drugs will assist in healthcare professionals in planning more effective interventions for the management of the desire to take drugs in high-risk situations.

Methods

Translation and cross-cultural adaptation of the DTCQ-8

A methodological study on the translation and cross-cultural adaptation of the DTCQ-8 version for other drugs was conducted for use on Brazilian populations. The reference was Beaton and colleagues (2007)[30] and the process involved the following steps: 1) Initial translations; 2) Unified translation; 3) Back-translation to the original language; 4) Revision by a committee of specialists; 5) Test of pre-final version or pretest (administration of the scale to a pilot sample, denominated the pre-final sample).

For step 1, the translation of the DTCQ-8 version for other drugs was performed independently by two healthcare professionals fluent in English: one in the health field and informed regarding the objectives of the study and another with a background in a different health field and unaware of the objectives of the study. The two translations were coded T1 and T2, respectively. During step 2, a unified version of the scale was created based on T1 and T2.

During step 3, the unified version was backtranslated by two independent translators who were unaware of the objectives of the translation, the concept explored in the study and the original version of the DTCQ-8 version for other drugs. These versions were denominated BT1 and BT2.

During step 4, the unified T12 version, following the recommendations of Beaton and colleagues (2007) [30], was evaluated by a committee of specialists, who analyzed the version for semantic, linguistic, experiential and conceptual equivalence to obtain the cultural equivalence of the translated scale, which was measured using the concordance index among the specialists (total of specialists who marked “I agree” for each item, divided by the total number of the specialists). Content validation was also tested.

The professionals were selected based on Fehring (1994) [31], totaling nine specialists: seven with doctoral degrees, one doctoral student and one master’s student – all with a score higher

than 5 on the theoretical reference adopted. Only two specialists had no experience regarding assessment scale validation. All were higher education professors. Two were psychiatrists. Four were nurses. Two were psychologists and one was licensed in literature. All were proficient in English. Only the professor in literature had no experience with drug users, whereas the rest of the team of specialists had more than 10 years experience with this type of patient.

Although the DTCQ-8 version for other drugs was designed to be self-administered, the researcher opted to administer the scale in interview format to the drug users to standardize the administration time and overcome reading difficulties due to the low level of schooling of the patients.

During step 5 (pretest), Beaton and colleagues (2007) [30] recommend a sample of 30 to 40 participants. Thus, the pre-final version of the DTCQ-8 was administered to a pre-final sample composed of 40 adult drug users who reported either crack or tobacco as the substance that was causing the most problems and motivated their treatment at the psychosocial treatment center for alcohol and other drugs. A clinical and socio-demographic form was also administered. The inclusion criteria were adult drug users aged 18 to 65 years in treatment at the service for at least one month who had no cognitive or clinical-psychological limitations that hindered the administration of the questionnaires.

The administration time and understanding of each item (meaning of the responses) were recorded. This phase occurred in a climate-controlled room at the end of the treatment activities so as not to disrupt the dynamics of the psychosocial care center for alcohol and other drugs.

Content validation of pre-final sample

Besides the recommendations by Beaton and colleagues (2007) [30], a psychometric evaluation of the pre-final version of the DTCQ-8 scale for other drugs was performed to

expand the evaluation using content validation and the determination of reliability based on the data collected during the pretest step.

Content validation was performed using a form addressing 1) language clarity; 2) practical pertinence; and 3) theoretical relevance. The scores for these items were established on a scale from 1 to 5 points (1 = very little; 2 = little; 3 = fair; 4 = considerably; and 5= extremely much [32]. Likewise, the relevance of the items was evaluated: 1 = irrelevant; 2) somewhat relevant; 3) actually relevant; and 4) very relevant. For the data that served as the basis for the calculation of the concordance index, coefficients equal to or greater than 0.80 were considered indicative of an acceptable level of agreement among the specialists [33]. The concordance index was calculated based on the sum of the content validation indices for each item on the score with scores of 4 (very), 5 (extremely), 3 (actually relevant) and 4 (very relevant) or by the total of the specialists [33].

The total DTCQ-8 score for each user was calculated based on the sum of each item score. For the classification of individual self-efficacy, the percentile limits were P20 = 240 and P80 = 776. Internal consistency or reliability of the scale was determined using Cronbach's alpha coefficient, for which values higher than 0.70 were considered acceptable [34,35,36].

Data analysis

The data were analyzed descriptively through absolute and percentage frequencies for the categorical variable and measures (mean, standard deviation and median values) for the numerical variables. For the validation in the step with the specialists, relative frequencies of satisfactory responses for each item were determined and means were calculated for blocks of questions. Relative internal consistency (Cronbach's alpha coefficient) in the pre-final sample was used to determine the reliability of the DTCQ-8 version for other drugs. The data were double-entered by blinded data entry specialists using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21, which was employed for all statistical analyses.

Ethics approval

This study received approval from the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco (Brazil) under process number 31677114.0.0000.5208 and was conducted in compliance with the guidelines stipulated in Resolution nº 466 (December 12th, 2012) of the Brazilian National Board of Health [37]. Moreover, authorization for the use of the scale was obtained from the Centre for Addiction & Mental Health (CAHM) (formerly called The Addiction Research Foundation). All participants, drug users and experts signed an Informed Consent in duplicate

Results

The decision was made to present the translation and cross-cultural adaptation process of the pre-final version of the DTCQ-8 scale for other drugs as well as its content validation and determination of reliability during the pretest study using descriptions and tables.

The evaluation of the specialists regarding the different types of equivalence resulted in generally satisfactory mean concordance indices: semantic (0.989, 0.989 and 1.000); linguistic (0.967); experiential (0.956); and conceptual (0.978). However, the concordance index regarding the linguistic equivalence of item A1 was 0.778 due to the suggestion on the part of one specialist for a change that was not accepted (Unified T12: ‘Below situations are listed in which some people experience problems with drug use’; Specialist’s suggestion: “Below some situations are listed that can lead people to experience drug problems”). For this same item, the suggestions of two other specialists were accepted (Chart 1).

Table 1 – Evaluation of pre-final version of DTCQ-8 scale for other drugs regarding semantic, linguistic, experiential and conceptual equivalence. (specialists: n = 9)

Item	Semantic equivalence			Linguistic Equivalence	Experiential equivalence	Conceptual Equivalence
	1.1*	1.2*	1.3*			
A1**	1.000	1.000	1.000	0.778	0.889	0.889
A2**	1.000	1.000	1.000	1.000	0.889	1.000
I1	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
I2	1.000	1.000	1.000	1.000	0.889	1.000
I3	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
I4	0.889	0.889	1.000	0.889	0.889	0.889

15	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
16	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
17	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
18	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Mean of items	0.989	0.989	1.000	0.967	0.956	0.978

*1.1 correct spelling; 1.2 equivalent meaning; 1.3 grammatically correct

** explanatory paragraphs regarding scale and how to fill it out.

The evaluation of the specialists led to changes in items A1, 1, 4, 5, 6 and 7, which were adjusted based on the orientations received (Chart 1), resulting in the pre-final version in Portuguese of the DTCQ-8 for other drugs (Chart 2).

Chart 1 – Items changed based on suggestions from committee of specialists.

Original DTCQ-8 version	Items on T12 unified version of DTCQ-8	Items in pre-final version of DTCQ-8
A1. Imagine yourself as you right now each of these situations.	A1. Imagine-se você agora mesmo em cada uma dessas situações.	A1. Imagine-se agora em cada uma dessas situações.
1. If I were angry at the way things had turned out.	1. Se eu estivesse com raiva pelo rumo que as coisas tomaram.	1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.
4. If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked.	4. Se eu quisesse me testar se consigo usar _____ às vezes sem me viciar.	4. Se eu quisesse testar se consigo usar _____, às vezes, sem me tornar dependente.
5. If I unexpectedly found some _____ or happened to see something that reminded me of _____.	5. Se eu por acaso encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse a droga _____.	5. Se eu, por acaso, encontrasse alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____.
6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	6. Se outra pessoa me tratasse mal ou atrapalhasse meus planos.	6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.
7. If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and use _____.	7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para sairmos para usar _____.	7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar _____.

The original, pre-final version in Portuguese and back-translated versions were sent back to the specialists and the author of the original scale (as displayed in Chart 2) and all specialists and the original author approved of the Portuguese version.

Chart 2 – Comparison between original DTCQ-8 scale for other drugs, pre-final Portuguese version and backtranslated version.

Original DTCQ-8	Pre-final version in Portuguese	Backtranslated version
1. If I were angry at the way things had turned out.	1. Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.	1. If, for some reason, I was angry.
2. If I had trouble sleeping.	2. Se eu tivesse problemas para dormir.	2. If I had trouble sleeping.
3. If I remembered something good that had happened.	3. Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido.	3. If I remembered something good that had happened.
4. If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked.	4. Se eu quisesse testar se consigo usar _____, às vezes, sem me tornar dependente.	4. If I wanted to test if I could use _____, sometimes, without becoming dependent.
5. If I unexpectedly found some	5. Se eu, por acaso, encontrasse	5. If I, by chance, found some drug

_____ or happened to see something that reminded me of _____.	alguma droga _____ ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de usar _____.	_____ or saw something that reminded me of the act of using _____.
6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	6. Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.	6. If somebody treated me unfairly or interfered with my plans.
7. If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and use _____.	7. Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para usar _____.	7. If I was with some friends and they insisted to go some place to use _____.
8. If I wanted to celebrate with a friend.	8. Se eu quisesse comemorar com um amigo.	8. If I wanted to celebrate with a friend.

Step 5 (the pretest) required a mean time of 20 minutes per participant: eight minutes to answer the pre-final version of the DTCQ-8 for other drugs and 12 minutes to respond to the clinical and socio-demographic questionnaire, demonstrating administration ease and adequate comprehension of the items on the questionnaires. The evaluation of the scale by the target population occurred in 10 minutes, on average.

The evaluation based on the analysis of language clarity (0.972), practical pertinence (0.958) and theoretical relevance (0.958) demonstrate satisfactory mean scores. However, item I2 (“If I had trouble sleeping”) achieved a value of 0.778 regarding language clarity, because one specialist considered the item unclear with regard to the situation being evaluated, since, in the specialist’s opinion, the act of sleeping involves different aspects, such as the conciliation of sleep, insomnia, etc. However, the item was clear to the users, all of whom understood how they were unable to sleep, thereby preserving the concept of the original scale. Regarding practical pertinence and theoretical relevance, items I1, I2 and I3 had coefficients of 0.889, which, despite being lower than the overall means, surpassed the mean considered acceptable for the present study (0.80).

Table 2 – Content validation of pre-final version of DTCQ-8 scale for other drugs according to language clarity, practical pertinence and theoretical relevance. (specialists; n = 9)

Item	Language clarity	Practical pertinence	Theoretical relevance
I1	1.000	0.889	0.889
I2	0.778	0.889	0.889
I3	1.000	0.889	0.889
I4	1.000	1.000	1.000
I5	1.000	1.000	1.000

I6	1.000	1.000	1.000
I7	1.000	1.000	1.000
I8	1.000	1.000	1.000
Mean of items	0.972	0.958	0.958

Regarding the content validation performed with the target population, the majority of participants confirmed their understanding of the confidence to resist the desire to take drugs with the question: “If I had to confidence to say that I won’t take it?” On Item 4, most participants asked “if I wanted to test myself?” as a form of clarification regarding their understanding, answering that they would not test themselves because they know they used the drug.

Regarding Item 7 and 8, some users answered that they would not accept the invitation or celebrate with friends, requiring the researcher to intervene with regard to the instructions on how to fill out the DTCQ-8 scale, in particular explaining the principle of mental anticipation of high-risks situations (that the user needed to imagine being in such a situation).

Study population and assessment scoring

Among 40 drug users, 20 reported crack as the substance that led to their treatment and 20 were in treatment for tobacco, responding to the DTCQ-8 based on their substance of choice. A large portion were men (50%) and brown skinned (57.5%). Mean age was 44.50 years (median: 44.00; standard deviation: 9.32). A large portion were single (55%), catholic (42.5%), had up to eight years of schooling (35%), worked in the informal job market (57.5%), earned less than the Brazilian monthly minimum wage (35%) and resided with family members (75%).

Concerning age at the first time of drug use among the crack users, 15% began up to age 11, 35% between 12 and 14 years, 35% between 15 and 17 years and 15% between 18 and 65 years. Mean age during the first use of the drug was 28.50 years (SD: 7.30 years). Among the total number of drug users, 70% began the consumption of psychotropic drugs with alcohol,

20% with marijuana and 10% with tobacco. The drug reported to be the second most prevalent contact was marijuana, (45%), followed by tobacco (30%). Crack was the drug reported for the third (43.7%), fourth (63.6%) or fifth (33.3%) contact. Snorted cocaine occurred as the second (5%), fourth (18.2%) or fifth (66.7%) contact. Thus, none of the users initiated the use of psychoactive substances with crack or powdered cocaine. Moreover, 45% reported involvement with the court system, with 55.55% having practiced urban violence and 44.44% having practiced domestic violence.

Among the group of smokers, 20% began up to 11 years of age, 60% between 12 and 13 years, 5% between 14 and 17 years and 15% between 18 and 65 years. Mean age at first tobacco use was 13.95 years (SD: 3.99 year). Among this group, 95% initiated the consumption of psychoactive substance with tobacco and 5% initiated with alcohol. All 20 smokers only used these two substances and none had any problems with the court system.

Among the crack users, 85% had previously been in treatment for this substance, 15.0% were in treatment for the first time, 23.5% had been in treatment once or twice, 41.2% had been in treatment three or four times and 35.3% had been in treatment more than five times. Moreover, 41.2% abandoned treatment due to relapses involving crack use, 58.8% abandoned treatment because they considered it unnecessary, since they were feeling well or treatment was not helping them improve and none of the interviewees had officially been discharged from treatment.

Among the tobacco users, 60% were in treatment for the first time, 40% had previously undergone treatment for smoking, 75% had been in treatment once or twice and 25% had been in treatment three or four times. Among the total number of tobacco smokers, 75% abandoned treatment because it was not “solving” the problem, did not want to remain in treatment or gave up on trying to quit smoking.

The degree of self-efficacy for each item was scored on a scale from 0 to 100. The total score for the DTCQ-8 were obtained based on the sum of the items of the DTCQ-8 version for other drugs. The mean total self-efficacy score for resisting the desire to take drugs was 477.00 (SD = 234.27) and ranged from a low of 0 to a high of 800. For the items the means for each item ranged from 35.50 to 78.50. Thus, the users were classified as having a low degree (< P20), moderate degree (P20 to P80) or high degree (> P80) of self-efficacy. The majority (57.5%) demonstrated a moderate degree of self-efficacy. Item 4 ('If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked.'), which corresponds to the Test of Personal Control domain, had the lowest mean self-efficacy score (35.50 ± 40.46) for resisting the desire to take drugs in this specific situation. In contrast, Item 3 ('If I remembered something good that had happened.'), which corresponds to the Pleasant Emotions domain, had the highest mean score (78.50 ± 32.78), demonstrating that this was not a high-risk situation for most of the drug users who participated in the study. Table 3 displays the reliability of the DTCQ-8 scale for other drugs obtained using Cronbach's alpha coefficients.

Table 3 – Cronbach's alpha coefficients for the DTCQ-8 scale for other drugs. (n = 40)
DTCQ-8 version for other drugs and domains

	Item-total Correlation* R	Alpha if deleted
1. If I were angry at the way things had turned out.	0.871	0.780
2. If I had trouble sleeping.	0.675	0.883
3. If I remembered something good that had happened.	0.551	0.890
4. If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked.	0.665	0.877
5. If I unexpectedly found some _____ or happened to see something that reminded me of _____.	0.837	0.863
6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	0.818	0.869
7. If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and use _____.	0.815	0.868
8. If I wanted to celebrate with a friend.	0.786	0.876

Note: The overall Cronbach's Alpha for the entire scale was 0.889. * Spearman correlation coefficient

Table 3 demonstrates that the pre-final version of the DTCQ-8 scale for other drugs achieved Cronbach's alpha coefficient of 0.889 and can be considered adequate for measuring the self-efficacy of users of other drugs to resist the desire to take such substances in high-risk

situations. Cronbach's alpha coefficients if an item were excluded ranged from 0.863 to 0.890, none of them showed any substantial increase in the alpha. This demonstrates the reliability of the scale in its current form. Thus, the pre-final version in Portuguese of the DTCQ-8 for other drugs, its backtranslation and comparison to the original scale demonstrated a satisfactory translation of the scale, since the differences stemmed from the cross-cultural adaptation to the Brazilian population (Chart 1).

Discussion

Measures of self-efficacy regarding resistance to the desire to take psychoactive substances in high-risk situations have been related to results and prognoses in the treatment of drug users as well as recovery rates from problems stemming from the use of these substances [24,38,39,40]. Thus, a valid, reliable assessment tool for measuring self-efficacy contributes substantially to the planning and evaluation of health interventions directed at this population [41].

The translation and cross-cultural adaptation process of scales should perceive the phenomenon based on its context and culture, which requires linguistic care to preserve the meaning of the construct evaluated, verifying the scope and specificities inherent to each language [42,43]. In this study a committee of specialists composed of professionals with different educational backgrounds contributed to the analysis of assessment tools from different perceptions and points of view [44,45]. The present study involved the satisfactory translation and cross-cultural adaptation of the DTCQ-8 version for other drugs, as the proposed changes occurred in such a way as to facilitate the understanding of the target population, avoiding regional terms and idiomatic expressions. Moreover, one of the author of the original DTCQ-8 (Turner) approved the translation process and the the backtranslation. This is an approach that is recommended in the literature [46]. In addition, it was found that the scale is easy to administer and fill out within a satisfactory timeframe.

Semantic equivalence corresponds to the spelling, meaning and grammar of the words.

Linguistic equivalence determines whether the idiomatic expressions of the language of

origin were replaced with equivalent idiomatic expressions in the target language. **Experiential equivalence** regards the relationship of each item on the scale with the cultural context and activities of daily living of the target population. **Conceptual equivalence** regards whether the words have different meanings in different cultures [30]. There is no scientific consensus on the method of information collection and measurements [47] and different protocols and recommendations have been put forth [32,48,49,50,51,52]. However, there is consensus regarding the methodological rigor on the part of researchers in following the method chosen for their study [53]. As the aim of translation and cross-cultural adaptation is to maintain the psychometric properties of the original questionnaire, changes that occur during this process are considered natural and necessary, since the goal is to facilitate the understanding of the target population without imposing changes in the intended content of the original scale [52,54,55].

The validity of an assessment tool is the extent to which the tool actually measures that which it proposes to measure. Reliability is the extent to which the results of the measure are reproducible [32,56]. Content validity determines whether the items of a questionnaire are relevant and whether the scale has important content or domains [32,57], which are determined through the concordance index, [33]. The validity of the DTCQ was established by Sklar et al., [19, 58] including content validity, convergent validity, and factorial validity. In the current study content validity was ensured using a careful backtranslation method. Cronbach's alpha is one of the main method employed to verify the reliability of an assessment tool [34] and was used in the current study. Cronbach's alpha tests the extent to which each item is correlated with the total of all of the other scores. A strong alpha (over .70) means the items each measure the same underlying concept.

Some methodological studies on the translation and cross-cultural adaptation of questionnaires fail to describe the socio-demographic and/or clinical characterization of the

target population and concentrate only on the method [59,60]. Others only mention sex [61] and specific aspects of the study [22]. In the present investigation, the decision was made to demonstrate these characteristics due to their importance, as described in previous studies [62,63].

The results of the present study demonstrate that the age of initiating tobacco smoking among the present sample was lower (13.6 ± 4.2 years) than that of the adult Brazilian population (16 ± 5.3 years) [6]. The mean age for the initiation of crack use was 26.87 ± 7.33 years, which was higher than that reported in other studies involving Brazilian adults (20.6 years) [64].

Regarding urban violence, 2.3% of the adult Brazilian users committed violent acts in the previous year and, among the 57.2% of users who were married or in a stable union, 15.3% practiced domestic violence [6]. Urban violence is also associated with the trafficking of illegal drugs as well as a means for obtaining these substances [65]. In the present sample, 55.55% of the crack users reported practicing urban violence, 44.44% reported practicing domestic violence and only one user was apprehended by the police for taking the drug in a public space. No tobacco users reported such behavior.

The results demonstrate that crack or tobacco users have a moderate level of self-efficacy on Item 4 of the Personal Control Test domain, which is in agreement with other findings [26,27]. Moreover, the majority was classified with a moderate degree of self-efficacy, which may represent an important characteristic of a behavioral dynamic of users who seek treatment [66]. Thus, the point of view of the user regarding his/her behavioral patterns and associated problems contribute to the understanding of this phenomenon and its management [67,68,69]. In contrast, the higher mean self-efficacy on Item three, which corresponds to the domain 'pleasant emotions' demonstrates that this is not a high-risk situation for most of the participants of the present study. Thus, encouraging them to find new forms of leisure activities should not put them at risk for relapse and thus can be incorporated in a therapeutic

program for users in treatment [70,71]. Nonetheless some individuals may be triggered by pleasant emotion, so this item should be checked for each individual.

Cronbach's alpha coefficient demonstrated similar values to the original scale (0.89) [23] and the Brazilian version of the DTCQ-8 for other drugs (0.889), demonstrating the reliability of the study, as the literature considers values higher than 0.70 to be acceptable and those higher than 0.80 as indicative of adequate internal consistency [34,35,36].

Conclusion

The translated and cross-culturally adapted version of the DTCQ-8 scale for other drugs will be validated by the authors of the present study and is expected to be a useful tool for clinicians and researchers in the evaluation of the self-efficacy of drug users to resist the desire to consume such substances in high-risk situations. In particular this measure is designed as a quick means of monitoring relapse risk during recovery. It is short enough that it is not a burden for the client to complete it regularly (e.g., once a week). The tool can be used to monitor changes in the clients self-efficacy. Thus, this study will contribute to the planning of interventions, the follow up of users and the evaluation of the effectiveness of the treatment.

The main limitation of the present study was the evaluation of the psychometric properties of the DTCQ-8 scale for other drugs involving only a pre-final sample. This limitation will be overcome in the next article of our research team on the validation of the DTCQ-8 scale for other drugs for use in Brazil. This paper was only a preliminary examination of the validity of the Brazil version of DTCQ-8. Only after a more thorough evaluation of the psychometric properties will the scale be considered valid and reliable enough for clinical administration.

Abbreviations

DTCQ-8: Drug-Taking Confidence Questionnaire

Competing interests

The authors declare that they have no conflicts of interests.

Funding

This study received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or non-profit sectors.

Author's contributions

All authors met at least one of the following criteria (recommended by the ICMJE: http://www.icmje.org/ethical_1author.html) and have approved of the final version of the manuscript:

- substantial contributions to conception and design, acquisition of data or analysis and interpretation of data;
- drafting of the article or its critical revision for important intellectual content.

Acknowledgments

The authors are grateful the advices the participants of the study, the healthcare professionals of the services in which the data collection was performed, Professors Dr. Ana Karina Bezerra Pinheiro, Dr. Lorena Barbosa Ximenes, Dr. Edmilson Mazza and the Centre for Addiction and Mental Health for authorization for the use of the original scale. These people not funding this study.

References

34. Oliveira EB, Kestenberg CCF, Silva AV. Mental health and teaching about drugs in nursing graduation: participatory methodologies. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(4):722-7.
35. OPAS. Pan American Health Organization & World Health Organization (Eds): Report on world health. Mental health: new understanding, new hope. Brasília: Graphic Brazil; 2001.
36. Pratta EMM, Santos MA. The health-disease process and drug addiction: interfaces and evolution. Psicol: Teo e Pesq. 2009, 25(2):203-11.

37. Raupp L, Adorno RCF. Crack usage circuits in the downtown area of the city of São Paulo (SP, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2613-22.
38. UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report. New York: United Nations Publication. 2014.
39. Laranjeira R (supervision) [et al.]. II National Alcohol and Drug Survey – 2012. São Paulo: National Institute of Science and Technology for Public Policy on Alcohol and Other Drugs- UNIFESP. 2014.
40. Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, De Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat*. 2011;41(3):273-8.
41. Ministry of Planning, Budget and Management Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE, Directorate of Research Coordination Work and Income Rio de Janeiro 2014. National Health Survey 2013 Perceived health status, lifestyles and chronic diseases Brazil, Major regions and Federative Units. 2014.
42. Costa LCS, Navas ALGP, Oliveira CCC, Ratto LRC, Carvalho KHP, Silva HR, Lopes C, Tieppo CA. Phonological memory evaluation and impulsiveness of drug users treated at a center of integrated mental health care. *Rev CEFAC*. 2012;14(3):438-47.
43. Almeida RMM, Flores ACS, Scheffer M. Suicidal ideation, problem solving, expression of anger and impulsivity in addicted to psychoactive substances. *Psicologia: Reflexão & Crítica*. 2013;26:1.
44. Peuker AC, Lopes FM, Menezes CB, Cunha SM, Bizarro L. Implicit Processing and Chemical Dependency: Theory, Assessment and Prospects. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2013;29(1):7-14.
45. Bandura A. Self-Efficacy: Toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
46. Bandura A. A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*. 1999;10(3):214-7.
47. Wolff N, Hueninga J, Shi J, Frueh BC, Hoover DR, McHugo G. Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015;30:66-80.

48. LaChance H, Cioe PA, Tooley E, Colby SM, O'Farrell TJ, Kahler CW. Behavioral Couples Therapy for Smoking Cessation: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2015;1-11.
49. Guo SE, Wang AL, Shu BC. Self-efficacy in providing smoking-cessation services among psychiatric nurses in central and southern Taiwan: An exploratory study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015;1-11.
50. Formigoni MLOS, Castel S. Rating scales of drug dependence: general aspects. *Rev. Psiquiatr Clín*. 1999;26(1,n.esp):5-31.
51. Matos MTS, Bastos ENE, Matos EC, Vasconcelos SMM. The use of evaluation scales as therapeutic tools in patients seen at a service for drug rehabilitation in Fortaleza-CE. *Rev RENE*. 2006;7(2):9-16.
52. Sklar SM, Annis HM, Turner NE. Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*. 1977;22(5):655-70.
53. Annis HM, Sklar SM, Turner NE. Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ): Users guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario. 1996.
54. Oyeyemi AL, Oyeyemi AY, Adegoke BO, Oyetoke FO, Aliyu HN, Aliyu SU, Rufai AA. The short international physical activity questionnaire: cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Hausa language version in Nigeria. *BMC Medical Research Methodology*. 2011;11:156,1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/156>
55. Schuster C, Lussi A, Wirth B, Ettlin T. Two assessments to evaluate imagery ability: translation, test-retest reliability and concurrent validity of the German KVIQ and Imaprax. *BMC Medical Research Methodology* 2012;12:127,1-13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/127>
56. Sklar SM, Turner NE. A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*. 1999;94(5):723-729.
57. Romero JC, Pérez EJP, López MP. Efficacy to resist substance use as a predictor of treatment outcomes and relationship with personality variables: study of a sample of addicts with DTCQ the VIP and MCMI-II. *Addictions*. 2007;19(2):141-51.

58. Courbasson CM, Rizea C, Weiskopf N. Emotional Eating among Individuals with Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Int J Ment Health Addiction*. 2008;6:378-88.
59. Senbanjo R, Wolff K, Marshall EJ, Strang J. Persistence of heroin use despite methadone treatment: Poor coping self-efficacy predicts continued heroin use. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28:608-15.
60. Berry SL, Crowe TP, Deane FP, Billingham M, Bhagerutty Y. Growth and Empowerment for Indigenous Australians in Substance Abuse Treatment. *Int J Ment Health Addiction*. 2012;10:970-83.
61. Pashaei T, Shojaeizadeh D, Foroushani AR, Ghazitabatabae M, Moeeni M, Rajati F, Razzaghi EM. Effectiveness of Relapse Prevention Cognitive - Behavioral Model in Opioid - Dependent Patients Participating in the Methadone Maintenance Treatment in Iran. *Iranian J Publ Health*. 2013;42(8):896-902.
62. Vettese LC, Fiocco AJ, Yerro KM, Imran S, Li WL. Integrating mindfulness skills training into a brief outpatient treatment for substance abusing youth. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*. 2014;12(1):59-70.
63. Beaton DE et. al. Recommendations for the corss-cultural adaptation of DASH & QuickDASH outcome measures. [S.I.]: Institute for Work & Health, 2007. Available at: <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/x-CulturalAdaptation-2007.pdf>. Access on: Jan 2013.
64. Fehring RJ. The Fehring model: In: Carrolol-Johnson RM; Paquete M (ed). *Classification of nursing diagnoses: proceeding ot the Tenth Conference of NorthAmerican Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: JB Linppincott, 1994. p. 55-57.
65. Pasquali L et. al. *psychological instrumentation: principles and practices*. Porto Alegre. Artmed, 2010.
66. Oliveira MF. Cross-adaptation and validation of Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire: applied in Brazilian mothers. Professor: Ana Karina Bezerra Pinheiro. 2014. 177p.

67. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
68. Gliem JA, Gliem RR. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. 82-88. 2003. Presented at the Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, The Ohio State University, Columbus, OH, October 8-10, 2003. <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20%26%20Gliem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Field, A. *Discovering statistics using SPSS*. [S.1.]: Sage publications, 2009.
70. Brazil. Resolution of the National Health Council nº466 de 12 de dezembro de 2012.
71. Mensinger JL, Lynch KG, TenHave TR, McKay JR. Mediators of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine abuse. *Journal Consult Clin Psychol*. 2007;75(5):775-84.
72. Lynch KG, Van Horn D, Drapkin M, Ivey M, Coviello D, McKay JR. Moderators of response to telephone continuing care for alcoholism. *Am J Health Behav*. 2010; 34(6):788-800.
73. Sánchez-Hervás E, Del Pozo JML. Relapse in cocaine addiction: a review. *Adicciones*. 2012;24(3):269-80.
74. Billingham DD, Kelly PJ, Deane FP, Crowe TP, Buckingham MS, Craig FL. Clinically Significant Change to Establish Benchmarks in Residential Drug and Alcohol Treatment Services. *Int J Ment Health Addiction*. 2012;10:890–901.
75. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Rev. Psiqu. Clín*. 2006;33(4):188-94.
76. Symon A, Nagpal J, Mani Ecka-Bryła I, Nowakowska-Gła BA, Rashidian A, Khabiri R, Mendes I, Pinheiro AKB, Oliveira MF, Wu L. Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new mothers: a methodological and experiential account from six countries. *Journal of Advanced Nursing*. 2012. 00(0), 000–000; doi.10.1111/j.1365-2648.2012.06098.x.

77. Touma Z, Ghandour L, Sibai A, Puzantian H, Hamdan A, Hamdan O, Menassa J, Uthman I, Arayssi T. Cross-cultural adaptation and validation of Behçet's disease quality of life questionnaire. *BMC Medical Research Methodology*. 2011;11(52):1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/52>
78. Carvalho AB, Garcia JBS, Silva TKM, Ribeiro JVF. Traduction and cross-cultural adaptation of Pain Quality Assessment Scale (PQAS) to brazilian version. *Rev Bras Anesthesiolo*. 2014;1-11.
79. Schuster C, Hahn S, Ettlin T. Objectively-assessed outcome measures: a translation and cross-cultural adaptation procedure applied to the Chedoke McMaster Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI). *BMC Medical Research Methodology*. 2010;10(106):1-9 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/106>
80. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17:268-74.
81. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual life res*. 1993;2:451-459.
82. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.
83. Hambleton RK. Issues, Designs and Technical Guidelines for Adapting Tests Into Multiple Languages and Cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda and C. D. Spielberger (Eds.). *Adapting Psychological and Educational Tests for Cross-Cultural Assessment*. NJ: Lawrence Erlbaum. 2005.
84. ITC International Test Commission. ITC Guidelines of adapting tests. Available: <http://www.intestcom.org>.
85. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia*. 2012;22(53):423-32.
86. Gjersing L, Caplehorn JRM, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*. 2010;10(13):1-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/13>

87. Gudmundsson F. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*. 2009;61(2):29-45.
88. Awaisu A, Samsudin S, Amir NA, Omar CG, Hashim MI, Mohamad MHN, Shafie AA, Hassali MA. Measurement of nicotine withdrawal symptoms: linguistic validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) in Malay. *BMC Medical Research Methodology*. 2010;10(46):1-7.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/46>
89. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Spe):992-9.
90. Viana HB, Madruga VA. Guidelines for cultural adaptation of psychometric scales. *Revista Digital*. 2008;12(116):1-5.
91. Sklar SM, Annis HM, Turner NE. Group Comparisons of Coping Self-Efficacy Between Alcohol and Cocaine Abusers Seeking Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1999;13(2):123-33.
92. Fonseca VJ, Ximenes LB, Almeida PC. Cross-cultural adaptation of the Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) for application in elderly Brazilians: preliminary version. *Caderno de Saúde Pública*. 2008;24(12):2852-60.
93. Freitas NO, Caltran MP, Dantas RAS, Rossi LA. Translation and cultural adaptation of the perceived stigmatization questionnaire for burn victims in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):25-33.
94. Lane DA, Jajoo J, Taylor RS, Lip GYH, Jolly K, the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation (BRUM) Steering Committee. Cross-cultural adaptation into Punjabi of the English version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *BMC Psychiatry*. 2007;7(5):1-8.
95. Moreira IC, Bandeira M, Pollo TC, Oliveira MS. Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(4):273-80.
96. Geri T, Signori A, Gianola S, Rossetini G, Grenat G, Checchia G, Testa M. Cross-cultural adaptation and validation of the Neck Bournemouth Questionnaire in the Italian population. *Qual Life Res*. 2015;24:735-45.

97. Santos MP, Rocha MR, Araújo RB. The use of cognitive technique replacement by positive image in the management of craving for crack-cocaine-dependent patients. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(2):121-6.
98. Saporì LF, Sena LL, Silva BFA. Crack the market and urban violence in the city of Belo Horizonte. *DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social.* 2012;5(1):37-66.
99. Abdollahi Z, Taghizadeh F, Hamzehgardeshi Z, Bahramzad O. Relationship between Addiction Relapse and Self-Efficacy Rates in Injection Drug Users Referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. *Global Journal of Health Science.* 2014;6(3):138-44.
100. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Pierozan PS, Moreira TC, Santos V, Mazoni CG, Barros HMT. Cannabis abuse and dependency: differences between men and women and readiness to behavior change among users seeking treatment. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2010;32(3):80-5.
101. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1168-75.
102. Krenek M, Maisto SA. Life events and treatment outcomes among individuals with substance use disorders: A narrative review. *Clinical Psychology Review.* 2013;33:470-83.
103. Vasconcelos SC, Frazão IS, Ramos VP. Health Education therapy group contributions in the motivation to the psychoactive substances user's life. *Enfermagem em Foco* 2012;3(3):123-6.
104. Hori AA, Nascimento AF. The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2014;19(8):3561-71.

APÊNDICE L – ARTIGO À SER SUBMETIDO À INTERNATIONAL OF METHODS IN PSYCHIATRIC RESEARCH

Cross-cultural adaptation of the alcohol version of the Drug-Taking Confidence Questionnaire for use in Brazil

Cross-cultural adaptation DTCQ to Brazil

Selene Cordeiro Vasconcelos^{1*}
Murilo Duarte da Costa Lima²
Everton Botelho Sougey³
Nigel Ernest Turner⁴
Iracema da Silva Frazão⁵

1 Nurse, Doctoral Student of Neuropsychiatry and Behavior Sciences, Federal University of Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. selumares@yahoo.com.br

2 Psychiatrist, Doctorate in Psychiatry, Professor of the Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavior Sciences – UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. murilocostalima@ig.com.br

3 Psychiatrist, Doctorate in Mental Health, Professor of the Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavior Sciences, UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. evertonbs@yahoo.com

4 Epidemiologist, Philosophical Doctorate in Psychology, Assistant Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto and Independent Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. nigel.turner@camh.ca

5 Nurse, Doctorate in Social Work, Professor of the Postgraduate Program in Nursing – UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil. isfrazao@gmail.com

*Corresponding author: Selene Cordeiro Vasconcelos

Address: Av Beira Rio, 590 Ap 2602 Graças Recife Pernambuco, Brazil

CEP: 52010-290

Telephone: +55(81)96344249

Abstract

Objective: The aim of the present study was to describe the process of transcultural adaptation for version 8 of the Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) for alcohol and to validate the content and reliability of the scale in the pre-testing stage. **Methodology:** The following stages were used: 1. Execution of the protocol of translation and transcultural adaptation; 2. Validation of the content; and 3. Confirmation of its reliability. Nine specialists participated in the adaptation process, using a sample of 40 alcohol users who were being treated at the Center of Psychosocial Care for Alcohol and other drugs (CAPSad). **Results:** Agreement regarding mean semantic (0.989; 0.989 and 1.0), linguistic (0.967) experiential (0.956) and conceptual (0.978) equivalence. The content validation related to clarity (0.972), practical pertinence (0.958), theoretical relevance and the theoretical dimension (1.00) proved excellent to perfect. The total score of the DTCQ-8 was 544.50, while 60% of the users were classified with moderate self-efficacy in terms of resisting the urge to consume alcohol in high-risk situations. The content validation index was 0.958. Cronbach's alpha coefficient was 0.875 for the complete scale and ranged from 0.844 to 0.870 for its items. **Conclusions:** The DTCQ-8 version for alcohol was easy to apply and understand. The adaptation was satisfactory for use in Brazil. The results showed that this instrument was adequate in terms of measuring the self-efficacy of Brazilian alcohol users in terms of resisting the urge to consume this substance in high-risk situations.

Keywords: Nursing; Self-efficacy; Drug users; Mental health; Validation of instruments; Validation studies.

Introduction

Alcohol abuse is a public health problem worldwide and has been addressed in several international studies (OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007). Brazil has also recognized this problem in the health sector and has invested in the treatment of these individuals through public policies and incentives for scientific research in this area (SENAD, Portal Brasil; MANGUEIRA et al., 2015).

Alcohol consumption in Brazil was assessed quite recently, with the following results: 74.6% of people aged between 12 and 60 years drank alcohol at some stage in their life and approximately 12.3% of the Brazilian population were alcohol-dependent (LARANJEIRA, 2014). In 2012, the proportion of people who habitually drank five or more drinks increased

among men and women, while those who reported drinking at least once a week increased by 11 percentage points (LARANJEIRA, 2014). In 2007, abusive consumption of alcoholic drinks was recorded at 18.0% in the 30 days prior to the interview taking place, with men drinking three times more than women (BRASIL, 2011). Furthermore, a study was conducted to determine the pattern of alcohol consumption among adults who sought basic health services, with 78% of those interviewed classified as low-risk according to the AUDIT (VARGAS, 2014).

Of the many damaging effects of alcohol consumption, the most significant are cognitive and behavioral alterations (Litt; Kadden; Tennen, 2015; Nicola et al., 2015). Thus, self-efficacy, which involves an individual's belief in their own capacity to organize and execute the behavior required to deal with situations (Bandura, 1977; 1995), has been previously addressed in relation to the treatment of alcoholics (Cooney et al., 2015; Read et al., 2015). The selection of the instrument used to validate the measurements of self-efficacy, and guide healthcare interventions for alcohol users, can reduce the damage caused by dangerous drinking.

Sklar, Annis and Turner (1997) created the Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ) for alcohol with 50 items (DTCQ-50) in order to assess the self-efficacy of individuals in terms of resisting the urge to consume alcohol in high-risk situations and to measure the confidence of alcohol users in their ability to face these situations.

It is known that the elaboration of abbreviated forms of scales is meant to optimize the time and availability of individuals (OYEYEMI, 2011; SCHUSTER, 2012). Consequently, the following two versions of the questionnaire have been created: 16 items (DTCQ-16 Cronbach alpha 0.94); and eight items (DTCQ-8 Cronbach alpha 0.89) (SKLAR, 1999). According to the authors who created the scale, they opted to work with the DTCQ containing 8 items as it was being used in other countries for adult alcohol users (BERRY; CROWE; DEANE; BILLINGHAM; BHAGERUTTY, 2012); (SENBANJO; WOLFF; MARSHALL; STRANG, 2009); (COURBASSON; BRUNSHAW, 2009); (PASHAEI; SHOJAEIZADEH; FOROUSHANI; GHAZITABATABAE; MOEENI; RAJATI; RAZZAGHI, 2013); (Yoon, Chung, Lee, Lee, Cho, 2012) and teenagers (VETTESE, FIOCCO, YERRO, IMRAN, LI, 2014).

The DTCQ-8A used in the present study contains eight categories or domains. The primary domains are the following: Unpleasant Emotions (item 1); Physical Discomfort (2); Pleasant

Emotions (3); Test of Personal Control (4); Urges and Temptations to use (5); Conflict with others (6); Social Pressure to use (7); Pleasant Moments with others (8). The secondary domains are: Positive Situations (items 8 and 3); Negative Situations (1, 2 and 6); Situations of Temptation (5,7 and 4).

The domains are awarded points by summing all of the items of the scale related to the users responses about their confidence to resist the urge to use the substance in eight high-risk situations. They were then classified with low self-efficacy (<P20), moderate self-efficacy (from P20 to P80) or high self-efficacy (> P80). The scores range from 0% (no confidence) to 100% (very confident).

Despite its widespread use in other countries, the DTCQ-8A has not been adapted and translated for use in Brazil. Therefore, the aims of the present study were to describe the process of transcultural adaptation, validate the content of the DTCQ-8A and confirm the reliability of the scale in the pre-test stage, thereby assisting the validation process for the final scale to be used in Brazil.

It is believed that the DTCQ-8A will be useful in the following situations: interventions carried out by health professionals; planning more efficient interventions for the clinical management of the urge to consume alcohol in high-risk situations; improving the individuals self-efficacy to resist the urge to consume the substance in question; achieving better results in the treatment of these individuals.

Methodology

This is a methodological study of the translation and transcultural adaptation of the DTCQ-8A for use in Brazil. The work of Beaton et al. (2007) was used as a reference, based on the following steps: 1. Initial translation; 2. Synthesis of the translations; 3. Back translation (translation to the original language); 4. Revision by a committee of specialists; 5. Test of the pre-final or pre-test version (application of the scale in a pilot sample).

Stage 1 involved the initial translation of the DTCQ-8A, which was performed independently by two fluent English speakers. One of these professionals worked in the health sector and was informed of the aims of the research. The other professional worked in a different sector and was not informed of the aims of this research. The two finished translations were called translation T1 and translation T2. Stage 2 involved the creation of a single instrument known as “synthesis T12”.

In stage 3, the synthesized instrument was back-translated by two other independent double blind translators who were did not know the aim of the translation, the concepts explored in the research or the original version of the DTCQ-8 alcohol. These back translations were called “BT1 and BT2”.

In stage 4, following the recommendations of Beaton et al. (2007), the “synthesis T12” was assessed by a committee of specialists, who focused on the semantic, idiomatic, experiential and conceptual equivalence proposed in the protocol of transcultural adaptation for the pre-final version of the instrument. Nine specialists were selected based on the recommendations of Fehring (1994): seven doctors, one doctorate student and one masters student; all had a score of over 5, according to the theoretical framework adopted; only two did not have previous experience in the validation of an instrument; all were higher level professors; two were psychiatric doctors; four were nurses; two were psychologists; one was licensed in the arts; all were proficient in English; only the Arts professor did not have experience with drug users; the others reported more than 10 years of experience with this type of individual.

It is worth noting that, despite the fact that the DTCQ-8 alcohol can be self-applied, the researcher opted to read the scale to the alcohol users and thus, homogenize the time spent completing it. This also helped to overcome any reading difficulties caused by the low level of education among these individuals.

In stage 5 (pre-test), Beaton and collaborators (2007) recommended a sample of between 30 and 40 participants. Thus, the pre-final version of the DTCQ-8 was applied individually to a pre-final sample composed of 40 adults who elected alcohol as the substance that led them to seek treatment at CAPSad. The clinical and socio-demographic form was also applied in this manner. The following inclusion criteria were applied: alcohol users aged between 18 and 65 years; in treatment for at least one month; an absence of cognitive limitations or clinical/psychic problems that would hinder the application of the instruments.

The understanding of each item, the time spent to respond and the meaning of the responses were all recorded. This process took place in an acclimatized room of the facility after therapy sessions, respecting the dynamics of the treatment.

As well as the recommendations of Beaton and collaborators (2007), we also performed a psychometric assessment of the DTCQ-8 alcohol in order to expand our research. This

assessment involved validating the content and confirming the reliability of the scale. Data collected in the pre-test stage were used in these validations.

The content was validated using an instrument that contained: 1. Clarity of language; 2. Practical pertinence; 3. Theoretical relevance. The scoring for these items was established using a scale of 1 to 5 points: 1. Very poor; 2. Poor; 3. Medium; 4. Good; 5. Extremely good (PASQUALI et al., 2010). In the same way, the relevance of the items was assessed for the instrument: 1. Irrelevant; 2. Not very relevant; 3. Relevant; 4. Extremely relevant. These data served as a basis for the calculation of the Agreement Index, for which values equal to or greater than 0.80 were considered as the parameter of agreement between the specialists in the present study (FONTENELE, 2014).

Thus, the Agreement Index was calculated by summing the content validation indices for each item of the scale that obtained scores of 4 (Good) and 5 (Extremely good) or 3 (Relevant) and 4 (Extremely relevant), or by the total of the specialists (FONTENELE, 2014).

The internal consistency or reliability of this instrument was confirmed using Cronbach's alpha coefficient, with values greater than 0.70 considered acceptable (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009; GLIEM, GLIEM, 2003).

The data were analyzed descriptively based on absolute frequencies and the percentage values for the categorical variables, as well as the mean, standard deviation and median values for the numerical variables. In order to validate the stage among the specialists, the relative frequency of the satisfactory responses for each item assessed was obtained and the results of each item provided us with the mean values per block of questions. In order to confirm the reliability of the DTCQ-8 for other drugs, it was necessary to obtain the relative internal consistency (Cronbach alpha) of the pre-final sample. The data were double entered by double blind typists. Version 21 of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used to enter and obtain the statistical calculations.

The present study received approval from the Human Rights Ethics Committee of the UFPE under protocol number CAAE 31677114.0.0000.5208 and Authorization to use this scale was obtained from the Centre for Addiction & Mental Health (CAHM).

Results

We decided to present the translation and adaptation process of the pre-final version of the DTCQ-8 alcohol, as well as the validation of its content and reliability during the pre-test stage, using tables and descriptions.

The assessment of the specialists, in relation to equivalence factors, resulted in satisfactory mean values for the following: semantic (0.989; 0.989; 1.000); idiomatic (0.967); experiential (0.956); and conceptual (0.978) equivalence. However, the index of agreement for the idiomatic equivalence of item A1 was 0.778, as one specialist suggested a modification that was not accepted (Synthesis T12: “Listed below are situations in which certain people experienced problems with alcohol consumption”; the specialist’s suggestion: “Listed below are certain situation which can cause people to experience alcohol-related problems”). The suggestions of the other two specialists were accepted.

The assessment of the specialists in the present study led to modifications for items A1, 1, 4, 5, 6 and 7, which were adjusted according to the guidance received (Chart 1), resulting in a pre-final version of the DTCQ-8 alcohol in Portuguese (Chart 2).

Chart 1- Items modified based on the suggestions of the committee of specialists. Recife, Oct, 2014.

Original DTCQ-8 Version	Items of the “Synthesis T12” DTCQ-8 Version	Items of the pre-final DTCQ-8 Version
A1. Imagine yourself right now in each of these situations. 1. If I were angry at the way things had turned out. 4. If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally without getting hooked. 5. If I unexpectedly found some alcohol or happened to see something that reminded me of drinking. 6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans. 7. If I was out with friends and they kept suggesting we go somewhere and drink.	A1. Imagine yourself in each of these situations right now. 1. If I were angry at the way things had turned out. 4. If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally without getting hooked. 5. If I unexpectedly found some alcohol or happened to see something that reminded me of drinking. 6. If another person treated me badly or disturbed my plans. 7. If I was with friends and they insisted we go out drinking.	A1. Imagine yourself in each of these situations now. 1. If, for some reason, I was angry. 4. If I wanted to test myself to see if I could drink, occasionally, without becoming dependent. 5. If I unexpectedly found some alcohol or happened to see something that reminded me of the act of drinking. 6. If somebody treated me unfairly or disturbed my plans. 7. If I was with friends and they insisted that we go somewhere to drink.

Note that the original, pre-final Portuguese and back translation versions were resent to the specialists and the authors of the original scale in a format similar to that described in Table 2, which they approved.

Chart 2 – Comparison between the original version of the DTCQ-8 alcohol, the pre-final version in Portuguese and the back translation.

Original DTCQ-8 Version	Pre-final version of the DTCQ-8 in Portuguese	Back translation of the pre-final DTCQ-8 Version
1. If I were angry at the way things had turned out.	1. <i>Se, por algum motivo, eu estivesse com raiva.</i>	1. If, for some reason, I was angry.
2. If I had trouble sleeping.	2. <i>Se eu tivesse problemas para dormir.</i>	2. If I had trouble sleeping.
3. If I remembered something good that had happened.	3. <i>Se eu lembrasse de alguma coisa boa que tivesse acontecido.</i>	3. If I remembered something good that had happened.
4. If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally without getting hooked.	4. <i>Se eu quisesse testar se consigo beber, às vezes, sem me tornar dependente.</i>	4. If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally, without becoming dependent.
5. If I unexpectedly found some alcohol or happened to see something that reminded me of drinking.	5. <i>Se eu, por acaso, encontrasse alguma bebida ou visse alguma coisa que me lembrasse o ato de beber.</i>	5. If by chance, I found a drink or saw something that reminded me of the act of drinking.
6. If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	6. <i>Se alguém me tratasse injustamente ou atrapalhasse meus planos.</i>	6. If somebody treated me unfairly or interfered with my plans.
7. If I was out with friends and they kept suggesting we go somewhere and drink.	7. <i>Se eu estivesse com amigos e eles insistissem para irmos a algum lugar para beber.</i>	7. If I was with some friends and they insisted to go someplace to drink.
8. If I wanted to celebrate with a friend.	8. <i>Se eu quisesse comemorar com um amigo.</i>	8. If I wanted to celebrate with a friend.

Stage 5, which was known as the pre-test, required a mean time of 20 minutes per participant, of which eight minutes were required to answer the pre-final version of the DTCQ-8 alcohol and 12 minutes were needed to complete the clinical and socio-demographic form. Thus, the test was easy to apply and the items of the instrument were easy to understand. The assessment of the scale by the target population took a mean time of 10 minutes.

The assessment based of the clarity of language (0.972), practical pertinence (0.958) and theoretical relevance (0.958) provided satisfactory mean scores. However, item I2, which refers to “if I had trouble sleeping”, exhibited a value of 0.778 for clarity of language because one specialist considered that this item was not clear in terms of the situation to be assessed. This specialist stated that the act of sleeping involves several aspects such as harmonizing sleep, insomnia etc. However, this item was clear for the users, since all of them understood it as “not being able to sleep”, thereby preserving the concept of the original scale.

Concerning the practical pertinence and theoretical relevance, items I1, I2 and I3 exhibited values of 0.889, which, although lower than the general means, still achieved the mean value required by the present study (0.80).

Concerning the validation of the content performed by the target population, it was notable that the majority of the participants confirmed their understanding of the concept of

confidence to resist the urge to drink excessively using the following question: “if I have confidence, does that mean I am not going to drink?” For item 4, most of the participants asked “if I wanted to test myself?” to clarify their understanding, answering that they did not test themselves as they knew that they would drink.

For items 7 and 8, several users answered that they would not accept the invitation and did not celebrate with friends as there was a risk of drinking. In these cases, it was necessary for the researcher to intervene to explain that the completion of the DTCQ-8 is based on the principle of mental anticipation related to high-risk situations. In other words, the user had to imagine themselves in the situation. Also in relation to item 8 (celebrate with a friend), three alcohol users said that if they were to celebrate with a “female friend”, their confidence in resisting the urge to drink would be lower (80% for a male friend and 20% for a female friend).

Concerning the characterization of users that selected alcohol as the substance that led to their treatment (n=40), the following data were collected: all (100%) were male; 50% were of mixed race; the mean age was 46.68 years (the median was 46 and the standard deviation was 9.968); 67.5% were single; 50% were catholic; 45% had completed up to eight years of education; 80% worked under informal circumstances; 50% had an income of less than the minimum wage; and 57.5% lived with a family member.

The following data were collected in relation to the age that the participating alcohol users first used drugs: 2.5% started at 11 years or less; 37.5% started between 12 and 14 years; 45% started between 15 and 17 years and 15% started between 18 and 65 years. Of these users, 85% began their ingestion of psychoactive substances with alcohol, whereas 2.5% began with marijuana and 12.5% started with tobacco. Of the 40 participants, 27 used a second drug, which were: 1 rivotril; 1 crack; 5 marijuana; 6 alcohol and 14 tobacco. Of these 27 participants, nine used a third substance, which were: 1 *loló* (a mix of ether and chloroform); 1 tobacco; 3 marijuana and 4 crack. Of these nine participants, two used a fourth substance: 1 crack and 1 cocaine (snorted). Therefore, none of the users started out with crack or cocaine. Of the 40 participants, 15 alcohol users (37.5%) reported having problems with the law: 66.7% of these individuals were involved in urban violence and 26.7% had a history of domestic violence.

Of the participants, 77.5% had already undergone a previous treatment protocol for alcohol abuse. Thus, 41.9% were currently in their first or second treatment program; 41.9% were in their third or fourth and 5% had participated in more than 5 treatment programs. Furthermore,

71% abandoned the treatment due to drinking again, 22.6% thought the treatment was unnecessary, because they felt fine at the time they abandoned the treatment, and 6.5% were discharged from therapeutic treatment.

Given the above, the pre-final version of the DTCQ-8 for alcohol in Portuguese, its back translation and the comparison with the original confirmed a satisfactory translation of the instrument, since the differences were associated with transcultural adaptations for Brazil (Chart 1).

The degree of self-efficacy for each item was scored on a scale from 0 to 100. The total score for DTCQ-8 were obtained based on the sum of the items of the DTCQ-8 alcohol. The mean of the total scores for self-efficacy in terms of resisting the desire to consume alcohol was 544.50. For the items the means of each item ranged from 50.50 to 79.50. Thus, the users were classified with low self-efficacy (<P20), moderate self-efficacy (from P20 to P80) or high self-efficacy (> P80). In the present study, 60% of the participants were classified with moderate self-efficacy.

It was noted that item 4 (“if I wanted to test if I could take a drink, occasionally, without being dependent”), which belongs to the “Test of Personal Control” domain, exhibited a lower mean value of self-efficacy score for resisting the desire to consume alcohol in this specific situation. By contrast, the greatest mean value of self-efficacy was recorded for item 2 (“if I had trouble sleeping”), which corresponds to the “Physical Discomfort” domain, had the highest mean score, demonstrating that this was not a high-risk situation for most of the alcohol users who participated in this study.

The results related to the reliability of the DTCQ-8 for alcohol were obtained using the Cronbach alpha coefficient, as shown in Table 3.

Table 3 – Cronbach’s alpha coefficients for the DTCQ-8 scale for alcohol. (n = 40)
DTCQ-8 version for alcohol and domains

	Item-total Correlation*	Alpha if deleted
I1-if, for some reason, I was angry	0.852	0.780
I2-if I had trouble sleeping	0.675	0.870
I3-if I remembered something good that had happened	0.551	0.859
I4-if I wanted to test to see if I could take a drink, occasionally, without being dependent	0.665	0.878
I5-if I found some alcohol by chance or I saw something that reminded me of drinking	0.837	0.844
I6-if somebody treated me unfairly or disturbed my plans	0.818	0.870

I7-if I was with friends and they insisted we go somewhere to drink	0.815	0.847
I8-if I wanted to celebrate something with a friend	0.786	0.850

Note: The overall Cronbach's Alpha for the entire scale was 0.875. * Spearman correlation coefficient

Table 3 shows that the pre-final version of the DTCQ-8 for alcohol exhibited a Cronbach alpha value of 0.875, which is considered a satisfactory score in relation to measuring the self-efficacy of alcohol users in terms of resisting the urge to drink in high-risk situations. When each item was excluded for the Cronbach alpha, the values ranged from 0.844 to 0.878, none of them showed any substantial increase in the alpha. This demonstrate the reliability of the scale in its current form.

Thus, the pre-final version in Portuguese of the DTCQ-8 for alcohol, is back translation and comparison to the original scale demonstrated a satisfactory translation of the scale, since the differences stemmed from the cross-cultural adaptation to the Brazil population (Chart 1).

Discussion

Self-efficacy has often been addressed in research related to alcohol users. It guides the planning and assessment of health interventions for these individuals and is associated with the results and prognoses of this service (DEMMELE; BECK; LAMMERS, 2003; RALF DEMMELE; BEATE BECK; DIRK RICHTER; THOMAS REKER, 2004; RALF DEMMELE; FRED RIST, 2005; Connor; George; Gullo; Kelly; Young, 2011; Gilburt; Drummond; Sinclair, 2015). However, in order for self-efficacy to be considered a significant piece of scientific evidence, it must be measured by a validated and reliable instrument (MCKAY, 2005). The DTCQ-8A was selected for the present study because of its psychometric properties and widespread clinical use (SKLAR, ANNIS, TURNER, 1999; DEMMELE; BECK; LAMMERS, 2003; DEMMELE; NICOLAI; JENKO, 2006; COURBASSON; BRUNSHAW, 2009).

However, in order to be used in different health-related scenarios, a measurement instrument needs to pass through a rigorous process of translation and transcultural adaptation, bearing in mind the local or regional situation of the target population (Ximenes et al., 2008). This process can follow several methodologies (BERNARDO et al., 2013), although it is important that the investigator is rigorous in following the methodology selected for their research project (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Moreover, one of the author of the original DTCQ-8 (Turner) approved the translation process, and the back translation. This is in

approach that is recommended in the literature (SCHUSTER, 2010). In addition, it was found that the scale is easy to administer and fill out within a satisfactory timeframe.

Adequate transcultural adaptation is fundamental to the use of a scale that was created in another language and culture as it decreases the risk of cultural and social bias (GJERSING, 2010; AWAISU, 2010). In addition, it leads to modifications that will clarify ambiguous concepts and contribute to a better understanding of the scale among the target population (QUINN; ROSEN; MCGEARY; AMOA; KRANZLER; FRANCAZIO; MCGARVEY; SWIFT, 2014).

In general, investigators only assess the psychometric properties of an instrument in a final sample. For the present study, we carried out a process of validation for the content and reliability of the instrument in relation to a pre-final sample, which has been done in a previous study (Noelli, 2014). The validation of the content achieved values similar to those reported in other studies (Constant et al., 2014).

Concerning the target population, we found socio-demographic similarities with other studies addressing the validation of instruments (Kraus; Rosenberg; Bonar; Hoffmann; Kryszak; Young; Ashrafioun; Bannon, 2012). Furthermore, associations have been recorded between women drinking alcohol and engaging in risky sexual behavior (Sampaio Filho; Sousa; Vieira; Nóbrega; Gubert; Pinheiro, 2010; Abbee; Penton-Voak; Attwood; Stephen; Munafò, 2015).

The validity of assessment tool is the extent to which the tool actually measures that which it proposes to measure. Reliability is the extent to which the results to measure are reproducible (PAQUALI 2009; PAQUALI et al., 2010). The validity of the DTCQ was established by Sklar and cols. (19,75) including content validity, convergent validity, and factorial validity. In the current study content validity was ensured using a careful backtranslation method.

The Cronbach alpha obtained values similar to those of the original scale (0.89) (SKLAR, TURNER, 1999) and the Brazilian version of the DTCQ-8A (0.875), thereby confirming the reliability of the study, given that values above 0.70 are considered acceptable in the literature and values above 0.80 represent a satisfactory internal consistency (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009; GLIEM; GLIEM, 2003).

Conclusion

The present study enabled the successful translation and transcultural adaptation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire for alcohol (DTCQ-8A) into Portuguese for use in Brazil. This is an important instrument that is used to measure the self-efficacy of individuals in terms of resisting the urge to drink alcohol in high-risk situations.

It is important to note that the process of transcultural adaptation for the use of this scale in Brazil was not completed in the present study. An assessment all of the psychometric properties is required to obtain a final, valid and reliable version of the DTCQ-8A that can be applied in the distinct socio-cultural contexts of Brazil.

Measuring the self-efficacy of an alcohol user in terms of resisting the urge to drink in high-risk situations could contribute to an understanding of their behavioral dynamics. Thus, health professionals would be able to propose individualized interventions and use the self-efficacy measurements as a parameter to monitor and assess the evolution of the individuals treatment.

Competing interests

The authors declare that they have no conflicts of interests.

Funding

This study received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or non-profit sectors.

Author's contributions

All authors met at least one of the following criteria (recommended by the ICMJE: http://www.icmje.org/ethical_1author.html) and have approved of the final version of the manuscript:

- substantial contributions to conception and design, acquisition of data or analysis and interpretation of data;
- drafting of the article or its critical revision for important intellectual content.

Acknowledgements

The authors are grateful the advices the participants of the study, the healthcare professionals of the services in which the data collection was performed, Professors Dr. Ana Karina Bezerra Pinheiro, Dr. Lorena Barbosa Ximenes, Dr. Edmilson Mazza and the Centre for Addiction

and Mental Health for authorization for the use of the original scale. These people not funding this study.

Referências

Sampaio Filho FJL, Sousa PRM, Vieira NFC, Nóbrega MFB, Gubert FA, Pinheiro PNC. Percepção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):508-14.

Helen Gilbert, Colin Drummond, Julia Sinclair. Navigating the alcohol treatment pathway: a qualitative study from the service users' perspective. *Alcohol and Alcoholism*, 2015, 1–7.

Shane W. Kraus, Harold Rosenberg, Erin E. Bonar, Erica Hoffmann, Elizabeth Kryszak, Kathleen M. Young, Lisham Ashrafioun and Erin E. Bannon. Assessing Self-Efficacy to Reduce One's Drinking: Further Evaluation of the Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism* Vol. 47, No. 3, pp. 312–316, 2012

Jana Van Den Abbeele, Ian S. Penton-Voak, Angela S. Attwood, Ian D. Stephen, Marcus R. Munafò. Increased Facial Attractiveness Following Moderate, but not High, Alcohol Consumption *Alcohol and Alcoholism*, 2015, 50(3) 296–301.

J.P. Connor, S.M. George, M.J. Gullo, A.B. Kelly, R.McD. Young. A prospective study of alcohol expectancies and self-efficacy as predictors of young adolescent alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism* 46(2):161–169, 2011.

Amity E Quinn, Rochelle K Rosen, John E McGeary, Francine Amoa, Henry R Kranzler, Sarah Francazio, Stephen T McGarvey, Robert M Swift. Translating the Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism in the western pacific: rationale, study and reliability of alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 49(5):525-530. 2014.

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk, Lúcia Pereira Barroso. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília. 2009.

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014

Suzana de Oliveira Manguiera, Fernanda Jorge Guimarães, Jorgiana de Oliveira Manguiera, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Health promotion and public policies of alcohol in Brazil: integrative literature review. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 157-168. 2015.

Rosa Maria Martins de Almeida, Graciela Gema Pasa, Morgana Scheffer. Alcohol: gender and implications in the violence/Alcool e violencia em homens e mulheres. *Psicologia: Reflexao & Critica*. 22(2):252-260. Jun 2009.

Mark D. Litt; Ronald M. Kadden; Howard Tennen. Network Support treatment for alcohol dependence: Gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addictive Behaviors* 45 (2015) 87–92.

Marco Di Nicola, Daniela Tedeschi, Luisa De Risio, Mauro Pettorruso, Giovanni Martinotti, Filippo Ruggeri, Kevin Swierkosz-Lenart, Riccardo Guglielmo, Antonino Callea, Giuseppe Ruggeri, Gino Pozzi, Massimo Di Giannantonio, Luigi Janiri. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug and Alcohol Dependence* 148 (2015) 118–125.

Cooney, N. L., Litt, M. D., Sevarino, K. A., Levy, L., Kranitz, L. S., Sackler, H., & Cooney, J. L. (2015, January 26). Concurrent Alcohol and Tobacco Treatment: Effect on Daily Process Measures of Alcohol Relapse Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038633>.

Jennifer P. Read, Sharon Radomski, Brian Borsari. Associations among Trauma, Posttraumatic Stress, and Hazardous Drinking in College Students: Considerations for Intervention. *Curr Addict Rep* (2015) 2:58–67.

Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. Ministério da Justiça. Política sobre drogas. Acesso 02 03 2015. <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>

Brasil. Portal Brasil. Acesso 02 03 2015. <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/11/pesquisadores-discutem-politicas-sobre-drogas-na-pb>

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk, Lúcia Pereira Barroso Org. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Brasília. 2009.

Brasil, HHA, Bordin, IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*. 10(83):1-11. 2010.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Ahmed Awaisu, Sulastri Samsudin, Nur A Amir, Che G Omar, Mohd I Hashim, Mohamed H Nik Mohamad, Asrul A Shafie, Mohamed A Hassali. Measurement of nicotine withdrawal symptoms: linguistic validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) in Malay. *BMC Medical Research Methodology* 2010, 10:46, 1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/46>

Adewale L Oyeyemi, Adetoyeje Y Oyeyemi, Babatunde O Adegoke, Fatima O Oyetoke, Habeeb N Aliyu, Salamatu U Aliyu, Adamu A Rufai. The short international physical activity questionnaire: cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Hausa language version in Nigeria. *BMC Medical Research Methodology* 2011, 11:156, 1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/156>

Corina Schuster, Anina Lussi, Brigitte Wirth, Thierry Ettlin. Two assessments to evaluate imagery ability: translation, test-retest reliability and concurrent validity of the German KVIQ and Imaprax *BMC Medical Research Methodology* 2012, 12:127, 1-13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/127>

Corina Schuster, Sabine Hahn, Thierry Ettlin. Objectively-assessed outcome measures: a translation and cross-cultural adaptation procedure applied to the Chedoke McMaster Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI). *BMC Medical Research Methodology* 2010, 10:106, 1-9 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/106>

Linn Gjersing, John RM Caplehorn, Thomas Clausen. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology* 2010, 10:13, 1-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/13>

Zahi Touma, Lilian Ghandour, Abba Sibai, Houry Puzantian, Ayad Hamdan, Omar Hamdan, Jeanine Menassa, Imad Uthman, Thurayya Arayssi. Cross-cultural adaptation and validation of Behçet's disease quality of life questionnaire. *BMC Medical Research Methodology* 2011, 11:52, 1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/52>

Joseph A. Gliem Rosemary R. Gliem. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. 82-88. 2003. Presented at the Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, The Ohio State University, Columbus, OH, October 8-10, 2003.
<https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20%26%20Gliem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

James R. McKay, Kevin G. Lynch, Donald S. Shepard, Jon Morgenstern, Robert F. Forman, Helen M. Pettinati. Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephonebased continuing care for substance use disorders? *Addiction*, 100, 216–226, 2005.

Mensingher, Janell Lynn, Lynch, Kevin G, TenHave, Thomas R., McKay, James R. Mediators of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine abuse. *Journal Consult Clin Psychol*, 75(5): 775-784.

Kevin G Lynch, Deborah Van Horn, Michelle Drapkin, Megan Ivey, Donna Coviello, James R. McKay. Moderators of response to telephone continuing care for alcoholism. *Am J Health Behav*. 2010; 34(6): 788-800.

Field, A. *Discovering statistics using SPSS*. [S.1.]: Sage publications, 2009.

Divane de Vargas, Marina Nolli Bittencourt, Lúcia Pereira Barroso. Patterns of alcohol consumption among users of primary health care services in a Brazilian city. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):17-25, 2014.

Carlini EA, Galduroz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2005.[site da Internet]. [acessado 2015 fev 19]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2011.

Elizian Braga Rodrigues Bernardo, Hellen Livia Oliveira Catunda, Mirna Fontenele de Oliveira, Paula Renata Amorim Lessa, Samila Gomes Ribeiro, Ana Karina Bezerra Pinheiro. *Percursos metodológicos para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa*. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 592-8.

Symon A. , Nagpal J . , Mani Ecka-Bryła I . , Nowakowska-Gła, B A., Rashidian A. , Khabiri R. , Mendes I, Pinheiro A. K. B. , Fontenele De Oliveira M. & Wu L. , (2 0 1 2) Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new mothers: a methodological and experiential account from six countries. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000, doi.10.1111/j.1365-2648.2012.06098.x.

Márli de Borborema Neves, John Van Borsel, Mônica Medeiros de Britto Pereira, Emylucy Martins Paiva Paradela. Adaptação transcultural para o Português Brasileiro do Teste de Rastreamento Western Aphasia Battery –Revised: um estudo preliminar. *CoDAS* 2014;26(1):38-45

Juliane Callegaro Borsa, Denise Ruschel Bandeira. Adaptação transcultural do Questionário de Comportamentos Agressivos e Reativos entre Pares no Brasil. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 19, n. 2, p. 287-296, maio/agosto 2014.

Conger, A.J. (1980), Integration and generalisation of Kappas for multiple raters, *Psychological Bulletin*, 88, 322-328.

Sherrilyn M. Sklar, Nigel E. Turner. A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction* (1999) 94(5), 723-729.

Sherrilyn M. Sklar, Helen M. Annis, Nigel E. Turner. Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, Vol. 22. No. 5, pp. 655-470,1997.

Chantal Marteen Langevin. Second-generation evaluation of a correctional community substance abuse program. Tese. Carleton University Ottawa, Ontario. November 2004.

Philip John Pellegrino. Does alcoholics anonymous participation decrease learned helplessness and increase self-efficacy? Tese. Philadelphia College of Osteopathic Medicine Department of Psychology, 2009.

Lisa C. Vettese, Alexandra J. Fiocco, Katherina M. Yerro, Sana Imran, Wing Ling Li. Integrating mindfulness skills training into a brief outpatient treatment for substance abusing youth. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*. Volume 12, Number 1, 2014, 59-70.

Tahereh Pashaei, Davoud Shojaeizadeh, Abbas Rahimi Foroushani, Mahmoud Ghazitabatabae, Maryam Moeeni, Fatemeh Rajati, Emran M Razzaghi. Effectiveness of Relapse Prevention Cognitive- Behavioral Model in Opioid -Dependent Patients Participating in the Methadone Maintenance Treatment in Iran. *Iranian J Publ Health*, Vol. 42, No. 8, Aug 2013, pp.896-902.

Annis, H. M., Sklar, S. M., Turner, N. E. (1996b). *Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ): Users guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Stacey L. Berry, T. P. Crowe, F. P. Deane, M. Billingham, Y. Bhagerutty. Growth and Empowerment for Indigenous Australians in Substance Abuse Treatment. *Int J Ment Health Addiction* (2012) 10:970–983.

Daniel D. Billingham, Peter J. Kelly, Frank P. Deane, Trevor P. Crowe, Mark S. Buckingham, Fiona L. Craig. Clinically Significant Change to Establish Benchmarks in Residential Drug and Alcohol Treatment Services. *Int J Ment Health Addiction* (2012) 10:890–901.

Christine Courbasson, Jacqueline M. Brunshaw. The Relationship between Concurrent Substance Use Disorders and Eating Disorders with Personality Disorders. *Int J. Environ. Res. Public Health* 2009, 6, 2076-2089.

Richard Senbanjo, Kim Wolff, E. Jane Marshall, John Strang. Persistence of heroin use despite methadone treatment: Poor coping self-efficacy predicts continued heroin use. *Drug and Alcohol Review* (November 2009), 28, 608–615.

Christine Marie Courbasson, Christian Rizea, Nicole Weiskopf. Emotional Eating among Individuals with Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Int J Ment Health Addiction* (2008) 6:378–388.

Bernadette Pelissier, Nicole Jones. Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30 (2006) 113– 120.

Demmel R, Beck B, Lammers A. Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy, alcohol expectancies, and readiness to change. *Ger Med Sci. (German Medical Science)* 2003;1: Doc06. 1-6.

Ralf Demmel, Jennifer Nicolai, Dagmar Maria Jenko. Self-Efficacy and Alcohol Relapse: Concurrent Validity of Confidence Measures, Self-Other Discrepancies, and Prediction of Treatment Outcome. *Journal of Studies on Alcohol* / July 2006.

Demmel R, Rist F, Olbrich R: Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung; in Fachverband Sucht e.V. (ed): *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie*. Geesthacht, Neuland, 2001, pp 221–227.

Ralf Demmel Beate Beckb Dirk Richter Thomas Reker. Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome. *Eur Addict Res* 2004;10:133–138. DOI: 10.1159/000077702

Ralf Demmel and Fred Rist. Prediction of Treatment Outcome in a Clinical Sample of Problem Drinkers Self-efficacy and Coping Style. *ADDICTIVE DISORDERS & THEIR TREATMENT* Volume 4, Number 1 March 2005

Demmel R, Rist F, Olbrich R. Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In: Fachverband Sucht e.V., editor. *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie*. Geesthacht: Neuland; 2001. p. 221-7.

Gordon Ritchie, Sarah Weldon, Laura Freeman, Gary MacPherson, Karen Davies, (2011) "Outcomes of a drug and alcohol relapse prevention programme in a population of mentally disordered offenders", *The British Journal of Forensic Practice*, Vol. 13 Iss: 1, pp.32 – 43

Myeong-Sook Yoon, Young-Chul Chung, Jun-Seok Lee, Bun-Hee Lee, Hye-Chung Cho. Effects of Family Support on Quality of Life among Alcohol Dependent Patients: Moderating Effect of Abstinence Self-Efficacy. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2012;51:277-284.

Danielle E. Ramo, Mark G. Myers, Sandra A. Brown. Psychometric Properties of a Revised Form of the Drug-Taking Confidence Questionnaire for Use with Adolescents. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2009 January 1; 18(1): 24–42.

Juan Miguel Llorente del Pozo. Validación del DTCQ-Heroína a la población española cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína. Tesis. Orientador: Miguel Ángel Vallejo Pareja. En la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España) en 1997, 349p.

Llorente, J. (1997). Validación del DTCQ-Heroína en población española. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

LLORENTE DEL POZO, J.J., FERNÁNDEZ GÓMEZ, C., VALLEJO PAREJA, M.A. (2002). Validación del cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de drogas-heroina (DTCQ-H) en población española. En I.IRAURGI y F.GONZÁLEZ (Eds.). Instrumentos de evaluación en drogodependencias (pp. 435-479). Barcelona: Aula Médica.

Juan Chicharro. Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. Psicología.com. 2005; 9(2)

Demmel R, Rist F, Olbrich R. Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In: Fachverband Sucht e.V., editor. Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie. Geesthacht: Neuland; 2001. p. 221-7.

Juan Miguel Llorente del Pozo. Validación del DTCQ-Heroína a la población española cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína. Tesis. Orientador: Miguel Ángel Vallejo Pareja. En la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España) en 1997, 349p.

Llorente, J. (1997). Validación del DTCQ-Heroína en población española. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Pasquali L et. al. psychological instrumentation: principles and practices. Porto Alegre. Artmed, 2010.

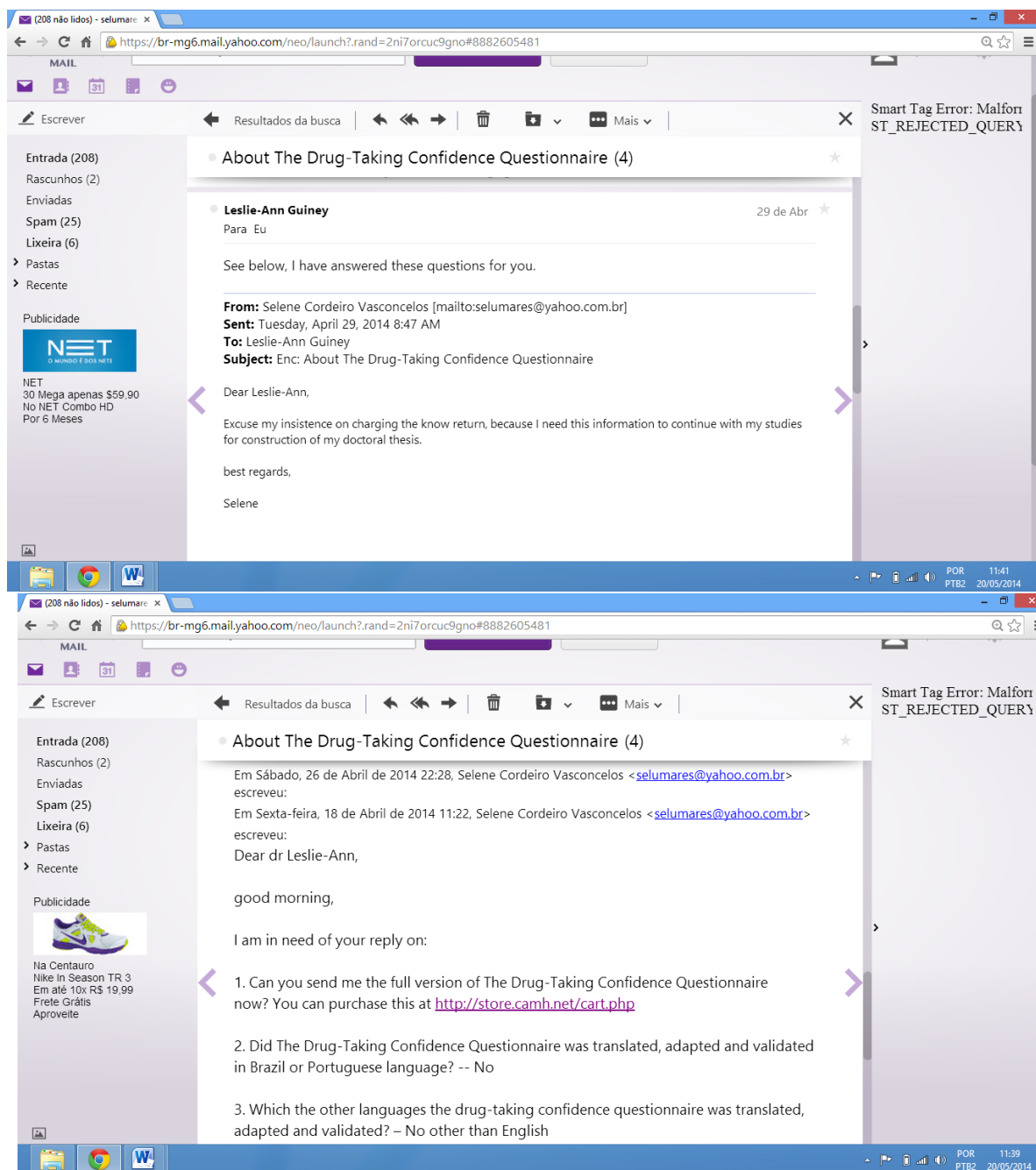
Pasquali L. Psychometrics. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Spe):992-9.

Sklar SM, Annis HM, Turner NE. Group Comparisons of Coping Self-Efficacy Between Alcohol and Cocaine Abusers Seeking Treatment. Psychology of Addictive Behaviors. 1999;13(2):123-33.

Sklar SM, Annis HM, Turner NE. Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: a measure of coping self-efficacy. Addictive Behaviors. 1977;22(5):655-70.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CENTRE FOR ADDICTION & MENTAL HEALTH-CAMH



ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS



PREFEITURA DO RECIFE SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Selene Cordeiro Vasconcelos** doutoranda em neuropsiquiatria e ciências do comportamento da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no CAPS AD Espaço Travessia Renê Ribeiro, CAPS AD Estação Vicente Araújo, CAPS AD Prof. Luiz Cerqueira, CAPS AD Professor José Lucena, CAPS AD Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana e CAPS AD Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo – CPTRA da Coordenação de Saúde Mental, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Tradução, adaptação e validação da versão reduzida da escala *drug-taking confidence questionnaire* para uso no Brasil.”, sendo orientada por Murilo Duarte da Costa Lima e co orientada por Iracema da Silva Frazão.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 27 de junho de 2014.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SECIES/SS/PCR
Matrícula nº 61.655-5

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - 003 - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação e validação da versão reduzida da escala Drug-Taking Confidence Questionnaire para uso no Brasil

Pesquisador: Selene Cordeiro Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31677114.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 706.993

Data da Relatoria: 02/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para elaboração de tese de doutoramento em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE/CCS de autoria de SELENE CORDEIRO VASCONCELOS intitulado Tradução, adaptação e validação da versão reduzida da escala DRUG-Taking Confidence Questionnaire para uso no Brasil sob orientação do Professor Murilo Duarte da Costa Lima e Iracema da Silva Frazão (C0-orientadora).

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como hipótese: A versão reduzida da escala Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) pode ser utilizada de forma validada e confiável numa versão adaptada para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro na mensuração da auto-eficácia para o enfrentamento de situações de risco para o consumo de drogas. Para verificação da hipótese estabeleceu os seguintes objetivos: i. Geral: Traduzir e adaptar culturalmente a versão reduzida da escala Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro; e ii. Específicos : Verificar a confiabilidade e a validade da versão reduzida da escala Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) - Versão Brasileira para análise da auto-eficácia para o enfrentamento de situações de risco para o uso de drogas; Verificar a associação entre a

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 706.993

versão reduzida da escala Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) - Versão Brasileira e seus domínios com as variáveis sociodemográficas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios, a proponente afirma que: será utilizado um TCLE específico para os participantes do estudo e um TCLE para os juízes que realizarão a validade da escala. Assim, os RISCOS diretos para o voluntário estarão relacionados à possível constrangimento que poderá sentir ao responder as perguntas e compartilhar suas informações pessoais. Por isso, para amenizar esses riscos a entrevista será realizada individualmente, em local reservado e agradável para o(a) participante. Elenca como benefícios diretos e indiretos para o(a) participante, os seguintes: oportunidade de ter mais um espaço de cuidado por meio da troca de informações sobre aspectos importantes para o tratamento do(a) usuário(a) de drogas.

Sobre os riscos diretos para o juiz indica os relacionados à possível constrangimento ao avaliar a escala. Por isso, para amenizar esses riscos, será reforçada a importância de uma avaliação crítica e criteriosa, bem como garantido o sigilo das considerações feitas pelos juízes. Dentre os benefícios diretos e indiretos afirma da oportunidade de participar do rigoroso processo de validação de uma escala.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme a proponente a pesquisa é do tipo metodológica que é aquele destinado a desenvolver ou refinar métodos de obtenção, organização ou análise de dados e tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas, instrumentos e estratégias de pesquisa, baseando-se em POLIT; BECK, 2011. Apresenta boa revisão da literatura, atual e pertinente e descreve todas as 05 etapas a serem seguidas para a tradução, adaptação e validação da versão reduzida da Escala Drug Taking Confidence Questionnaire RTCQ para uso no Brasil. A pesquisa será desenvolvida junto aos usuários de drogas dos 06 CAPSad dos 06 distritos sanitários de Recife, a amostra será retirada por conveniência e utilizará critérios de inclusão/exclusão : maiores/menores de 18 anos, usuários de drogas, facilidade/dificuldade de compreensão, aceitem/rejeitem a participação, sem/com efeito de drogas. A pesquisa utilizará 05 instrumentos de coleta de dados: DTCQ-8, URICA, Inventário de Depressão de BECK, ASSIT e questionário sócio demográfico. Ainda, apurará os dados quantitativos no SPSS, utilizará o método da psicometria e interpretará os dados com base na literatura pertinente e estudada.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 706.993

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta contém os termos de apresentação obrigatória - CV, TCLE, Carta de Anuência do Gerente do CAP AD Eulámpio Cordeiro da PCR e 10 anexos/apêndices compostos pelos documentos necessários específicos - e explica que a carta de anuência da SEGTES da PCR será encaminhada logo em seguida à aprovação do Comitê de Ética, se comprometendo a somente iniciar a pesquisa depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 02 de Julho de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO D – DTCQ-8 ÁLCOOL ORIGINAL



Program#: _____ Client Name: _____
 Counsellor: _____ Date: _____

DTCQ-8 for Alcohol*

Shortened Version of the Drug-Taking Confidence Questionnaire

Listed below are a number of situations or events in which some people experience an alcohol problem.

Imagine yourself as you right now each of these situations. Indicate on the scale provided how confident you are that you will be able to resist the urge to drink heavily in that situation.

Circle **100** if you are 100% confident right now that you could resist the urge to drinking heavily; **80** if you are 80% confident; **60** if you are 60% confident. If you are more unconfident than confident, circle **40** to indicate that you are only 40% confident that you could resist the urge to drinking heavily; **20** for 20% confident; **0** if you have no confidence at all about that situation.

		I would be able to resist the urge to drink heavily.					
		Not at all Confident			Very Confident		
1.	If were angry at the way things had turned out.	0	20	40	60	80	100
2.	If I had trouble sleeping.	0	20	40	60	80	100
3.	If I remembered something good that had happened.	0	20	40	60	80	100
4.	If I wanted to find out whether I could take a drink occasionally without getting hooked.	0	20	40	60	80	100
5.	If I unexpectedly found some booze or happened to see something that reminded me of drinking.	0	20	40	60	80	100
6.	If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	0	20	40	60	80	100
7.	If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and drink.	0	20	40	60	80	100
8.	If I wanted to celebrate with a friend.	0	20	40	60	80	100

*This form is administered separately for the primary problem substance and the secondary problem substance

Office Use Only: Global Self-Efficacy Score: _____ **or** _____ %

ANEXO E– DTCQ-8 OUTRAS DROGAS ORIGINAL



Program#: _____ Client Name: _____
 Counsellor: _____ Date: _____

DTCQ-8 for Drugs*
Shortened Version of the Drug-Taking Confidence Questionnaire

Listed below are a number of situations or events in which some people experience a drug use problem.

Imagine yourself as you right now each of these situations. Indicate on the scale provided how confident you are that you will be able to resist the urge to use _____ in that situation.

Circle **100** if you are 100% confident right now that you could resist the urge to use _____; **80** if you are 80% confident; **60** if you are 60% confident. If you are more unconfident than confident, circle **40** to indicate that you are only 40% confident that you could resist the urge to use _____; **20** for 20% confident; **0** if you have no confidence at all about that situation.

I would be able to resist the urge to use _____		Not at all Confident						Very Confident	
1.	If were angry at the way things had turned out.	0	20	40	60	80	100		
2.	If I had trouble sleeping.	0	20	40	60	80	100		
3.	If I remembered something good that had happened.	0	20	40	60	80	100		
4.	If I wanted to find out whether I could use _____ occasionally without getting hooked.	0	20	40	60	80	100		
5.	If I unexpectedly found some _____ or happened to see something that reminded me of _____.	0	20	40	60	80	100		
6.	If other people treated me unfairly or interfered with my plans.	0	20	40	60	80	100		
7.	If I were out with friends and they kept suggesting we go somewhere and use _____.	0	20	40	60	80	100		
8.	If I wanted to celebrate with a friend.	0	20	40	60	80	100		

*This form is administered separately for the primary problem substance and the secondary problem substance

Office Use Only: Global Self-Efficacy Score: _____ or _____%

ANEXO F – COMPROVANTES DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

11/06/2015

BMC Medical Research Methodology | My manuscripts



Medical Research Methodology



2.17

My manuscripts

As an author

Submitted manuscripts

Cross-cultural adaptation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire for use in Brazil

Revise

Journal: BMC Medical Research Methodology

Manuscript ID: 6207920111738989

Submitted: 28 May 2015

Last updated: 2 June 2015 [View PDF](#)

Peer review status: Under review

BMJ Open

Instruments to measure the self-efficacy of alcohol and drug users: a systematic review protocol

Journal:	BMJ Open
Manuscript ID:	Draft
Article Type:	Protocol
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Vasconcelos, Selene; Federal University of Pernambuco, Neuropsychiatry and behavior sciences Frazão, Iracema; Federal University of Pernambuco, Nursing Sougey, Everton; Federal University of Pernambuco, Neuropsychiatry Guerra, Ana Luisa; Federal University of Pernambuco, Nursing Pereira, Reginete; Federal Rural University of Pernambuco, Psychology Ramos, Vânia; Federal University of Pernambuco, Nursing Turner, Nigel; University of Toronto, Lima, Murilo; Federal University of Pernambuco, Neuropsychiatry
Primary Subject Heading:	Addiction
Secondary Subject Heading:	Mental health
Keywords:	MENTAL HEALTH, PSYCHIATRY, Substance misuse < PSYCHIATRY

SCHOLARONE™
Manuscripts

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos CEP - CCS - UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do Drug-Taking Confidence Questionnaire para uso no Brasil
Pesquisador: Selene Cordeiro Vasconcelos
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 31677114.0.0000.5208
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final
Detalhe:
Justificativa: Envio de Relatório Final
Data do Envio: 07/08/2015
Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.179.162
Data da Relatoria: 28/09/2015

Apresentação da Notificação:
 A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:
 O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
 O TCLE foi apresentado no projeto inicial com Riscos e Benefícios e devidamente utilizados pelo pesquisador.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS Bairro: Cidade Universitária UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2126-8588	CEP: 50.740-600 E-mail: cepccs@ufpe.br
---	--