



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social,
do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO)

Dissertação de Mestrado

Adaptação e evidências de validade do *Brief DSM-5 AUD Assessment*

Paulo Eduardo Barcelos Strack

Orientador: Prof. PhD. Jacob Arie Laros

Brasília - DF

Agosto de 2022



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social,
do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO)

Adaptação e evidências de validade do *Brief DSM-5 AUD Assessment*

Paulo Eduardo Barcelos Strack

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social,
do Trabalho e das Organizações como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Social, do Trabalho e das Organizações.

Orientador: Prof. PhD. Jacob Arie Laros

Brasília - DF

Agosto de 2022

Adaptação e evidências de validade do *Brief DSM-5 AUD Assessment*

Dissertação de mestrado avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. PhD. Jacob Arie Laros (Presidente)

Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade (Membro interno)

Universidade de Brasília (UnB)

Prof.^a Dr.^a Cláudia Cristina Fukuda (Membro externo)

Universidade Católica de Brasília (UCB)

Prof.^a Dr.^a Cristiane Faiad de Moura (Membro suplente)

Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

	Página
Agradecimentos.....	6
Lista de Tabelas	7
Lista de Figuras.....	9
Lista de Abreviações	10
Resumo Geral	13
General Abstract	14
Introdução Geral	15
Manuscrito 1	17
Introdução.....	18
Método.....	21
Resultados.....	26
Discussão.....	35
Considerações Finais.....	36
Referências.....	37
Manuscrito 2	41
Introdução.....	42
Método.....	46
Resultados.....	52
Discussão.....	58

Considerações Finais.....	61
Referências.....	63
Discussão Geral.....	69
Referências.....	70
Anexos	71
Anexo I. Parecer Consubstanciado do CEP (FEPECS).....	71
Anexo II. Parecer Consubstanciado do CEP (UnB)	73
Anexo III. Autorização do Autor para Adaptação do DSM-5 AUD	75
Anexo IV. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	76

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. PhD. Jacob Arie Laros, por aceitar conduzir o trabalho de pesquisa e estar sempre presente para discutir sobre a melhor direção que o trabalho deveria tomar.

Ao professor Dr. Josemberg Moura de Andrade, pelo apoio e incentivo ao meu ingresso na Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO).

Aos membros da banca examinadora, pelo aceite do convite e pela disponibilidade em analisar este trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional durante a trajetória acadêmica e por estarem sempre presentes em todos os momentos mais importantes da minha vida.

À Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho – SUBSAUDE, pela oportunidade de trabalhar no Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADQ).

À Subsecretaria de Formação Continuada dos Profissionais da Educação (EAPE), da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, pela concessão do meu afastamento para estudos.

Aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e ao Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal, pela colaboração e prestatividade no processo de obtenção de dados.

Lista de Tabelas

Manuscrito 1	Página
Tabela 1. Critérios Diagnósticos para Transtorno por Uso de Álcool, conforme o DSM-5.....	18
Tabela 2. Caracterização da Amostra do Estudo Piloto ($N = 40$)	23
Tabela 3. Tradução e Síntese das Versões Traduzidas dos Itens do DSM-5 AUD.....	26
Tabela 4. Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) da Avaliação dos Juízes <i>Experts</i>	29
Tabela 5. Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) da Avaliação pelo Público-Alvo.....	30
Tabela 6. Comparação entre a Versão Original, Versão Final e a Tradução Reversa dos Itens do DSM-5 AUD	32
Tabela 7. Evidências Preliminares de Fidedignidade dos Escores (λ_2) e Correlações item-resto (r_{ir}) do DSM-5 AUD-BR.....	34
 Manuscrito 2	
Tabela 1. Descrição das Características dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade.....	44
Tabela 2. Caracterização da Amostra ($N = 192$)	47
Tabela 3. Cargas Fatoriais (CF), Comunalidades (h^2) e Correlações item-resto (r_{ir}) dos Itens do DSM-5 AUD-BR.....	52
Tabela 4. Cargas Fatoriais (CF), Comunalidades (h^2) e Correlações item-resto (r_{ir}) dos Itens do SADD.....	53
Tabela 5. Cargas fatoriais (CF), Comunalidades (h^2) e Correlações item-resto (r_{ir}) dos Itens da ER5FP.....	54
Tabela 6. Índices de Ajuste dos Modelos do DSM-5 AUD-BR, do SADD e da ER5FP.....	55
Tabela 7. Evidências de Validade Discriminativa do DSM-5 AUD-BR entre Grupos com e sem Tratamento.....	56
Tabela 8. Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i> (r_s) e Coeficientes de Determinação (r_s^2) entre o DSM-5 AUD-BR, o SADD e os Três Fatores da ER5FP.....	56

Manuscrito 2

Tabela 9. Análise de Regressão Linear Múltipla para Preditores do Consumo de Álcool.....	58
--	----

Lista de Figuras

Manuscrito 1	Página
Figura 1. Fluxograma do Processo de Adaptação Transcultural do DSM-5 AUD.....	21

Lista de Abreviações

APA	<i>American Psychological Association</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
<i>B</i>	Coeficiente de Regressão Não Padronizado
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
<i>CF</i>	Carga Fatorial
<i>CFI</i>	<i>Comparative Fit Index</i>
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONEN-DF	Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal
<i>CVC</i>	Coeficiente de Validade de Conteúdo
<i>d</i>	<i>d de Cohen</i>
DF	Distrito Federal
<i>DP</i>	Desvio-padrão
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição)
DSM-5 AUD	<i>Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Assessment</i>
DSM-5 AUD-BR	DSM-5 AUD (versão adaptada para o Brasil)
<i>ECV</i>	<i>Explained Common Variance</i>
ER5FP	Escala Reduzida de Cinco Grandes Fatores de Personalidade
<i>EP</i>	Erro padrão
<i>F</i>	Estatística <i>F</i>
F1	Fator Extroversão
F2	Fator Conscienciosidade

F3	Fator Amabilidade
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
<i>gl</i>	Grau de Liberdade
h^2	Comunalidade
IC	Intervalo de Confiança
IECPA	Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
M	Média
MIREAL	<i>Mean of Item Residual Absolute Loadings</i>
N	Tamanho Amostral Total
n	Subconjunto do Tamanho Amostral Total
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Valor-p (<i>percentagem de acerto</i>)
PADQ	Programa de Atenção ao Dependente Químico
r	Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>
R^2	Coeficiente de Determinação
RDWLS	<i>Robust Diagonally Weighted Least Squares</i>
r_{ir}	Coeficiente de Correlação item-resto
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RS	Rio Grande do Sul
r_s	Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>
r_s^2	Coeficiente de Determinação (<i>Spearman</i>)
SADD	<i>Short Alcohol Dependence Data</i>

SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SEJUS-DF	Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
t	Estatística- t de <i>Student</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
UnB	Universidade de Brasília
UniCO	<i>Unidimensional Congruence</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
α	Alfa de <i>Cronbach</i>
β	Coeficiente Beta de Regressão Padronizado
λ_2	Lambda 2 de <i>Guttman</i>
ΔM	Diferença entre Médias

Resumo Geral

O objetivo geral desta dissertação consiste na adaptação do *Brief DSM-5 AUD Assessment* (DSM-5 AUD) para uso no Brasil e na obtenção de evidências iniciais de validade e fidedignidade para uma amostra da população brasileira. A dissertação envolveu dois estudos. No primeiro, foi abordada a execução das etapas de tradução, síntese, avaliação por *experts*, avaliação pelo público-alvo, tradução reversa e estudo piloto, e apresentação de dados preliminares da consistência interna do instrumento. Os resultados apontaram que a escala revelou indicadores positivos de validade de conteúdo, assim como um coeficiente satisfatório de fidedignidade dos escores ($\lambda_2 = 0,85$). No segundo estudo, intencionou-se obter evidências de validade da versão adaptada (DSM-5 AUD-BR) com base na estrutura interna e nas relações com medidas externas, como o *Short Alcohol Dependence Data* (SADD), a Escala Reduzida de Cinco Grandes Fatores de Personalidade (ER5FP) e as variáveis sociodemográficas. Participaram deste estudo um grupo de 192 pessoas, composto por servidores públicos do Governo do Distrito Federal e usuários atendidos em serviços especializados no tratamento para transtornos por uso de álcool. A análise fatorial semiconfirmatória indicou uma estrutura unidimensional para o DSM-5 AUD-BR, com adequados índices de ajuste ($RMSEA = 0,043$; $CFI = 0,997$ e $TLI = 0,997$) e consistência interna ($\lambda_2 = 0,95$). Verificou-se um índice de validade convergente forte entre a escala e o SADD ($r = 0,87$). As variáveis preditoras de escolaridade, sexo e conscienciosidade mostraram-se como preditoras estatisticamente significativas para explicar o surgimento de comportamentos relacionados ao álcool medidos pelo DSM-5 AUD-BR. A escala adaptada mostrou-se um instrumento sensível para discriminar o nível de gravidade do uso de álcool entre os grupos com e sem tratamento para o transtorno. Os resultados da pesquisa mostram que existem evidências satisfatórias de validade e confiabilidade do DSM-5 AUD-BR para o contexto brasileiro.

Palavras-chave: adaptação, evidências de validade, DSM, álcool, personalidade

General Abstract

The overall objective of this dissertation is to adapt the Brief DSM-5 AUD Assessment (DSM-5 AUD) for use in Brazil and to obtain initial evidence of validity and reliability for a sample of the Brazilian population. The dissertation involved two studies. In the first, the execution of the stages of translation, synthesis, evaluation by experts, evaluation by the target audience, reverse translation and pilot study, and presentation of preliminary data on the internal consistency of the instrument were addressed. The results indicated that the scale revealed positive indicators of content validity, as well as a satisfactory coefficient of reliability of the scores ($\lambda_2 = .85$). The second study aimed to obtain validity evidence of the adapted version (DSM-5 AUD-BR) based on the internal structure and relationships with external measures, such as the Short Alcohol Dependence Data (SADD), the Reduced Big Five Personality Factor Scale (ER5FP), and sociodemographic variables. A group of 192 people participated in this study, composed of public servers of the Distrito Federal Government and users of specialized treatment services for alcohol use disorders. Semiconfirmatory factor analysis indicated a unidimensional structure for the DSM-5 AUD-BR, with adequate fit indices ($RMSEA = .043$; $CFI = .997$ and $TLI = .997$) and internal consistency ($\lambda_2 = .95$). There was a strong convergent validity index between the scale and the SADD ($r = .87$). The predictor variables education, gender, and conscientiousness were found to be statistically significant predictors explaining the emergence of alcohol-related behaviors as measured by the DSM-5 AUD-BR. The adapted scale proved to be a sensitive instrument to discriminate the level of severity of alcohol use between groups with and without treatment for the disorder. The research results indicate that there is satisfactory evidence of the validity and reliability of the DSM-5 AUD-BR for the Brazilian context.

Keywords: adaptation, validity evidence, DSM, alcohol, personality

Introdução geral

O transtorno por uso de álcool é um problema de saúde pública. Conforme dados apresentados pelo III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, mais de dois milhões de brasileiros possuem indícios de dependência alcoólica. Na pesquisa realizada, 30,1% dos participantes informaram ter consumido pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos trinta dias anteriores à pesquisa, o que representa aproximadamente quarenta e seis milhões de brasileiros (Bastos et al., 2017).

Em 2018, no âmbito do serviço público distrital, a Secretaria de Estado de Educação foi a segunda mais afetada do Governo do Distrito Federal (GDF), superada apenas pela Secretaria de Estado de Saúde, no que tange ao quantitativo total de licenças por transtornos relacionados a substâncias. Entre os cargos mais prejudicados, destacaram-se os de professor de educação básica, de auxiliar de enfermagem e de vigilante, com 16,52%, 8,48% e 8,04% de licenças médicas homologadas, respectivamente. O álcool foi a substância mais utilizada, tendo sido responsável por cerca de 66,52% entre todos os afastamentos associados aos transtornos por uso de substâncias entre servidores do GDF (Governo do Distrito Federal, 2018).

O álcool é considerado a substância psicoativa intoxicante mais utilizada na maioria das culturas do mundo e possui impacto significativo para a mortalidade e a morbidade. Calcula-se que cerca de 3,8% das mortes sejam consequência do álcool (APA, 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a mortalidade resultante do consumo de álcool seja superior à de doenças como a tuberculose, a síndrome da imunodeficiência adquirida e a diabetes (WHO, 2018).

O uso de álcool é considerado um quadro patológico quando há consumo excessivo associado a sofrimento significativo e repetido ou a comprometimento no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Por outro lado, a ingestão de bebidas alcoólicas, ainda que diariamente e em doses reduzidas, e a intoxicação eventual não fecham por si só um diagnóstico para a doença. Acredita-se que menos de 20% dos indivíduos tenham predisposição para o desenvolvimento do transtorno (APA, 2014).

Considerando-se a relevância epidemiológica, o uso de instrumentos psicométricos pode ser útil aos profissionais que atuam na área de saúde mental e que lidam com indivíduos acometidos pelo transtorno. Assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros especialistas devem estar atentos não apenas ao padrão de consumo utilizado (Silva et al., 2010), mas também ao nível de gravidade associado (APA, 2014).

Assim, o objetivo geral do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural da escala intitulada *Brief DSM-5 AUD Assessment* (DSM-5 AUD) para o português do Brasil e avaliar as propriedades psicométricas desse instrumento. Essa dissertação está organizada em dois manuscritos independentes. O propósito foi o de contribuir para o enriquecimento da literatura científica na área de dependência química no Brasil, haja vista a escassez de instrumentos que avaliem transtorno por uso álcool no contexto brasileiro, tendo por base os critérios diagnósticos do DSM-5 (Faccio & Ferreira, 2017).

O manuscrito 1 apresenta a descrição do processo de adaptação semântica dos itens do DSM-5 AUD do inglês para o português brasileiro e a exposição de dados preliminares sobre a fidedignidade dos escores derivados da escala adaptada, denominada DSM-5 AUD-BR. Sequencialmente, o manuscrito 2 avalia as propriedades psicométricas do DSM-5 AUD-BR, por meio da obtenção de evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com medidas externas, como o *Short Alcohol Dependence Data* (SADD), a Escala Reduzida de Cinco Grandes Fatores de Personalidade (ER5FP) e as variáveis sociodemográficas.

Frente ao exposto, a utilização de ferramentas breves, as quais discriminem indivíduos que consomem álcool em grau leve, moderado ou grave, pode auxiliar na detecção precoce do transtorno por uso de álcool e evitar o aparecimento de problemas de saúde. Espera-se que o processo de tradução e adaptação da escala DSM-5 AUD gere resultados confiáveis e indique evidências satisfatórias de validade e fidedignidade, de modo que a sua utilização seja adequada para o contexto brasileiro, contribuindo para a realização de novas pesquisas e estudos futuros.

Manuscrito 1

Adaptação e evidências preliminares de fidedignidade do DSM-5 AUD-BR

Título em inglês

Adaptation and preliminary reliability evidence of the DSM-5 AUD-BR

Sugestão de título abreviado

DSM-5 AUD-BR: adaptação e evidências de fidedignidade

Introdução

O termo transtorno por uso de álcool, conforme o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*, 5ª edição, da *American Psychiatric Association (APA)*, é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais e físicos, que podem incluir a síndrome de abstinência, a tolerância e a fissura (desejo intenso). Esse manual registra que o aspecto principal do transtorno se refere ao uso de doses elevadas da substância que resultam em sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014). A Tabela 1 descreve quatro domínios, os quais agrupam os onze critérios diagnósticos para o transtorno, com ocorrência durante um período de doze meses.

Tabela 1

Critérios Diagnósticos para Transtorno por Uso de Álcool, conforme o DSM-5

Domínio	Critério
Baixo controle	1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
	2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
	3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
	4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
Prejuízo social	5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
	6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
	7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
Uso arriscado	8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
	9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
Critérios farmacológicos*	10. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado; efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
	11. Síndrome de abstinência característica de álcool; o álcool é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), 5ª edição, *American Psychiatric Association* (2014); *: Os critérios 10 e 11 referem-se à tolerância e à síndrome de abstinência, respectivamente.

A gravidade do transtorno por uso de álcool é definida de acordo com o número de critérios preenchidos: leve, se dois ou três sintomas estiverem presentes; moderada, se quatro ou cinco sintomas; e grave, se seis sintomas ou mais forem confirmados. A alteração entre os níveis de gravidade, ao longo do tempo, pode significar que um indivíduo reduziu ou aumentou a frequência do consumo. Isso pode ser verificado por meio de autorrelatos, observações de clínicos, relatos de terceiros cientes do caso e exames biológicos (APA, 2014; Preuss et al., 2014; Sellman et al., 2014).

Em razão da falta de instrumentos breves e padronizados que pudessem avaliar o nível de gravidade de uso de álcool, Hagman (2017) desenvolveu uma escala breve de avaliação, composta por 13 itens, denominada *Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Assessment (DSM-5 AUD)*. Nos Estados Unidos foram efetuados alguns estudos com o DSM-5 AUD que mostraram evidências de validade para este instrumento unidimensional. Para a sua construção, o autor baseou-se nos critérios diagnósticos do DSM-5. Esse manual, com sucessivas edições ao longo dos últimos 60 anos, tornou-se uma referência para a prática clínica na área da saúde mental, por auxiliar a construção de um diagnóstico e funcionar como uma linguagem comum no âmbito psicopatológico entre diferentes culturas (APA, 2014).

Originalmente, o DSM-5 AUD visou identificar se estudantes universitários estariam em risco ou precisariam de tratamento para reduzir os níveis do uso de álcool. Embora a escala tenha sido utilizada para esse público, novos estudos, a partir de amostras diferentes, foram sugeridos pelo autor da escala (Hagman, 2017).

Em nível internacional, há escassez de ferramentas breves que reflitam toda a gama dos onze critérios do DSM-5 para transtorno por uso de álcool. Instrumentos como o *Short Alcohol Dependence Data (SADD)* (Davidson & Raistrick, 1986; Jorge & Masur, 1985; McMurrin & Hollin, 1989; Raistrick et al., 1983) e o *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* (Babor et al., 2001; Lima et al., 2005; Moretti-Pires & Corradi-Webster, 2011; Santos et al., 2012) atuam com propósitos específicos. Por exemplo, o primeiro apresenta maior sensibilidade na identificação de usuários que

não possuam sintomas da síndrome de abstinência alcoólica, enquanto o segundo avalia apenas o risco da presença do transtorno por uso de álcool (Hagman, 2017).

Em nível nacional, conforme o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o único instrumento existente nessa temática é o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool - IECPA (Pinto-Gouveia et al., 1996). Atualmente o IECPA tem parecer desfavorável para uso no país, salvo nos casos de pesquisa. A escassez de instrumentos de avaliação na área revela, ao mesmo tempo, um distanciamento da psicologia no tema e a necessidade de desenvolvimento dessas ferramentas (Faccio & Ferreira, 2017).

Considerando a relevância em se adaptar transculturalmente o DSM-5 AUD, ressalta-se o uso dessa escala no Brasil, sobretudo para fins clínicos e pesquisas científicas. A adaptação de instrumentos, um procedimento complexo que exige planejamento metodológico, é mais que uma mera tradução literal de um idioma para outro, pois há a necessidade de se obterem tanto evidências de equivalência semântica entre os itens quanto evidências psicométricas da nova versão adaptada (Borsa et al., 2012; Pasquali, 2010).

Entre as vantagens de se adaptar um instrumento, citam-se as seguintes: economia de tempo e de recursos dos pesquisadores, haja vista dispensar a construção de um teste novo; comparação entre os dados obtidos em diferentes amostras e contextos; produção de conhecimento; incentivo ao aumento do número de pesquisas científicas em diferentes culturas, a partir do mesmo construto; e sensação de segurança, quando o instrumento original é popular e bem conhecido (Beaton et al., 2000; Borsa et al., 2012; Duarte & Rossier, 2008; ITC, 2017).

Nesse contexto, tendo em vista a importância de se desenvolver instrumentos que avaliem com precisão os critérios do DSM-5 para transtorno por uso de álcool, o objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural do DSM-5 AUD para o português do Brasil e obter dados introdutórios sobre a fidedignidade dos escores derivados dessa escala. Os objetivos específicos foram os seguintes: *i)* realizar a adaptação semântica dos itens do DSM-5 AUD do inglês para o

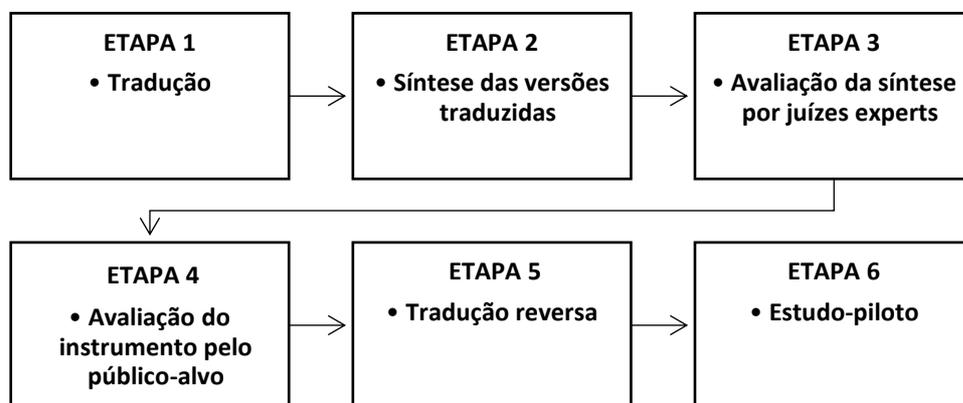
português brasileiro; *ii*) estimar os coeficientes de validade de conteúdo; *iii*) obter dados empíricos sobre a correlação item-total corrigida; e *iv*) obter o índice de consistência interna do instrumento.

Método

O processo de adaptação transcultural do DSM-5 AUD teve como parâmetro a proposta de Borsa et al. (2012). A Figura 1 apresenta o fluxograma de execução em seis etapas principais: *i*) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo; *ii*) síntese das versões traduzidas; *iii*) avaliação da síntese por juízes *experts*; *iv*) avaliação do instrumento pelo público-alvo; *v*) tradução reversa; e *vi*) estudo-piloto.

Figura 1

Fluxograma do Processo de Adaptação Transcultural do DSM-5 AUD



Nota. Adaptado de Borsa et al. (2012)

A primeira etapa visou traduzir o instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo. Para isso, recrutaram-se dois tradutores independentes, nativos no idioma português do Brasil e fluentes no idioma de origem do instrumento. O primeiro tradutor era psicólogo e apresentava estreita familiaridade com o construto e o segundo era gerente de *marketing* e não tinha experiência profissional ligada à temática do transtorno por uso de álcool.

A etapa da síntese das versões traduzidas consistiu em comparar as diferentes traduções, avaliar as discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, e, assim, construir uma versão única. Essa fase ocorreu em dois momentos. No primeiro, participaram duas médicas, enquanto, no segundo, dois doutores em psicologia e cinco estudantes universitários.

Após efetuada a fase da síntese das traduções, contou-se com o apoio de um comitê de três *experts*, compostos por uma psiquiatra e dois psicólogos, com conhecimento do construto avaliado. Nenhum dos profissionais participou das etapas anteriores. O objetivo era avaliar a clareza, pertinência e relevância dos itens, por meio de uma escala *Likert*, e verificar se a estrutura da escala e as expressões contidas em cada item estavam adequadas para o público-alvo.

Na etapa de avaliação pelo público-alvo, aplicou-se o instrumento em vinte e um participantes por meio de uma escala *Likert* - a maioria tinha grau de instrução em nível de especialização (61,9%). A finalidade era indicar até que ponto os itens, as instruções e a escala de resposta possuíam uma linguagem clara, adequada para o grau de instrução e compreensiva.

A quinta etapa, intitulada de tradução reversa, objetivou traduzir a versão revisada da escala do português para o inglês. Participaram dois tradutores bilíngues independentes. Um deles era nativo no idioma inglês e fluente no idioma português. Uma versão síntese foi elaborada por um terceiro tradutor, a partir das versões traduzidas. Todos tinham escolaridade em nível de doutorado. A versão original do instrumento não foi disponibilizada e nenhum participante integrou o processo de tradução da primeira etapa. Esta fase foi encerrada com o envio da escala para o autor do instrumento original.

Na última etapa, quarenta respondentes participaram do estudo-piloto. As finalidades dessa fase eram efetuar os últimos ajustes relativos às possíveis dificuldades de compreensão dos itens e avaliar preliminarmente as propriedades psicométricas da escala.

Participantes

Na tabela 2 são apresentadas as características sociodemográficas referentes aos participantes oriundos da etapa do estudo piloto. Registra-se que os respondentes integravam uma comunidade terapêutica do Distrito Federal, credenciada na Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal, cuja missão era acolher pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Como a unidade de internação era exclusiva para homens, os participantes foram todos do sexo masculino.

Tabela 2*Caracterização da Amostra do Estudo Piloto (N = 40)*

Variável	Categoria	n	%
Faixa etária	18 - 29 anos	8	20,0
	30 - 39 anos	12	30,0
	40 - 49 anos	14	35,0
	50 - 59 anos	5	12,5
	60 - 69 anos	1	2,5
Sexo	Feminino	0	0,0
	Masculino	40	100,0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	10	25,0
	Ensino fundamental completo	4	10,0
	Ensino médio incompleto	3	7,5
	Ensino médio completo	13	32,5
	Ensino superior incompleto	8	20,0
	Ensino superior completo	1	2,5
	Especialização	0	0,0
	Mestrado	0	0,0
	Doutorado	0	0,0
Estado civil	Solteiro(a)	22	55,0
	Casado(a)	4	10,0
	Separado(a)	2	5,0
	Divorciado(a)	10	25,0
	Viúvo(a)	0	0,0
Renda	Nenhuma renda	15	37,5
	Até R\$ 1.212,00	7	17,5
	De R\$ 1.212,01 até R\$ 3.636,00	10	25,0
	De R\$ 3.636,01 até R\$ 7.272,00	5	12,5
	De R\$ 7.272,01 até R\$ 10.908,00	0	0,0
	Mais de R\$ 10.908,00	0	0,0
Raça	Branca	5	12,5
	Preta	5	12,5
	Parda	28	70,0
	Amarela	2	5,0
	Indígena	0	0,0
Servidor público	Sim	3	7,5
	Não	37	92,5

Nota. Escolaridade = sem resposta ($n = 1$; 2,5%); Estado civil = sem resposta ($n = 2$; 5,0%); Renda = sem resposta ($n = 3$; 7,5%)

Assim, a amostra foi composta por 100% de participantes do sexo masculino, com idades que variavam entre 21 e 62 anos ($M = 38,6$; $DP = 9,9$). A maioria era solteira (55,0%), predominantemente de cor parda (70,0%) e sem vínculo empregatício no serviço público do Governo do Distrito Federal

(92,5%). Cerca de 37,5% dos participantes declararam não possuir renda. Quanto à escolaridade, 32,5% afirmaram ter o ensino médio completo. Ao fim da aplicação, os respondentes foram questionados quanto a dúvidas relacionadas ao significado e à compreensão dos itens.

Instrumentos

Para avaliar os dados preliminares das propriedades psicométricas e caracterizar a amostra da última etapa, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

1. DSM-5 AUD-BR, que se trata da versão adaptada do *Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Assessment*, objeto de estudo desta pesquisa. Essa escala avalia o nível de gravidade de uso de álcool, segundo critérios teóricos do DSM-5 para transtorno por uso de álcool. O instrumento é composto por 13 itens, respondidos em uma escala dicotômica (sim ou não). No estudo original, DSM-5 AUD apresentou estrutura unidimensional, adequada consistência interna ($\alpha = 0,78$), satisfatórios índices de ajuste ($TLI = 0,991$, $CFI = 0,982$ e $RMSEA = 0,028$) e correlações item-resto entre 0,35 e 0,52; e
2. Questionário sociodemográfico, que continha questões sobre idade, sexo, grau de instrução, renda, estado civil, raça e ocupação profissional.

Procedimento

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília, CAAE n.º: 56164822.6.0000.5540. Respeitaram-se os princípios éticos das Resoluções n.º: 466/2012 e n.º: 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A adaptação do DSM-5 AUD foi autorizada por *e-mail* pelo autor responsável, professor PhD. Brett T. Hagman.

Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa. Dessa forma, apenas os que declararam concordar com os termos do estudo, dispostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), participaram do processo. Os dados foram coletados de forma *on-line* (etapas 1, 2, 3, 4 e 5) e presencial (etapa 6), esta última sob supervisão e monitoramento do Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal (CONEN-DF).

Análise de dados

Os dados obtidos foram tabulados e analisados por meio dos programas *Microsoft Excel* 2019, que foi utilizado para organizar as respostas oriundas das etapas do processo de adaptação semântica, e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0, por meio do qual efetuaram-se as análises de correlação do item-resto (Harrison et al., 2020) e de fidedignidade do escores dos itens, no que concerne aos participantes do estudo-piloto. Para a caracterização da amostra, aplicaram-se estatísticas descritivas.

Nas etapas de avaliação da síntese por *experts* e pelo público-alvo, utilizou-se o coeficiente de validade de conteúdo (CVC), proposto por Hernández-Nieto (2002). Na etapa 3, os itens foram avaliados em relação à clareza da linguagem, à pertinência e à relevância teórica. Na etapa 4, os itens foram avaliados em relação à clareza, à adequação para o grau de instrução e à compreensão.

Adotaram-se como aceitáveis os valores de CVC superiores a 0,80. Na etapa 3, contudo, considerou-se a relativização desse ponto de corte, na hipótese de os juízes possuírem formações distintas e, conseqüentemente, opiniões diferentes (Pasquali, 2010). O cálculo do CVC foi descrito por Pasquali (2010) em cinco passos. As fórmulas estatísticas desse procedimento são comumente utilizadas e reportadas em vários outros estudos que avaliam a validade de conteúdo (Cabral et al., 2021; Greco et al., 2014; Madruga et al., 2022).

Para avaliação dos dados preliminares da consistência interna do instrumento, foi aplicado o coeficiente lambda 2 de *Guttman*. Consideraram-se satisfatórios valores iguais ou superiores a 0,70 (Sijtsma, 2009; Sijtsma, 2012). Esse coeficiente é considerado um método de estimação mais adequado para instrumentos que são compostos por poucos itens e aplicados em amostras reduzidas (Tellegen & Laros, 2004; Ten Berge & Zegers, 1978).

Relativamente ao cálculo do ponto de corte das correlações item-resto (r_{ir}), estipulou-se que os valores superiores a 0,30 seriam considerados adequados para análise. Denominada de correlação do item-total corrigida, essa estatística indica o quanto um item contribui para a mensuração do escore total (Field, 2020).

Resultados

Primeira etapa: adaptação transcultural

Tradução, Revisão e Síntese

Na primeira fase deste estudo, efetuou-se o processo de tradução e a adaptação transcultural do instrumento original. A Tabela 3 sintetiza as principais expressões traduzidas e adaptadas dos itens do DSM-5 AUD, a partir das etapas de tradução e de síntese das versões traduzidas.

Tabela 3

Tradução e Síntese das Versões Traduzidas dos Itens do DSM-5 AUD

Item	Versão original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese
1.	<i>Failed to fulfill School</i>	Deixou de realizar Escola	Falhou em cumprir Colégio	Deixou de realizar Escola
2.	<i>In situations in which it was physically hazardous</i> <i>E.g. Intoxicated</i>	Em situações que envolviam riscos de danos físicos Por ex. Sob efeito do álcool	Em situações que eram fisicamente arriscadas Ex: Intoxicado	Em situações que envolviam riscos de danos à sua saúde física Por exemplo: Sob efeito do álcool
3.	<i>Despite persistent or recurrent social or interpersonal problems</i>	Apesar de problemas interpessoais ou sociais persistentes ou recorrentes	Apesar de persistir ou permanecer com problemas sociais ou interpessoais	Apesar de permanecer com problemas
4.	<i>To become intoxicated</i>	Ficar mais intoxicado	Para ficar intoxicado	Ficar embriagado
5.	<i>Did you notice</i>	Você começou a perceber	Você notou	Você notou
6.	<i>Withdrawal symptoms</i> <i>Flushing</i>	Sintoma de abstinência Vermelhidão na pele	Sintoma de abstinência Rubor	Sintoma de abstinência Vermelhidão na pele
7.	<i>Did you drink to withdrawal symptoms</i>	Você precisou beber Sintoma de abstinência	Você bebeu Sintoma de abstinência	Você precisou consumir Sintoma de abstinência
8.	<i>Did you drink alcohol in larger amounts</i>	Você ingeriu quantidades maiores de bebida alcoólica	Você ingeriu álcool em quantidades maiores	Você ingeriu álcool em quantidades maiores
9.	<i>Have unsuccessful efforts to cut down</i>	Não conseguiu reduzir	Teve esforços sem sucesso para cortar	Não conseguiu reduzir

Tabela 3

Tradução e Síntese das Versões Traduzidas dos Itens do DSM-5 AUD

Item	Versão original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese
10.	<i>Did you spend a great deal of time</i>	Você passou muito tempo	Você usou grande parte do tempo	Você gastou grande parte do seu tempo
	<i>To obtain alcohol</i>	Obter álcool	Conseguir álcool	Conseguir álcool
11.	<i>Important social, occupational, or recreational activities</i>	Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes	Atividades importantes no âmbito social, ocupacional ou recreativo	Atividades sociais, profissionais ou de lazer importantes
12.	<i>Despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem</i>	Mesmo sabendo que problemas persistentes ou recorrentes de ordem física ou psicológica	Apesar de saber que você possui um problema físico ou psicológico	Mesmo sabendo que seus problemas persistentes de ordem física ou psicológica
	<i>To have been caused or exacerbated by drinking</i>	Ter sido causados pelo excesso do uso do álcool	Foi causado pelo excesso de álcool	Ter sido causados pelo excesso do uso do álcool
13.	<i>Craving</i>	Incontrolável	Forte desejo	Incontrolável
	<i>During the past year</i>	Durante o ano passado	No último ano	Durante os últimos 12 meses
*	<i>As a result of your drinking</i>	Como resultado do seu padrão de ingestão de bebida alcoólica	Por conta do seu hábito de beber	Por conta do seu hábito de beber
	<i>As a result of alcohol use</i>	Como resultado do seu padrão de ingestão de bebida alcoólica	Por conta do seu consumo de álcool	Por conta do seu consumo de bebida alcoólica

Nota. * = expressões mais frequentes.

A expressão “*during the past year*”, que consta em todos os treze itens da escala, foi substituída, na versão traduzida, por “durante os últimos 12 meses”. Essa substituição foi efetuada com o intuito de manter a terminologia utilizada no manual em português do *DSM-5*. Com menor frequência, mas prevalentes em quase todos os itens, as expressões “*as a result of your drinking*” e “*as a result of alcohol use*” foram adaptadas para os termos coloquiais “por conta do seu hábito de beber” e “por conta do seu consumo de bebida alcoólica”, respectivamente.

No item 1, o termo “*failed to fulfill*” foi substituído por “deixou de realizar”, com a finalidade de transmitir a ideia de que as obrigações não estavam sendo cumpridas. A palavra “*school*” obteve

traduções como “escola” e “colégio”, porém optou-se pela primeira, a fim de se padronizar com o uso de um termo mais comumente conhecido.

No item 2, a expressão “*in situations in which it was physically hazardous*” foi adaptada para “em situações que envolviam riscos de danos à sua saúde física”. No trecho entre parênteses, optou-se por deixar a tradução da abreviação “*e.g.*” por extenso e trocar o vocábulo “*intoxicated*” por “sob o efeito do álcool”, o que tornou o item mais compreensível.

No item 3, a expressão entre parênteses foi reformulada e modificada para “Por exemplo: brigar ou agredir fisicamente alguém próximo, um familiar”, com o objetivo de manter a coerência semântica, sem perda de significado. Optou-se por substituir o trecho “*persistent or recurrent social or interpersonal problems*” pela palavra “problemas”, sob a justificativa de que a alteração não traria prejuízo para o sentido original do item, haja vista a respectiva exemplificação entre parênteses.

No item 4, substituiu-se o substantivo “*intoxicated*” por “embriagado”. Essa alteração seguiu o mesmo procedimento do item 2, como forma de dar simplicidade ao item. No item 5, o termo “*did you notice*” foi substituído por “você notou”, em vez de “você começou a perceber”, em função de ser uma expressão mais curta. No item 6, substituiu-se “*withdrawal symptoms*” por “sintoma de abstinência” e, ainda, utilizou-se “vermelhidão na pele” para traduzir a palavra “*flushing*”. Esse vocábulo também gerou a tradução de “rubor”, porém essa opção foi descartada, considerando-se que ela poderia estar mais associada ao significado de vergonha ou constrangimento.

No item 7, a expressão “*did you drink to*” foi traduzida como “você precisou beber” e “você bebeu”. No entanto, definiu-se como termo adaptado final a locução verbal “precisou consumir”, transmitindo a ideia de necessidade que o item original propõe. No item 8, o termo “*did you drink alcohol*” foi substituído por “você ingeriu álcool”, com o sentido de introduzir e consumir. No item 9, as principais reformulações ocorreram com as expressões “*unsuccessful efforts*” e “*to cut down*”, que representaram semanticamente os termos “não conseguiu” e “reduzir”, respectivamente. No item 10, o verbo “*did you spend*” foi utilizado no sentido de “você gastou”, em vez de “você usou” ou

“você passou”, e a expressão “*to obtain alcohol*” foi adaptada para “conseguir álcool”, em vez de se considerar a tradução literal “obter álcool”.

No item 11, o termo “*important social, occupational, or recreational activities*” foi trocado pela expressão “atividades sociais, profissionais ou de lazer importantes”, pois os vocábulos “ocupacionais” e “recreativas” foram considerados difíceis e complexos. No item 12, suprimiram-se os termos “*or recurrent*” e “*or exacerbated*”. Essa supressão objetivou manter parcimônia, sem acarretar prejuízo para o sentido geral do item. No item 13, a expressão “*did you have a strong desire or craving to drink?*” foi adaptada para “você teve um desejo forte ou incontrolável em beber?”. Considerou-se atribuir à palavra “*craving*” o significado de “incontrolável”, em vez de “fissura” (forte desejo), em função de ser um vocábulo mais simples e compreensível.

Avaliação dos juízes

Os juízes *experts* da etapa 3 avaliaram três aspectos da validade de conteúdo, a saber: a clareza, a pertinência e a relevância dos itens. A Tabela 4 mostra os coeficientes de validade de conteúdo para os treze itens e para a escala como um todo.

Tabela 4

Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) da Avaliação dos Juízes Experts

Item	Clareza	Pertinência	Relevância
1	0,90	0,96	0,96
2	0,83	0,96	0,96
3	0,76	0,90	0,96
4	0,96	0,96	0,96
5	0,90	0,76	0,76
6	0,70	0,96	0,96
7	0,90	0,96	0,96
8	0,90	0,96	0,96
9	0,70	0,76	0,76
10	0,96	0,96	0,96
11	0,96	0,96	0,96
12	0,96	0,96	0,96
13	0,96	0,96	0,96
CVC total	0,88	0,92	0,93

Nota. CVC total = média aritmética do coeficiente de validade de conteúdo.

Os resultados demonstraram que os coeficientes de validade de conteúdo totais para esses quesitos (CVC total) foram de 0,88, 0,92 e 0,93, respectivamente. Entretanto, em relação à clareza da linguagem (itens 3, 6 e 9), à pertinência prática (itens 5 e 9) e à relevância teórica (itens 5 e 9), os escores dos CVCs dos itens oscilaram entre 0,70 e 0,76.

A partir da avaliação qualitativa dos juízes, os itens 3, 6 e 9 foram modificados. No item 3, o termo original “*persistent or recurrent social or interpersonal problems*” foi reavaliado e, após sugestões dos *experts*, considerou-se manter a expressão “problemas interpessoais” na redação do item. Não houve sugestão de alteração do texto do item 5.

No item 6, o trecho “*withdrawal symptoms*”, adaptado como “sintoma de abstinência”, foi modificado para “desconforto físico”, com a finalidade de se utilizar uma linguagem mais acessível para a população-alvo. No item 9, foi acrescentado o termo “por esse consumo” para auxiliar na compreensão da expressão imediatamente anterior ao termo “desejo persistente”.

Avaliação pelo público-alvo

Nessa etapa foram avaliadas a clareza da linguagem, a adequação e a compreensibilidade dos itens. A Tabela 5 mostra os coeficientes de validade de conteúdo dos itens e da escala total.

Tabela 5

Coefficientes de Validade de Conteúdo (CVC) da Avaliação pelo Público-Alvo

Item	Clareza	Adequação	Compreensão
1	0,86	0,88	0,86
2	0,88	0,89	0,89
3	0,85	0,86	0,86
4	0,86	0,89	0,83
5	0,84	0,85	0,88
6	0,87	0,90	0,90
7	0,87	0,88	0,88
8	0,88	0,89	0,87
9	0,86	0,90	0,88
10	0,89	0,90	0,90
11	0,89	0,90	0,90
12	0,90	0,90	0,88
13	0,88	0,89	0,87
CVC total	0,87	0,88	0,87

Nota. CVC total = média aritmética do coeficiente de validade de conteúdo.

Inicialmente, buscou-se verificar, nessa etapa, se os itens e a escala de resposta foram compreensíveis para o público-alvo. Uma parte dos participantes relatou dificuldades de compreensão em relação aos itens 3, 6 e 9, previamente ajustados na etapa anterior. No item 3, a expressão adaptada “problemas interpessoais” foi alterada para “problemas sociais persistentes”. Entendeu-se que a modificação reforçaria mais o sentido, a essência e o significado do item.

O item 5 manteve a mesma redação textual registrada na etapa 3. No item 6, o trecho “*withdrawal symptoms*”, adaptado como “desconforto físico”, após sugestões do público-alvo, foi modificado para somente “desconforto”. No item 7, a expressão “evitar sintomas de abstinência” foi alterada para “evitar os sintomas de desconforto do item anterior”. Essa alteração permitiu utilizar como referência os sintomas descritos entre parênteses do item 6. Quanto ao item 9, substituiu-se o termo “por esse consumo” pela expressão “de beber”, como forma qualificadora do desejo persistente.

Por fim, os resultados indicaram que os CVC totais, em relação aos participantes da população-alvo, foram de 0,87 (clareza), 0,88 (adequação) e 0,87 (compreensão). Os valores dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens foram todos superiores a 0,80.

Tradução reversa e estudo-piloto.

A versão final da escala oriunda da tradução reversa foi encaminhada ao autor do instrumento original. Esse modelo foi considerado aprovado, uma vez que não houve recomendações de modificações e melhorias. Em relação ao estudo-piloto, os participantes desta etapa não manifestaram dúvidas significativas quanto ao significado e à compreensão dos itens da escala adaptada. Em síntese, a Tabela 6 apresenta o resultado do processo de tradução reversa, bem como o quadro comparativo entre a versão original e a versão final dos itens do DSM-5 AUD.

Tabela 6

Comparação entre a Versão original, Versão final e a Tradução Reversa dos Itens do DSM-5 AUD

Item	Versão Original	Versão Final	Tradução Reversa
1.	During the past year, were you unable to or failed to fulfill major role obligations at work, school or home? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, você foi incapaz ou deixou de realizar suas principais obrigações no trabalho, na escola ou em casa? SIM – NÃO	During the past 12 months, have you been unable or failed to perform your main duties at work, school or home? YES - NO
2.	During the past year, did you consume alcohol in situations in which it was physically hazardous (e.g., driving while intoxicated)? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, você ingeriu bebida alcoólica em situações que envolviam riscos de danos à sua saúde física (Por exemplo: dirigir carro sob o efeito do álcool)? SIM - NÃO	During the past 12 months, have you consumed alcohol in situations that involved a risk of harming your physical health (e.g., driving a car under the influence of alcohol)? YES - NO
3.	During the past year, did you continue to drink alcohol despite persistent or recurrent social or interpersonal problems caused by the effects of the alcohol (e.g., arguments with a significant other or family member, physical fight)? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, você continuou a ingerir bebida alcoólica apesar de permanecer com problemas sociais persistentes causados pelos efeitos do álcool (Por exemplo: brigar ou agredir fisicamente alguém próximo, um familiar)? SIM - NÃO	During the past 12 months, have you continued to drink alcohol despite having persistent social problems caused by the effects of alcohol use (e.g., fighting or physically assaulting someone close, a family member)? YES - NO
4.	During the past year, as a result of your drinking, did you have a need to drink more to become intoxicated or get the desired effect? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu hábito de beber, você sentiu necessidade de beber mais para ficar embriagado ou ter os efeitos desejados? SIM - NÃO	During the past 12 months, as a result of your drinking habit, have you felt the need to drink more to get drunk or to have the desired effects? YES - NO
5.	During the past year, as a result of your drinking, did you notice a diminished effect with continued use of the same amount of alcohol? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu hábito de beber, você notou alguma diminuição do efeito do álcool com o uso contínuo das mesmas quantidades? SIM - NÃO	During the past 12 months, as a result of your drinking habit, have you noticed any decrease in the effect of alcohol with continued use of the same amounts? YES - NO
6.	During the past year, as a result of your drinking, did you experience any withdrawal symptoms from not drinking (e.g., shakes, tremors, sleeplessness, anxiety, sweating, flushing)? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu hábito de beber, você sentiu algum desconforto por não ter bebido (Por exemplo: tremores, espasmos musculares, insônia, ansiedade, sudorese, vermelhidão na pele)? SIM - NÃO	During the past 12 months, as a result of your drinking habit, have you felt any discomfort from not drinking (e.g., tremors, muscle spasms, insomnia, anxiety, sweating, redness of the skin)? YES - NO
7.	During the past year, as a result of your drinking, did you drink to relieve or	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu hábito de beber, você precisou consumir	During the past 12 months, as a result of your drinking habit, did you need to consume

Tabela 6

Comparação entre a Versão original, Versão final e a Tradução Reversa dos Itens do DSM-5 AUD

Item	Versão Original	Versão Final	Tradução Reversa
	avoid withdrawal symptoms? YES - NO	bebida alcoólica para aliviar ou evitar os sintomas de desconforto do item anterior? SIM - NÃO	alcohol to relieve or avoid the discomfort symptoms mentioned in the previous question? YES - NO
8.	During the past year, did you drink alcohol in larger amounts or over a longer period than intended? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, você ingeriu álcool em quantidades maiores ou por períodos superiores ao desejado? SIM - NÃO	During the past 12 months, have you consumed alcohol in larger amounts or for longer periods than desired? YES - NO
9.	During the past year, as a result of alcohol use, did you have a persistent desire or have unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você teve um desejo persistente de beber ou não conseguiu reduzir ou controlar o uso do álcool? SIM - NÃO	During the past 12 months, because of your alcohol consumption, did you have a persistent desire to drink or have you been unable to reduce or control your alcohol use? YES - NO
10.	During the past year, as a result of alcohol use, did you spend a great deal of time in activities necessary to obtain alcohol or recover from its effects? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você gastou grande parte do seu tempo em atividades necessárias para conseguir álcool ou se recuperar dos seus efeitos? SIM - NÃO	During the past 12 months, because of your alcohol consumption, did you spend much of your time in activities necessary to obtain alcohol or recover from its effects? YES - NO
11.	During the past year, as a result of alcohol use, were important social, occupational, or recreational activities given up or reduced because of alcohol use? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você deixou de participar ou reduziu atividades sociais, profissionais ou de lazer importantes por causa do uso do álcool? SIM - NÃO	During the past 12 months, because of your alcohol consumption, have you stopped participating in or reduced important social, professional or leisure activities because of your alcohol use? YES - NO
12.	During the past year, as a result of alcohol use, did you continue to drink alcohol, despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by drinking? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você continuou bebendo, mesmo sabendo que seus problemas persistentes de ordem física ou psicológica podem ter sido causados pelo excesso do uso do álcool? SIM - NÃO	During the past 12 months, because of your alcohol consumption, have you continued drinking, even though your persistent physical or psychological problems may have been caused by excessive alcohol use? YES - NO
13.	During the past year, as a result of alcohol use, did you have a strong desire or craving to drink? YES - NO	Durante os últimos 12 meses, por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você teve um desejo forte ou incontrolável em beber? SIM - NÃO	During the past 12 months, because of your drinking, have you had a strong or uncontrollable desire to drink? YES - NO

Na versão final adaptada, intitulada de DSM-5 AUD-BR, preservou-se o quantitativo dos itens da versão original em inglês. Além disso, manteve-se a essência do significado das expressões adaptadas e a preservação do formato da escala dicotômica de resposta.

Segunda etapa: avaliação preliminar das propriedades psicométricas

A Tabela 7 apresenta as evidências introdutórias de fidedignidade dos escores (λ_2) e as correlações item-resto (r_{ir}) dos treze itens do DSM-5 AUD-BR.

Tabela 7

Evidências Preliminares de Fidedignidade dos Escores (λ_2) e Correlações item-resto (r_{ir}) do DSM-5 AUD-BR

	Descrição dos itens*	r_{ir}
1.	Você foi incapaz ou deixou de realizar suas principais obrigações no trabalho, na escola ou em casa?	0,21
2.	Você ingeriu bebida alcoólica em situações que envolviam riscos de danos à sua saúde física (Por exemplo: dirigir carro sob o efeito do álcool)?	0,19
3.	Você continuou a ingerir bebida alcoólica apesar de permanecer com problemas sociais persistentes causados pelos efeitos do álcool (Por exemplo: brigar ou agredir fisicamente alguém próximo, um familiar)?	0,60
4.	Por conta do seu hábito de beber, você sentiu necessidade de beber mais para ficar embriagado ou ter os efeitos desejados?	0,74
5.	Por conta do seu hábito de beber, você notou alguma diminuição do efeito do álcool com o uso contínuo das mesmas quantidades?	0,20
6.	Por conta do seu hábito de beber, você sentiu algum desconforto por não ter bebido (Por exemplo: tremores, espasmos musculares, insônia, ansiedade, sudorese, vermelhidão na pele)?	0,43
7.	Por conta do seu hábito de beber, você precisou consumir bebida alcoólica para aliviar ou evitar os sintomas de desconforto do item anterior?	0,43
8.	Você ingeriu álcool em quantidades maiores ou por períodos superiores ao desejado?	0,64
9.	Por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você teve um desejo persistente de beber ou não conseguiu reduzir ou controlar o uso do álcool?	0,64
10.	Por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você gastou grande parte do seu tempo em atividades necessárias para conseguir álcool ou se recuperar dos seus efeitos?	0,53
11.	Por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você deixou de participar ou reduziu atividades sociais, profissionais ou de lazer importantes por causa do uso do álcool?	0,65
12.	Por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você continuou bebendo, mesmo sabendo que seus problemas persistentes de ordem física ou psicológica podem ter sido causados pelo excesso do uso do álcool?	0,58
13.	Por conta do seu consumo de bebida alcoólica, você teve um desejo forte ou incontrolável em beber?	0,54
	Média	0,49
	Fidedignidade (λ_2)	0,85

Nota. r_{ir} = correlação item-resto; λ_2 = lambda 2 de *Guttman*; * = todos os itens da escala se referem ao período dos últimos 12 meses.

O valor do lambda 2 de *Guttman* foi de 0,85 e a média das correlações item-resto apresentou o valor de 0,49. As correlações mais baixas (r_{ir}) foram observadas nos itens 1 ($r_{ir} = 0,21$), 2 ($r_{ir} = 0,19$) e 5 ($r_{ir} = 0,20$).

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi adaptar o DSM-5 AUD e obter evidências iniciais de fidedignidade dos escores da versão adaptada. A falta de ferramentas breves que avaliem transtorno por uso de álcool, tendo por base os critérios diagnósticos do DSM-5, instigou o desenvolvimento do DSM-5 AUD-BR. Embora não exista consenso na literatura sobre como se adaptar instrumentos (Beaton et al., 2000), utilizou-se a metodologia proposta por Borsa et al. (2012), com o intuito de se alcançar a equivalência entre a versão original e a versão alvo da escala.

Os índices de concordância finais, procedentes da avaliação dos participantes das etapas 3 e 4, foram considerados satisfatórios ($CVC > 0,80$), o que demonstra adequação da escala quanto às evidências de validade de conteúdo (Hernández-Nieto, 2002). No que concerne à avaliação dos juízes *experts*, os valores abaixo do ponto de corte que oscilaram entre 0,70 e 0,76 foram relativizados, considerando-se as distintas formações entre os juízes avaliadores (Pasquali, 2010). O procedimento executado na etapa de tradução reversa buscou não apenas efetuar uma tradução literal dos itens adaptados, mas tentou manter significativamente a essência semântica e a equivalência conceitual entre as versões do DSM-5 AUD e do DSM-5 AUD-BR.

O resultado dos dados preliminares de consistência interna do DSM-5 AUD-BR revelou um bom índice de fidedignidade dos escores ($\lambda_2 = 0,85$). Esse achado foi aproximadamente similar ao estudo original, cujo valor do coeficiente foi de 0,78 (Hagman, 2017) e, também, a de outros estudos realizados com o DSM-5 AUD, cujos valores foram de 0,92 (Campbell & Strickland, 2019) e de 0,86 (Källmén et al., 2019). No que se refere aos coeficientes de correlação item-resto, a maioria dos itens da escala evidenciou valores superiores a 0,30, indicando que todos esses itens se relacionaram bem com o escore total. Excepcionalmente, os itens 1, 2 e 5 apresentaram correlações (r_{ir}) abaixo do ponto de corte ($r_{ir} < 0,30$). Esses achados divergem dos encontrados por Hagman (2017), cujos

valores variaram entre 0,35 e 0,52, o que sugere que esses itens poderiam ser descartados (Field, 2020).

Como limitação da pesquisa, ressalta-se a homogeneidade da amostra. Em relação ao estudo-piloto, nota-se a ausência de participantes do sexo feminino (0,0%). Quanto à etapa de avaliação do instrumento pelo público-alvo, houve predominância do grau de instrução em nível de especialização (61,9%). A literatura recomenda que os itens também sejam compreendidos pelo estrato mais baixo da população (Pasquali, 2010). Em todo caso, durante a etapa do estudo piloto, o DSM-5 AUD-BR foi submetido à avaliação de cerca de 75% de participantes que declararam ter nível de escolaridade entre o ensino fundamental incompleto e o ensino médio completo.

Por fim, esta pesquisa proporciona relevante abertura para estudos futuros, que podem fortalecer ainda mais o campo de instrumentos psicométricos na área da dependência química. Recomenda-se que um próximo estudo, com uma amostra maior, reúna evidências empíricas acerca da estrutura fatorial da versão adaptada (Laros, 2012), bem como investigue as evidências de validade com base na relação com outras variáveis.

Considerações finais

A finalidade deste estudo foi descrever o processo de adaptação da escala *Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Assessment* (Hagman, 2017) para o português brasileiro e apresentar dados preliminares da consistência interna do instrumento. A versão adaptada apresentou bom índice preliminar quanto à fidedignidade dos escores e, também, satisfatórias evidências de validade de conteúdo, preservando-se o quantitativo dos treze itens e as características do conteúdo da escala original. Sugere-se que esta pesquisa possa ser seguida e continuada com novos estudos de validade e fidedignidade, preferencialmente com amostras maiores e heterogêneas.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2012000300014>
- Cabral, F. D. A., Morales, J. C. P., Alves, K. C. R., Praça, G. M., & Greco, P. J. (2021). Validação de conteúdo do teste de conhecimento tático declarativo para o futsal. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 43, e000520. <https://doi.org/10.1590/rbce.43.e000520>
- Campbell, E. M., & Strickland, J. C. (2019). Reliability and validity of the Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Diagnostic Assessment: A systematic replication in a crowdsourced sample. *Addictive Behaviors*, 92, 194-198. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.007>
- Davidson, R., & Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 81(2), 217-222. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00319.x>
- Duarte, M. E., & Rossier, J. (2008). Testing and assessment in an international context: Cross-and multi-cultural issues. In J. A. Athanassou, R. Van Duarte, & M. E. Esbroeck (Eds.), *International handbook of career guidance* (489-510). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6230-8_24

- Faccio, G., & Ferreira, V. R. T. (2017). Instrumentos psicológicos utilizados para avaliação do comportamento de uso abusivo de substâncias. *Revista Psicologia em Foco*, 9(14), 17-25. <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/2232>
- Field, A. (2020). *Descobrimo a estatística usando o SPSS* (5a Edição, L. Viali, Trad.). Penso (Obra original publicada em 2017).
- Greco, P. J., Aburachid, L. M. C., Silva, S. R., & Morales, J. C. P. (2014). Validação de conteúdo de ações tático-técnicas do Teste de Conhecimento Tático Processual - Orientação Esportiva. *Motricidade*, 10(1), 38-48. [https://psycnet.apa.org/doi/10.6063/motricidade.10\(1\).2124](https://psycnet.apa.org/doi/10.6063/motricidade.10(1).2124)
- Hagman, B. T. (2017). Development and psychometric analysis of the Brief DSM–5 Alcohol Use Disorder Diagnostic Assessment: Towards effective diagnosis in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(7), 797–806. <https://doi.org/10.1037/adb0000320>
- Harrison, V., Kemp, R., Brace, N., & Snelgar, R. (2020). *SPSS for psychologists*. Bloomsbury Publishing. https://www.google.com.br/books/edition/SPSS_for_Psychologists/wB5HEAAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&pg=PR2&printsec=frontcover
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis: The coefficients of proportional variance, content validity and kappa*. Booksurge Publishing.
- International Test Commission (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*. <https://www.intestcom.org>
- Jorge, M. R., & Masur, J. (1985). The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients. *British Journal of Addiction*, 80(3), 301-305. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1985.tb02543.x>
- Källmén, H., Elgán, T. H., Wennberg, P., & Berman, A. H. (2019). Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in relation to Alcohol Use Disorder (AUD) severity levels according to the brief DSM-5 AUD diagnostic assessment screener. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 397-400. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1642382>

- Laros, J. A. (2012). O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (147-170). Vozes.
- Lima, C. T., Freire, A. C. C., Silva, A. P. B., Teixeira, R. M., Farrell, M., & Prince, M. (2005). Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*, 40(6), 584-589. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh202>
- Madruga, K. M. A., Pagliuca, L. M. F., França, I. S. X., Nóbrega, M. M. L., Pimenta, C. J. L., & Costa, K. N. F. M. (2022). Adaptação transcultural do instrumento General Self Efficacy Scale-12 para o português do Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68125>
- McMurrin, M. A. R. Y., & Hollin, C. R. (1989). The Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders. *British Journal of Addiction*, 84(3), 315-318. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03465.x>
- Moretti-Pires, R. O., & Corradi-Webster, C. M. (2011). Adaptação e validação do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para a população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 497-509. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>
- Pinto-Gouveia, J., Ramalheira, C., Robalo, M., Costa Borges, J., & Rocha-Almeida, J. (1996). *IECPA: Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool*. Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Artmed Editora.
- Preuss, U. W., Watzke, S., & Wurst, F. M. (2014). Dimensionality and stages of severity of DSM-5 criteria in an international sample of alcohol-consuming individuals. *Psychological Medicine*, 44(15), 3303-3314. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000889>
- Sellman, J. D., Foulds, J. A., Adamson, S. J., Todd, F. C., & Deering, D. E. (2014). DSM-5 alcoholism: A 60-year perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 507-511.

- Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, *78*(1), 89–95. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02484.x>
- Santos, W. S. D., Gouveia, V. V., Fernandes, D. P., Souza, S. S. B. D., & Grangeiro, A. S. D. M. (2012). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): Explorando seus parâmetros psicométricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *61*(3), 117-123. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300001>
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, *74*(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/S11336-008-9101-0>
- Sijtsma, K. (2012). Future of psychometrics: Ask what psychometrics can do for psychology. *Psychometrika*, *77*(1), 4-20. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11336-011-9242-4>
- Tellegen, P. J. & Laros, J. A. (2004). Cultural bias in the SON-R test: Comparative study of Brazilian and Dutch children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*(2), 103-111. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200002>
- Ten Berge, J. M. F. & Zegers, F. E. (1978). A serie of lower bounds to the reliability. *Psychometrika*, *43*(4), 575-579. <https://doi.org/10.1007/BF02293815>

Manuscrito 2

Evidências de validade do DSM-5 AUD-BR em uma amostra brasileira

Título em inglês

Validity evidence of the DSM-5 AUD-BR in a Brazilian sample

Sugestão de título abreviado

DSM-5 AUD-BR: evidências de validade

Introdução

Como constatado no manuscrito 1, o DSM-5 AUD-BR apresentou indícios de resultados positivos no que se refere às evidências de validade de conteúdo e aos dados preliminares de consistência interna (Strack & Laros, 2022). No entanto, é ainda uma escala que carece de estudos psicométricos. A obtenção de evidências adicionais de diferentes tipos de validade pode possibilitar maior credibilidade ao instrumento, aumentando-se as chances de que de fato o DSM-5 AUD-BR possa estar medindo o que se pretende medir.

O sistema contemporâneo de classificação dos tipos de validade, descrito pelo *Standards for Educational and Psychological Testing*, é considerado uma referência mundial para a definição dos padrões e critérios adequados na elaboração e obtenção de evidências de validade e fidedignidade de um teste (AERA et al., 2014). Conforme as diretrizes desse sistema, o conceito de validade é o grau em que todas as evidências acumuladas corroboram a interpretação dos escores de um teste. O *Standards* definiu cinco tipologias principais, sendo elas: validade de conteúdo, validade baseada nas relações com outras variáveis, processos de resposta, validade baseada na estrutura interna e validade consequencial. Assim, quanto mais evidências um instrumento possui, mais significativas poderão ser as suas provas empíricas de validade (Hogan, 2006).

No estudo original, a escala *Brief DSM-5 AUD Assessment*, aplicada em uma população de 923 estudantes universitários norte-americanos, reuniu várias evidências de validade. A análise fatorial indicou que o modelo que melhor se ajustou aos dados foi o unifatorial, a partir dos treze itens da escala ($CFI = 0,982$; $TLI = 0,991$ e $RMSEA = 0,028$). Além disso, a análise de consistência interna revelou um aceitável índice de fidedignidade de escores ($\alpha = 0,78$) e correlações item-resto satisfatórias que variaram de 0,35 a 0,52 (Hagman, 2017).

Em outro contexto, um estudo em uma amostra populacional sueca, que teve como objetivo investigar a validade convergente do DSM-5 AUD, indicou correlações positivas e significativas fortes entre a escala e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). O AUDIT, desenvolvido pela OMS em 1989, é mundialmente conhecido e avalia o padrão de consumo de álcool, desde o baixo risco até

a provável dependência (Babor et al., 2001; Meneses-Gaya et al., 2009). A análise de consistência interna do DSM-5 AUD nessa pesquisa revelou um bom índice de fidedignidade do escore ($\alpha = 0,86$) (Källmén et al., 2019).

A fim de obter novas evidências de validade, outra pesquisa norte-americana, realizada pela Universidade de Kentucky, buscou avaliar as propriedades psicométricas do DSM-5 AUD em adultos. Os resultados demonstraram boa fidedignidade dos escores ($\alpha = 0,92$) e correlações item-total fortes que variaram entre 0,57 e 0,75. Reportaram-se, ainda, evidências de validade convergente da escala com o AUDIT. Esses achados reforçaram a eficiência da escala para uso em ambientes clínicos e laboratoriais (Campbell & Strickland, 2019).

Um relevante diferencial do DSM-5 AUD, quando comparado a outras escalas de construto semelhante, é a representação de todos os critérios diagnósticos para transtorno por uso de álcool, conforme o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), 5ª edição, da *American Psychiatric Association* (APA). O *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) (Davidson & Raistrick, 1986; Jorge & Masur, 1985; McMurrin & Hollin, 1989; Raistrick et al., 1983), por exemplo, é uma escala de quinze itens, que também avalia o nível de gravidade de consumo de álcool, porém não cobre todos os critérios do DSM-5 e apresenta maior sensibilidade na identificação de usuários que não possuam sintomas da síndrome de abstinência alcoólica (Hagman, 2017).

Em referência ao tipo de validade baseado nas relações com medidas externas, muitos estudos têm demonstrado a relevância da associação entre uso de álcool e fatores de personalidade (Cook et al., 1998; Loose et al., 2018; Loose et al., 2019; Lui et al., 2022; Malouff et al., 2007; Natividade et al., 2012). A Escala Reduzida de Cinco Grandes Fatores de Personalidade (ER5FP) é um instrumento brasileiro, desenvolvido por Passos (2014), que avalia a personalidade e utiliza como referencial teórico o modelo dos cinco grandes fatores de personalidade, conhecido como *Big Five*. A ER5FP não foi elaborada para a comercialização, mas para a realização de pesquisas, no intuito de colaborar com o incentivo ao uso de instrumentos reduzidos em estudos que adotem os pressupostos do modelo do *Big Five* (Passos & Laros, 2015).

A Tabela 1 retrata as principais características do modelo dos cinco grandes fatores de personalidade. Uma breve descrição é fornecida pelo Inventário de Personalidade NEO Revisado - NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992).

Tabela 1

Descrição das Características dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade

Fator	Escore	
	Baixos	Altos
Extroversão	Reservadas, sóbrias, independentes e calmas.	Sociáveis, ativas, divertidas e comunicativas.
Conscienciosidade	Acomodadas, preguiçosas, descuidadas e negligentes.	Organizadas, confiáveis, escrupulosas e perseverantes.
Amabilidade	Cínicas, rudes, individualistas e irritáveis.	Prestativas, indulgentes e altruístas.
Estabilidade emocional	Hostis, impulsivas, depressivas e ansiosas.	Confiantes, calmas, relaxadas e estáveis.
Abertura para experiências	Convencionais, rígidas e conservadoras.	Curiosas, criativas e imaginativas.

Nota. Adaptado de Widiger e Costa (2013).

Esse modelo sustenta que a personalidade é constituída pelos seguintes fatores: *i*) extroversão; *ii*) conscienciosidade; *iii*) amabilidade; *iv*) neuroticismo (estabilidade emocional); e *v*) abertura para experiências. Outros autores nomeiam a amabilidade como socialização e a conscienciosidade como realização (Natividade et al., 2012). Entretanto, não há consenso sobre as nomenclaturas para cada fator (Hogan, 2006).

Uma meta-análise, que buscou quantificar a relação entre o modelo do *Big Five* e envolvimento com álcool, demonstrou que o uso de bebida alcoólica foi associado à baixa conscienciosidade, à baixa amabilidade e ao alto neuroticismo (Malouff et al., 2007). Em outra pesquisa, que contou com a aplicação do *California Psychological Inventory*, o consumo de álcool correlacionou-se positivamente com amabilidade e extroversão, mas negativamente com conscienciosidade (Cook et al., 1998). Uma recente revisão sistemática da literatura, que sintetizou

vários estudos e associou os cinco grandes fatores (e facetas) da personalidade a uma série de resultados do uso de álcool, identificou que a amabilidade e a conscienciosidade foram correlacionadas negativamente, enquanto a extroversão e as facetas de abertura para experiências foram associadas positivamente ao uso de álcool. O neuroticismo, por sua vez, correlacionou-se com consequências negativas relacionadas à bebida alcoólica (Lui et al., 2022).

Uma pesquisa com 549 jovens franceses considerou que a maioria dos traços de personalidade do *Big Five* teve relação estreita com o consumo de álcool (Loose et al., 2018). Um estudo posterior indicou que os fatores de conscienciosidade e extroversão foram preditores diretos do consumo de álcool (Loose et al., 2019). Em nível nacional, os resultados de uma pesquisa brasileira, realizada com 169 estudantes universitários de Porto Alegre/RS, demonstraram evidências de que escores elevados em amabilidade e conscienciosidade estavam associados com menor consumo de álcool. Por outro lado, os participantes que tinham pontuações mais altas em consumo de álcool, tinham também elevados escores de extroversão (Natividade et al., 2012).

Por fim, a diferenciação dos escores de um instrumento, em consonância com as diferenças esperadas dos escores em variáveis sociodemográficas, podem ser consideradas fontes adicionais de evidências de validade (Urbina, 2007). Em relação ao uso de álcool, estimativas associadas à população norte-americana sugerem que a prevalência do transtorno é maior entre homens adultos (12,4%) e entre indivíduos que possuam de 18 a 29 anos (16,2%). No tocante à raça, a prevalência é predominantemente maior entre indígenas americanos e nativos do Alasca (12,1%) do que entre brancos (8,9%) e afro-americanos (6,9%) (APA, 2014).

No que se refere à ocupação profissional, o transtorno por uso de álcool é diretamente associado ao absenteísmo no emprego e à baixa produtividade (APA, 2014). A literatura aponta evidências de que o consumo de álcool é mais comum entre grupos de menor escolaridade (Droomers et al., 1999; Van Oers et al., 1999), o que reforça o pressuposto de que a abstinência alcoólica aumenta significativamente com o aumento do nível de instrução. Em relação ao estado

civil, algumas pesquisas apontam que o uso de álcool é claramente maior entre indivíduos solteiros do que entre casados ou divorciados (Laranjeira et al., 2010; Prescott & Kendler, 2001).

A área da saúde é o local mais comumente procurado para o tratamento de transtorno por uso álcool. Seja no ambiente público ou no privado, os profissionais envolvidos assumem a responsabilidade quanto à identificação do padrão de uso e à interrupção da progressão do consumo em direção à dependência (Pereira et al., 2010). Estudos indicam que os indivíduos que se submetem a tratamento especializado possuem o dobro de chances de moderar o consumo de álcool do que aqueles que não recebem intervenção (Pereira et al., 2013; Roche et al., 1995; Wilk et al., 1997).

Em face ao exposto, considerando-se a necessidade de ampliação da investigação de evidências de validade para além da validade de conteúdo e das informações preliminares de consistência interna do DSM-5 AUD-BR, esta pesquisa teve por objetivo geral avaliar as propriedades psicométricas desse instrumento, por meio da obtenção de evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com medidas externas, como o SADD, a ER5FP e as variáveis sociodemográficas.

Os seguintes objetivos específicos podem ser distinguidos no presente estudo: *i)* obter evidências de fidedignidade e validade do DSM-5 AUD-BR, do SADD e da ER5FP, por meio da análise fatorial exploratória e semiconfirmatória; *ii)* obter evidências de validade convergente entre o DSM-5 AUD-BR e o SADD; *iii)* obter dados empíricos da capacidade preditiva dos fatores de personalidade da ER5FP e das variáveis sociodemográficas em relação ao DSM-5 AUD-BR; e *iv)* verificar evidências de validade baseadas na diferenciação de escores do DSM-5 AUD-BR entre grupos com e sem tratamento para transtorno por uso de álcool.

Método

Participantes

A Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra total. Participaram 192 pessoas no âmbito da unidade federativa do Distrito Federal, situada na região Centro-Oeste do Brasil. A modalidade de amostragem foi não probabilística por conveniência (Shaughnessy et al., 2012).

Tabela 2*Caracterização da Amostra (N = 192)*

Variável	Categoria	n	%
Faixa etária	18 - 29 anos	92	47,9
	30 - 39 anos	48	25,0
	40 - 49 anos	39	20,3
	50 - 59 anos	11	5,7
	60 - 69 anos	2	1,0
Sexo	Feminino	102	53,1
	Masculino	90	46,9
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	30	15,6
	Ensino fundamental completo	4	2,1
	Ensino médio incompleto	14	7,3
	Ensino médio completo	13	6,8
	Ensino superior incompleto	8	4,2
	Ensino superior completo	25	13,0
	Pós-graduação incompleto	10	5,2
	Pós-graduação completo	88	45,8
Estado civil	Solteiro(a)	71	37,0
	Casado(a)	82	42,7
	Separado(a)	12	6,3
	Divorciado(a)	24	12,5
	Viúvo(a)	3	1,6
Raça	Branca	77	40,1
	Preta	16	8,3
	Parda	95	49,5
	Amarela	2	1,0
	Indígena	2	1,0
Ocupação	Secretaria de Educação do DF	64	33,3
	Secretaria de Saúde do DF	21	10,9
	Outro órgão do GDF	26	13,5
	Sem vínculo com GDF	81	42,2
Tratamento	CAPS-AD	51	26,6
	Comunidade terapêutica credenciada à SEJUS-DF	23	12,0
	PADQ	3	1,6
	Outro serviço do GDF	3	1,6
	Sem tratamento	112	58,3

Nota. CAPS-AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; GDF = Governo do Distrito Federal; PADQ = Programa de Atenção ao Dependente Químico (Decreto nº 41.747, de 28 de janeiro de 2021); SEJUS-DF = Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

A idade variou entre 18 e 67 anos ($M = 32,4$; $DP = 10,4$), sendo a proporção de participantes do sexo feminino ($n = 102$) ligeiramente maior do que a do sexo masculino ($n = 90$). A maioria

declarou não ser atendida por nenhum serviço especializado para dependência química do GDF (58,3%). Entre os servidores públicos distritais, cerca de 33% dos participantes declararam trabalhar na Secretaria de Estado de Educação do DF.

Instrumentos

Os instrumentos descritos a seguir foram utilizados na pesquisa:

1. Questionário sociodemográfico: trata-se de um questionário composto por questões sobre idade, sexo, grau de instrução, estado civil, raça, ocupação profissional e tratamento em serviço especializado de dependência química.
2. DSM-5 AUD-BR: versão brasileira adaptada da escala *Brief DSM-5 AUD Assessment (DSM-5 AUD)*, que avalia o nível de gravidade de uso de álcool, segundo critérios teóricos do DSM-5 para transtorno por uso de álcool (Strack & Laros, 2022). O instrumento é composto por 13 itens, mensurados em uma escala dicotômica, com duas opções de respostas: “não” (sem pontuação) e “sim” (1 ponto). Desenvolvida por Hagman (2017), a versão original da escala indicou a existência de uma estrutura unidimensional e adequada consistência interna ($\alpha = 0,78$). Além disso, os índices de ajuste ao modelo apresentaram-se adequados: $TLI = 0,991$, $CFI = 0,982$ e $RMSEA = 0,028$.
3. Escala Reduzida de Cinco Grandes Fatores de Personalidade (ER5FP): desenvolvido por Passos (2014), o instrumento psicométrico avalia a personalidade, por meio do referencial teórico do modelo dos cinco grandes fatores de personalidade, e consiste em 26 pares de adjetivos bipolares, com escalas de resposta tipo *Likert* de 6 pontos. A ER5FP apresentou uma estrutura com cinco fatores e satisfatórios coeficientes de fidedignidade quanto aos escores de extroversão ($\lambda_2 = 0,85$), conscienciosidade ($\lambda_2 = 0,78$), amabilidade ($\lambda_2 = 0,81$), neuroticismo ($\lambda_2 = 0,80$) e abertura à experiência ($\lambda_2 = 0,71$). Os índices de ajuste ao modelo mostraram-se adequados: $TLI = 0,94$, $CFI = 0,95$ e $RMSEA = 0,050$ (Passos & Laros, 2015).
4. *Short Alcohol Dependence Data (SADD)*: desenvolvido por Raistrick et al. (1983) e adaptado para o contexto brasileiro por Jorge e Masur (1985), o teste, que avalia o grau de severidade

da dependência alcoólica, é composto por 15 itens, por meio de uma escala tipo *Likert*, com quatro opções de resposta: “nunca” (sem pontuação), “poucas vezes” (1 ponto), “muitas vezes” (2 pontos) e “sempre” (3 pontos). Os escores totais são classificados em dependência leve (1 a 9 pontos), dependência moderada (10 a 19 pontos) e dependência grave (20 a 45 pontos). A versão brasileira da escala apresentou estrutura unidimensional e evidências de alta fidedignidade dos escores de teste-reteste ($r = 0,90$) (Jorge & Masur, 1985).

Procedimento

Do total da amostra, 88% dos participantes responderam o questionário por meio da plataforma *EFS Survey* (<http://www.unipark.com>), enquanto 12% responderam à pesquisa por meio de protocolo físico, no formato lápis e papel. Em relação à coleta via plataforma *on-line*, o convite foi feito por redes sociais, pela técnica da bola de neve, na qual os participantes interessados divulgavam o *link* da pesquisa para outros em potencial (Patton, 1990). Aos usuários dos CAPS-AD, os convites foram feitos de forma presencial nas dependências dos centros de saúde, após autorização dos especialistas responsáveis e sob supervisão dos gestores institucionais. No tocante à coleta no formato lápis e papel, os dados dos participantes atendidos pelas comunidades terapêuticas, conveniadas à Secretaria de Justiça e Cidadania, foram coletados com o auxílio dos gestores responsáveis sob supervisão do Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal (CONEN-DF).

Este estudo seguiu as recomendações das Resoluções n.º: 466/2012 e n.º: 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE n.º: 56164822.6.0000.5540) e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAAE n.º: 56164822.6.3001.5553).

Todos os instrumentos do questionário foram respondidos de forma individual. Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e somente aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tiveram acesso ao questionário, garantindo-se o caráter anônimo e voluntário da participação.

Análise de dados

O *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, e o *FACTOR*, versão 12.01.02 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006), foram usados para a formulação das estatísticas descritivas e inferenciais sobre os dados da amostra utilizada. Inicialmente, efetuou-se o tratamento dos dados ausentes e dos valores atípicos por meio do SPSS. O uso do programa *FACTOR* foi destinado exclusivamente para a realização da análise fatorial exploratória e semiconfirmatória.

No que concerne à ER5FP, como metade do total dos vinte e seis pares de adjetivos foi apresentado de forma invertida no instrumento, treze itens (3, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 23, 24 e 26) foram novamente invertidos durante a análise de dados, a fim de se controlar a aquiescência nos escores brutos (Hauck-Filho et al., 2021). Assim, os escores mais baixos refletiram o polo dos adjetivos negativos e os escores mais altos representaram o polo dos adjetivos positivos.

Para avaliar a estrutura fatorial do DSM-5 AUD-BR, do SADD e da ER5FP, realizou-se análise fatorial exploratória, na qual utilizou-se a medida de adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (*KMO*) como critério para examinar a viabilidade da fatorabilidade da matriz de dados. Conforme a literatura, valores superiores a 0,50 são considerados aceitáveis e sugerem que a análise resulta em fatores distintos e confiáveis (Field, 2020). O procedimento foi efetuado mediante matriz policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), indicado para dados categóricos que não requerem distribuição normal (DiStefano & Morgan, 2014; Li, 2016).

A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi tomada a partir da técnica da análise paralela com permutação aleatória dos dados observados (Laros, 2012). No que tange à ER5FP, utilizou-se a rotação *Robust Promin*, a qual assume que os fatores estão correlacionados entre si ($r > 0,30$) (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019; Thompson, 2004). A avaliação da estrutura unidimensional foi feita por meio dos índices *Unidimensional Congruence* (*UniCO*), *Explained Common Variance* (*ECV*) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (*MIREAL*). É desejável que os valores de *UniCO* e *ECV* sejam superiores a 0,95 e 0,85, respectivamente; e o valor do *MIREAL* seja inferior a 0,30 (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018).

A adequação dos modelos indicados pela análise fatorial exploratória foi verificada pela análise fatorial semiconfirmatória, a partir dos índices de ajuste, *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*, *Comparative Fit Index (CFI)* e *Tucker-Lewis Index (TLI)*, disponibilizados pelo *FACTOR* (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). Conforme a literatura, valores do *RMSEA* devem ser inferiores a 0,06 e valores de *CFI* e *TLI* devem ser superiores a 0,95 (Thompson, 2004).

Com o intuito de calcular os escores fatoriais, optou-se pelo método não refinado da soma de escores por fator (DiStefano et al., 2009). O coeficiente lambda 2 de *Guttman* foi usado para obter o índice da consistência interna dos instrumentos, tendo em vista ser mais adequado para instrumentos que são compostos por poucos itens (Ten Berge & Zegers, 1978; Tellegen & Laros, 2004).

O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para avaliar se a distribuição dos escores era significativamente diferente de uma distribuição normal, ao passo que o coeficiente de correlação de *Spearman* foi adotado para o cálculo das correlações não paramétricas entre os fatores dos instrumentos (Field, 2020). Para corrigir os coeficientes brutos, em decorrência dos erros de medição, utilizou-se a fórmula de correção para atenuação ou não fidedignidade (Hogan, 2006).

Em relação à interpretação das correlações item-resto (r_{ir}), estabeleceu-se que os valores superiores a 0,30 seriam considerados adequados para análise (Field, 2020; Harrison et al., 2020). Essa estatística indica o quanto um item contribui para a mensuração do escore total. No tocante às comunalidades, indicadas pelo quadrado das cargas fatoriais dos itens, esperaram-se valores ideais próximos a 1,0 (Field, 2020).

Para comparar as médias entre grupos, utilizou-se o teste-*t* de *Student* para amostras independentes. Na ausência de evidências acerca da homogeneidade de variâncias por meio do teste de Levene, aplicou-se o valor corrigido para variâncias iguais não assumidas. O tamanho de efeito foi estimado pelo *d* de *Cohen* (Field, 2020).

Por fim, a regressão linear múltipla foi realizada pelo método *enter*. Essa técnica estatística inclui todas as variáveis preditoras simultaneamente (Field, 2020; Thompson, 2006). Com o propósito

de atender aos pressupostos dos erros independentes, adotou-se o teste de *Durbin-Watson*, tendo como referência valores maiores do que 1,0 e menores do que 3,0 (Field, 2020).

Resultados

Inicialmente, propôs-se realizar a análise fatorial exploratória dos instrumentos DSM-5 AUD-BR, SADD e ER5FP para a amostra total. Acerca do DSM-5 AUD-BR, a Tabela 3 mostra as propriedades psicométricas da escala adaptada para o contexto brasileiro.

Tabela 3

Cargas Fatoriais (CF), Comunalidades (h^2) e Correlações item-resto (r_{ir}) dos Itens do DSM-5 AUD-BR

Descrição do item	CF	h^2	r_{ir}
1. Incapaz de cumprir obrigações por conta do seu hábito de beber	0,85	0,71	0,69
2. Situações fisicamente perigosas por conta do seu hábito de beber	0,60	0,35	0,67
3. Problemas sociais por conta do seu hábito de beber	0,89	0,80	0,70
4. Consumo de bebida alcoólica em frequências maiores	0,88	0,78	0,73
5. Diminuição do efeito de consumo de bebida alcoólica	0,85	0,72	0,68
6. Sintomas de abstinência de bebida alcoólica	0,95	0,90	0,82
7. Evitação dos sintomas de abstinência de bebida alcoólica	0,93	0,86	0,78
8. Consumo de bebida alcoólica em quantidades maiores	0,88	0,78	0,72
9. Dificuldade de controle do uso de álcool	0,95	0,91	0,82
10. Aumento do tempo gasto com o uso de álcool	0,94	0,89	0,79
11. Atividades importantes abandonadas por conta do seu hábito de beber	0,67	0,44	0,81
12. Persistência no uso de álcool, apesar dos prejuízos	0,97	0,94	0,82
13. Forte desejo de consumo de bebida alcoólica	0,93	0,86	0,78
Fidedignidade	$\lambda_2 = 0,95$		
Variância explicada	76,5%		
UniCO	1,00		
ECV	0,97		
MIREAL	0,14		

Nota. Análise fatorial realizada com *Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS)*; $\lambda_2 =$ lambda 2 de *Guttman*; UniCO = *Unidimensional Congruence*; ECV = *Explained Common Variance*; MIREAL = *Mean of Item Residual Absolute Loadings*.

A matriz de correlação entre itens teve excelente adequação amostral ($KMO = 0,95$; $IC\ 90\% = 0,957, 0,965$) e a análise paralela sugeriu que um fator deveria ser extraído. Os resultados mostram que todas as cargas fatoriais tiveram valores maiores ou iguais a 0,60. As correlações item-resto (r_{ir}), que indicam as correlações entre cada item e o escore total corrigido do DSM-5 AUD-BR, revelaram

valores superiores a 0,30. O fator único explicou 76,5% da variância total. Quanto à análise de consistência interna, a fidedignidade dos escores dos itens alcançou o valor de 0,95.

A Tabela 4 retrata as propriedades psicométricas do questionário SADD, por meio da descrição das cargas fatoriais, comunalidades, correlações item-resto, índices de fidedignidade, variância explicada e parâmetros de avaliação da unidimensionalidade do instrumento.

Tabela 4

Cargas Fatoriais (CF), Comunalidades (h^2) e Correlações item-resto (r_{ir}) dos Itens do SADD

Descrição do item	CF	h^2	r_{ir}
1. Pensamento obsessivo	0,88	0,77	0,80
2. Prejuízo na alimentação	0,92	0,84	0,83
3. Planejamento do dia em função da bebida	0,85	0,73	0,74
4. Consumo em qualquer horário	0,89	0,79	0,79
5. Consumo de qualquer bebida	0,81	0,66	0,73
6. Falta a compromissos	0,91	0,82	0,81
7. Prejuízo decorrente do uso	0,94	0,88	0,85
8. Dificuldade em parar de beber	0,93	0,87	0,84
9. Tentativa de controle	0,45	0,20	0,37
10. Consumo matinal	0,93	0,86	0,82
11. Tremores nas mãos	0,83	0,69	0,71
12. Náuseas ou vômitos	0,68	0,47	0,61
13. Mau humor	0,76	0,58	0,68
14. Alucinações	0,83	0,70	0,69
15. Problemas de memória	0,87	0,76	0,80
Fidedignidade		$\lambda_2 = 0,96$	
Variância explicada		70,7%	
<i>UniCO</i>		0,99	
<i>ECV</i>		0,93	
<i>MIREAL</i>		0,21	

Nota. Análise fatorial realizada com *Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS)*; $\lambda_2 =$ lambda 2 de *Guttman*; *UniCO* = *Unidimensional Congruence*; *ECV* = *Explained Common Variance*; *MIREAL* = *Mean of Item Residual Absolute Loadings*.

O valor do teste estatístico *Kaiser-Meyer-Olkin* sugeriu adequação dos dados para análise ($KMO = 0,94$; $IC\ 90\% = 0,909, 0,943$). A análise paralela indicou que um fator deveria ser extraído. As correlações item-resto (r_{ir}) foram consideradas adequadas, sem registro de valores abaixo de 0,30. O fator único explicou 70,7% da variância total e a fidedignidade dos escores foi de 0,96.

Os índices de avaliação global gerados pelo *FACTOR* indicaram que ambos os instrumentos que avaliam consumo de álcool poderiam ser tratados como essencialmente unidimensionais: DSM-5 AUD-BR (*UniCO* = 1,00, *ECV* = 0,97 e *MIREAL* = 0,14); e SADD (*UniCO* = 0,99, *ECV* = 0,93 e *MIREAL* = 0,21). As comunalidades do DSM-5 AUD-BR variaram de 0,35 (item 2) a 0,94 (item 12), enquanto as do SADD oscilaram entre 0,20 (item 9) e 0,88 (item 7).

A Tabela 5 apresenta as propriedades psicométricas da ER5FP, por meio da descrição das cargas fatoriais, comunalidades, correlações item-resto, índices de fidedignidade, variância explicada e correlações entre os fatores emergentes da escala.

Tabela 5

Cargas fatoriais (CF), Comunalidades (h^2) e Correlações item-resto (r_{ir}) dos Itens da ER5FP

Fator 1 – Extroversão ($\lambda_2 = 0,78$)	CF	h^2	r_{ir}
1. Introverso / Extroverso	0,64	0,41	0,53
11. Desinteressado / Curioso	0,81	0,66	0,61
16. Expansivo / Retraído*	0,81	0,66	0,62
26. Aberto / Fechado*	0,66	0,44	0,59
Fator 2 – Conscienciosidade ($\lambda_2 = 0,62$)	CF	h^2	r_{ir}
2. Desistente / Persistente	0,74	0,55	0,42
17. Indeciso / Decidido	0,56	0,31	0,43
21. Descuidado / Cuidadoso	0,45	0,20	0,31
24. Disciplinado / Indisciplinado*	0,61	0,37	0,42
Fator 3 – Amabilidade ($\lambda_2 = 0,69$)	CF	h^2	r_{ir}
3. Simpático / Antipático*	0,53	0,28	0,41
8. Individualista / Generoso	0,80	0,64	0,45
13. Indelicado / Gentil	0,87	0,75	0,51
18. Agradável / Desagradável*	0,59	0,34	0,54

Nota. * = itens invertidos; λ_2 = lambda 2 de *Guttman*; variância explicada pelos 3 fatores = 50,41%. Correlação entre os fatores: F1-F2 = 0,15; F1-F3 = 0,32; F2-F3 = 0,25.

A matriz de correlação entre itens obteve satisfatória adequação amostral (*KMO* = 0,75; *IC* 90% = 0,585, 0,768). A análise paralela sugeriu que três fatores deveriam ser extraídos. Entre os 26 itens da escala, 14 deles necessitaram ser excluídos da análise. O item 26 (Aberto / Fechado),

embora não tenha sido carregado no fator abertura para experiências, foi agregado ao fator extroversão. O fator 1 agrupou quatro itens relacionados à extroversão (1, 11, 16 e 26), o fator 2 reuniu quatro itens referentes à conscienciosidade (2, 17, 21 e 24), já o fator 3 agrupou quatro itens relativos à amabilidade (3, 8, 13 e 18).

A estimação da fidedignidade de cada um dos três fatores foi realizada por meio do coeficiente lambda 2 de *Guttman*. O coeficiente do fator conscienciosidade foi o mais baixo ($\lambda_2 = 0,62$) e o do fator extroversão foi o mais alto ($\lambda_2 = 0,78$). Os três fatores juntos explicaram 50,41% da variância total dos dados. O valor da comunalidade mais baixo foi registrado no item 21 do fator 2 ($h^2 = 0,20$), enquanto o maior valor foi indicado no item 13 do fator 3 ($h^2 = 0,75$). As correlações item-resto (r_{ir}), referentes aos itens dos três fatores, revelaram valores superiores a 0,30.

A Tabela 6 descreve os índices de ajustes dos modelos dos instrumentos DSM-5 AUD-BR, SADD e ER5FP, tendo por referência os índices *Comparative Fit Index*, *Tucker-Lewis Index* e *Root Mean Square Error of Approximation*.

Tabela 6

Índices de Ajuste dos Modelos do DSM-5 AUD-BR, do SADD e da ER5FP

Instrumento	n (Item)	CFI (IC 90%)	TLI (IC 90%)	RMSEA (IC 90%)
DSM-5 AUD-BR	13	0,997 (0,997, 0,999)	0,997 (0,996, 0,999)	0,043 (0,025, 0,043)
SADD	15	0,996 (0,995, 0,999)	0,996 (0,995, 0,999)	0,057 (0,032, 0,061)
ER5FP	12	0,983 (0,972, 0,999)	0,966 (0,944, 0,999)	0,044 (0,000, 0,053)

Nota. CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; IC 90% = Intervalo de Confiança de 90%.

As soluções fatoriais foram testadas por meio da análise fatorial semiconfirmatória, fundamentada no critério *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), conforme implementado no programa *FACTOR* (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). Os índices de ajuste finais foram aceitáveis para os três instrumentos.

A Tabela 7 apresenta os resultados acerca da investigação das diferenças dos níveis do uso de bebida alcoólica entre os grupos com e sem tratamento para o transtorno por uso de álcool. Utilizou-se o teste-*t* de *Student* para amostras independentes.

Tabela 7

Evidências de Validade Discriminativa do DSM-5 AUD-BR entre Grupos com e sem Tratamento

Consumo de álcool	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	ΔM	<i>d</i>	IC 95%
Com tratamento	8,10	4,60	11,85	105,46	< 0,01	6,72	1,95	5,59 - 7,84
Sem tratamento	1,38	2,36						

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *gl* = grau de liberdade; ΔM = diferença entre médias; *d* = *d* de *Cohen*.

Os resultados do teste-*t* de *Student* demonstraram que os participantes que faziam tratamento tiveram escores estatisticamente maiores ($M = 8,10$; $DP = 4,60$) quando comparados com os que não faziam ($M = 1,38$; $DP = 2,36$). Essa diferença, 6,72, IC 95% (5,59, 7,84) foi significativa, $t(105,46) = 11,85$, $p < 0,01$, e evidenciou um tamanho de efeito muito grande ($d = 1,95$).

A Tabela 8 apresenta os coeficientes de correlação de *Spearman* e os coeficientes de determinação entre o DSM-5 AUD-BR, o SADD e os fatores de personalidade da ER5FP.

Tabela 8

Coeficientes de Correlação de Spearman (r_s) e Coeficientes de Determinação (r_s^2) entre o DSM-5 AUD-BR, o SADD e os Três Fatores da ER5FP

	DSM-5 AUD-BR	SADD	F1	F2	F3
DSM-5 AUD-BR	----	0,76 (0,69)	0,01 (0,01)	0,03 (0,02)	0,04 (0,02)
SADD	0,87 (0,83)**	----	0,00 (0,00)	0,01 (0,01)	0,05 (0,04)
F1	- 0,09 (- 0,08)	- 0,06 (- 0,05)	----	0,05 (0,02)	0,19 (0,10)
F2	- 0,18 (- 0,14)*	- 0,10 (- 0,08)	0,22 (0,15)*	----	0,14 (0,06)
F3	0,19 (0,15)*	0,23 (0,19)*	0,44 (0,32)**	0,38 (0,25)**	----

Nota. F1 = extroversão; F2 = conscienciosidade; F3 = amabilidade. Os coeficientes de correlação encontram-se no triângulo inferior da tabela e os coeficientes de determinação (os coeficientes de correlação elevados ao quadrado) encontram-se no triângulo superior. Os primeiros valores são os coeficientes corrigidos para atenuação e os valores entre parênteses são os coeficientes brutos; * = correlação significativa no nível 0,05; ** = correlação significativa no nível 0,01.

Com o objetivo de obter evidências de validade, calcularam-se os coeficientes de correlação de *Spearman* (r_s) entre os três fatores da ER5FP e os fatores unidimensionais do DSM-5 AUD-BR e do SADD. Esse tipo de coeficiente foi adotado após o resultado do teste de *Shapiro-Wilk* indicar desvio de normalidade para a distribuição dos escores dos fatores dos três instrumentos ($p < 0,05$).

Os resultados indicam que sete coeficientes corrigidos para atenuação foram estatisticamente significativos: *i*) DSM-5 AUD-BR e SADD ($r_s = 0,87$); *ii*) DSM-5 AUD-BR e F2 ($r_s = -0,18$); *iii*) DSM-5 AUD-BR e F3 ($r_s = 0,19$); *iv*) SADD e F3 ($r_s = 0,23$); *v*) F1 e F2 ($r_s = 0,22$); *vi*) F1 e F3 ($r_s = 0,44$); e *vii*) F2 e F3 ($r_s = 0,38$). Em todas as associações, a única evidência de correlação alta, ou seja, valores acima de 0,50, ocorreu entre o DSM-5 AUD-BR e o SADD ($r_s = 0,87$). Esta correlação indicou uma evidência forte da validade convergente do DSM-5 AUD-BR.

Tanto o DSM-5 AUD-BR ($r_s = 0,19$) quanto o SADD ($r_s = 0,23$) tiveram associações positivas e estatisticamente significativas com o fator amabilidade. O instrumento adaptado apresentou correlação inversa significativa com o fator conscienciosidade ($r_s = -0,18$). Entretanto, não houve relacionamento estatisticamente significativo entre o DSM-5 AUD-BR e o fator extroversão.

As associações entre o DSM-5 AUD-BR e o SADD ($r_s = 0,87$), o fator conscienciosidade ($r_s = -0,18$) e o fator amabilidade ($r_s = 0,19$) tiveram entre si aproximadamente 87%, 18% e 19% de variância em comum, respectivamente. Os três fatores de personalidade tiveram associações positivas e estatisticamente significativas entre si: *i*) F1 e F2 ($r_s = 0,22$); *ii*) F1 e F3 ($r_s = 0,44$) e *iii*) F2 e F3 ($r_s = 0,38$).

A Tabela 9 retrata os dados oriundos da análise de regressão linear múltipla para os preditores de consumo de álcool mensurados pelo DSM-5 AUD-BR. Objetivou-se investigar em que medida as variáveis sociodemográficas, sexo e escolaridade, e os três fatores de personalidade, extroversão, conscienciosidade e amabilidade, impactaram nos níveis de uso de álcool, a partir dos escores obtidos do DSM-5 AUD-BR.

Tabela 9*Análise de Regressão Linear Múltipla para Preditores de Consumo de Álcool*

Variáveis predictoras	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>DP</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	7,957	2,440	-	-	-	-
Escolaridade	-0,917	0,131	2,621	-0,502	-7,028	<0,01
Sexo	2,259	0,643	0,499	0,235	3,511	<0,01
Conscienciosidade	-0,213	0,067	4,222	-0,188	-3,175	<0,01
Amabilidade	0,062	0,089	3,560	0,046	0,694	0,49
Extroversão	0,048	0,058	5,291	0,053	0,837	0,40

Nota. Sexo (1 = mulher, 2 = homem); $R^2 = 0,44$; R^2 ajustado = 0,42; $F(5, 180) = 27,66$, $p < 0,01$; *Durbin Watson* = 1,88; *B* = coeficiente de regressão não padronizado; *EP* = erro padrão; *DP* = desvio-padrão; β = coeficiente de regressão padronizado.

Os resultados demonstraram que os fatores de amabilidade ($p = 0,49$) e extroversão ($p = 0,40$) não mostraram um efeito significativo. Entretanto, escolaridade ($p < 0,01$), sexo ($p < 0,01$) e conscienciosidade ($p < 0,01$) tiveram influência estatisticamente significativa. Essas variáveis juntas foram responsáveis por 44% da variância total dos escores do DSM-5 AUD-BR [$F(5, 180) = 27,66$, $p < 0,01$; R^2 ajustado = 42%]. A estatística do teste de *Durbin-Watson* foi satisfatória (1,88) e atendeu ao pressuposto de que os resíduos não estavam correlacionados.

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas do DSM-5 AUD-BR, a partir da investigação de evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com medidas externas, como o SADD, a ER5FP e as variáveis sociodemográficas.

A análise fatorial exploratória indicou a existência de uma estrutura unidimensional para DSM-5 AUD-BR, além de fortes correlações item-resto ($0,66 < r_{ir} < 0,83$) e um adequado índice de fidedignidade dos escores dos itens ($\lambda_2 = 0,95$). A análise fatorial semiconfirmatória comprovou que o modelo de fator único teve um bom índice de ajuste com relação aos parâmetros *RMSEA*, *CFI* e *TLI*. Esses achados parecem satisfatórios e se assemelham com os resultados dos estudos publicados por Hagman (2017), Källmén et al. (2019) e Campbell & Strickland (2019).

O instrumento adaptado apresentou evidências de validade convergente quando associado com o SADD ($r_s = 0,87$). Esse resultado aproxima-se do estudo de Källmén et al. (2019), no qual foram encontradas correlações positivas e significativas fortes entre a escala original e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).

Quanto à estrutura unidimensional do questionário SADD, cumpre observar a existência da baixa comunalidade apontada pelo item 9 ($h^2 = 0,20$). A problemática dessa questão fora discutida por Davidson et al. (1989), que sugeriram a possibilidade de remoção desse item e a testagem de uma nova versão composta por 14 itens.

Por outro lado, em relação à ER5FP, a análise fatorial exploratória indicou uma solução fatorial estável para três fatores, afastando-se dos pressupostos da teoria clássica do *Big Five*, no qual emergem teoricamente cinco grandes fatores de personalidade (Hogan, 2006). Na presente pesquisa, os valores dos coeficientes de fidedignidade dos escores para os fatores de extroversão ($\lambda_2 = 0,78$), conscienciosidade ($\lambda_2 = 0,62$) e amabilidade ($\lambda_2 = 0,69$) apresentaram-se inferiores aos encontrados no estudo original de Passos e Laros (2015): extroversão = 0,85; conscienciosidade = 0,78; e amabilidade = 0,81. No entanto, os achados empíricos foram relativamente próximos aos reportados na pesquisa de Laros et al. (2018): extroversão = 0,79; conscienciosidade = 0,67; e amabilidade = 0,69.

Os fatores de personalidade com os quais o DSM-5 AUD-BR obteve um relacionamento estatisticamente significativo foram conscienciosidade ($r_s = -0,18$, $p < 0,05$) e amabilidade ($r_s = 0,19$, $p < 0,05$). Esse resultado é parcialmente similar aos achados de outros estudos. A recente revisão sistemática de Lui et al. (2022) identificou associações negativas entre esses dois traços de personalidade e uso de álcool. O exame da literatura mostra evidências de que escores elevados em amabilidade e conscienciosidade são associados a escores baixos em consumo de álcool (Natividade et al., 2012).

No que tange à análise de regressão linear múltipla, verificou-se que três variáveis foram preditoras significativas do consumo de álcool medido pelo DSM-5 AUD-BR. No que concerne à

escolaridade, o coeficiente B de regressão dessa variável ($B = -0,917, p < 0,01$) foi negativo. Esse resultado indica que, em média, o aumento de um ponto na escala de escolaridade repercutiu na diminuição de 0,917 ponto nos níveis do uso de álcool. Pesquisas corroboram que escolaridade é inversamente associada ao nível de uso de bebida alcoólica, de modo que o aumento do nível educacional tende a diminuir significativamente o nível de consumo de álcool (Droomers et al., 1999; Van Oers et al., 1999).

Por outro lado, o coeficiente B de regressão de sexo foi positivo ($B = 2,259, p < 0,01$). Uma vez que homens foram codificados como 2 e mulheres como 1, um B positivo indica que pessoas do sexo masculino apresentaram mais problemas com o uso de álcool do que as do sexo feminino. Assim, homens têm, em média, um escore de 2,259 pontos mais alto do que mulheres no DSM-5 AUD-BR. Esses achados mostraram-se em consonância com as estimativas epidemiológicas do DSM-5 (APA, 2014).

Em relação ao coeficiente B de regressão de conscienciosidade ($B = -0,213, p < 0,01$), o valor foi negativo e indica que, em média, o aumento de um ponto nessa escala impactou na diminuição de 0,213 ponto nos níveis do uso de álcool. A associação negativa entre o fator de personalidade conscienciosidade e o consumo de álcool assemelhou-se ao encontrado na maior parte de outros achados, cujas pesquisas identificaram indícios de uma relação inversa entre essas duas variáveis (Cook et al., 1998; Lui et al., 2022; Malouff et al., 2007; Natividade et al., 2012).

Considerando-se que os coeficientes β de regressão padronizados descritos na Tabela 9 podem ser comparados entre si, uma vez que esses coeficientes se referem aos escores padronizados das variáveis (Thompson, 2006), pode-se inferir que o efeito da escolaridade no uso de álcool é mais forte do que o efeito das variáveis de sexo e de conscienciosidade.

Por fim, o DSM-5 AUD-BR revelou-se um instrumento sensível para discriminar diferenças nos escores de uso de álcool entre grupos com e sem tratamento para o transtorno. A literatura mostra que instrumentos de rastreamento para transtorno por uso de álcool, quando utilizados em conjunto com intervenções breves, por exemplo, podem auxiliar o profissional na abordagem inicial

ao paciente e na introdução de procedimentos que visem a motivação para a busca de ajuda especializada (Pereira et al., 2010).

Uma limitação desse estudo foi o viés de seleção do *survey on-line*, pois foram selecionados majoritariamente os participantes que tinham acesso à internet e ao *link* da pesquisa, como forma de serem garantidas as condições plenas de segurança sanitária, relacionadas à pandemia causada pelo novo coronavírus. Entre as possibilidades de estudos futuros, sugere-se o aumento do quantitativo dos participantes da amostra, assim como pesquisas que envolvam maior abrangência das regiões brasileiras. A coleta de dados foi restrita à circunscrição do Distrito Federal, o que pode não ter sido representativo da população brasileira.

Assim sendo, recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas com o DSM-5 AUD-BR, sobretudo por meio de estudos comparativos que avaliem o grau de correspondência entre essa escala e um padrão-ouro, como a “*Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV*” (Baggio & Iglesias, 2020; First et al., 2017). Apesar dos indícios de validade obtidos neste estudo, são necessárias mais pesquisas para que sejam exploradas as potencialidades psicométricas do DSM-5 AUD-BR.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi conhecer as propriedades psicométricas do DSM-5 AUD-BR, por meio da obtenção de evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com medidas externas com o SADD, a ER5FP e as variáveis sociodemográficas. O instrumento apresentou uma estrutura unidimensional e um excelente coeficiente de fidedignidade dos escores. Constatou-se uma correlação grande e estatisticamente significativa entre a escala e o SADD. O fator de personalidade conscienciosidade e as variáveis sociodemográficas de sexo e de escolaridade apresentaram-se como preditores estatisticamente significativos para explicar o surgimento de comportamentos relacionados ao consumo de álcool mensurados pelo instrumento adaptado.

Além disso, o DSM-5 AUD-BR foi capaz de discriminar o nível de gravidade do uso de álcool entre grupos distintos, com e sem tratamento para o transtorno. Espera-se que a presente escala

propicie o aprimoramento de novas investigações na área da dependência química, considerando-se a escassez de ferramentas correlatas. Sugere-se que o uso desse instrumento possa ser útil em contextos de pesquisa científica e incorporado em protocolos para triagem de uso de álcool.

Referências

- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
<https://www.apa.org/science/programs/testing/standards>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Baggio, S., & Iglesias, K. (2020). Commentary on Campbell & Strickland (2019): Caution is needed when using self-reported alcohol use disorder screening tools. *Addictive Behaviors, 100*, 106115. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106115>
- Campbell, E. M., & Strickland, J. C. (2019). Reliability and validity of the Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Diagnostic Assessment: A systematic replication in a crowdsourced sample. *Addictive Behaviors, 92*, 194-198. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.007>
- Cook, M., Young, A., Taylor, D., & Bedford, A. P. (1998). Personality correlates of alcohol consumption. *Personality and Individual Differences, 24*(5), 641-647.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00214-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00214-6)
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences, 13*(6), 653-665. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90236-i](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90236-i)
- Davidson, R., & Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction, 81*(2), 217-222. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00319.x>

- Davidson, R., Bunting, B., & Raistrick, D. (1989). The homogeneity of the alcohol dependence syndrome: A factorial analysis of the SADD questionnaire. *British Journal of Addiction, 84*(8), 907-915. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00763.x>
- DiStefano, C., & Morgan, G. B. (2014). A comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 21*(3), 425-438. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915373>
- DiStefano, C., Zhu, M., & Mindrila, D. (2009). Understanding and using factor scores: Considerations for the applied researcher. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 14*(20), 1-11. <https://doi.org/10.7275/da8t-4g52>
- Droomers, M., Schrijvers, C. T., Stronks, K., Van de Mheen, D., & Mackenbach, J. P. (1999). Educational differences in excessive alcohol consumption: The role of psychosocial and material stressors. *Preventive Medicine, 29*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0496>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema, 29*(2), 236-240. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 78*, 762-780. <https://doi.org/10.1177/0013164417719308>
- Field, A. (2020). *Descobrimos a estatística usando o SPSS* (5a Edição, L. Viali, Trad.). Penso (Obra original publicada em 2017).
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2017). *Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV versão clínica* (F. S. Rodrigues, Trad.). Artmed Editora (2016).
- Hagman, B. T. (2017). Development and psychometric analysis of the Brief DSM–5 Alcohol Use Disorder Diagnostic Assessment: Towards effective diagnosis in college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(7), 797–806. <https://doi.org/10.1037/adb0000320>

- Harrison, V., Kemp, R., Brace, N., & Snelgar, R. (2020). *SPSS for psychologists*. Bloomsbury Publishing.
https://www.google.com.br/books/edition/SPSS_for_Psychologists/wB5HEAAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&pg=PR2&printsec=frontcover
- Hauck-Filho, N., Valentini, F., & Primi, R. (2021). Por que escalas balanceadas controlam a aquiescência nos escores brutos? *Avaliação Psicológica*, 20(01).
<https://doi.org/10.15689/ap.2021.2001.ed>
- Hogan, T. P. (2006). *Introdução à prática de testes psicológicos* (L. A. F. Pontes, Trad.). LTC (2003).
- Jorge, M. R., & Masur, J. (1985). The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients. *British Journal of Addiction*, 80(3), 301-305.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1985.tb02543.x>
- Källmén, H., Elgán, T. H., Wennberg, P., & Berman, A. H. (2019). Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in relation to Alcohol Use Disorder (AUD) severity levels according to the brief DSM-5 AUD diagnostic assessment screener. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 397-400. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1642382>
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Sanches, M., Zaleski, M., & Caetano, R. (2010). Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(3), 231-241.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000012>
- Laros, J. A. (2012). O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (147-170). Vozes.
- Laros, J. A., Peres, A. J. D. S., Andrade, J. M. D., & Passos, M. F. D. (2018). Validity evidence of two short scales measuring the big five personality factors. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(32).
<https://doi.org/10.1186/s41155-018-0111-2>
- Li, C. H. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 21(3), 369-387.
<http://dx.doi.org/10.1037/met0000093>

- Loose, T., Acier, D., & El-Baalbaki, G. (2018). Drinking motives as mediators between personality traits and alcohol use among young French people. *Personality and Individual Differences, 134*, 268-274. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.036>
- Loose, T., Robiou Du Pont, L., Acier, D., & El-Baalbaki, G. (2019). Time perspectives mediate the relationship between personality traits and alcohol consumption. *Time & Society, 28*(3), 1148-1166. <https://doi.org/10.1177/0961463X18758515>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods, 38*(1), 88-91. <https://doi.org/10.3758/bf03192753>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019). Robust Promin: A method for diagonally weighted factor rotation. *Liberabit, 25*(1), 99-106. <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08>
- Lui, P. P., Chmielewski, M., Trujillo, M., Morris, J., & Pigott, T. D. (2022). Linking big five personality domains and facets to alcohol (mis) use: A systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism, 57*(1), 58-73. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agab030>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E., & Schutte, N. S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Drug Education, 37*(3), 277-294. <https://doi.org/10.2190%2FDE.37.3.d>
- McMurrin, M. A. R. Y., & Hollin, C. R. (1989). The Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders. *British Journal of Addiction, 84*(3), 315-318. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03465.x>
- Meneses-Gaya, C. D., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience, 2*(1), 83-97. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2009.1.12>
- Natividade, J. C., Aguirre, A. R., Bizarro, L., & Hutz, C. S. (2012). Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública, 28*, 1091-1100. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600008>

- Passos, M. F. D. (2014). *Elaboração e validação de escala de diferencial semântico para avaliação de personalidade* [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório institucional da Universidade de Brasília. <http://dx.doi.org/10.26512/2014.11.T.17993>
- Passos, M. F. D., & Laros, J. A. (2015). Construção de uma escala reduzida de cinco grandes fatores de personalidade. *Avaliação Psicológica*, 14(1), 115-123.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v14n1/v14n1a14.pdf>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications.
- Pereira, C. A., Campos, G. M., Bordin, S., & Figlie, N. B. (2010). Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (537-558). Roca.
- Pereira, M. O., Anginoni, B. M., Ferreira, N. D. C., Oliveira, M. A. F. D., Vargas, D. D., & Colvero, L. D. A. (2013). Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 420-428.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300018>
- Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). Associations between marital status and alcohol consumption in a longitudinal study of female twins. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 589-604.
<https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.589>
- Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78(1), 89-95. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02484.x>
- Roche, A. M., Parle, M. D., Stubbs, J. M., Hall, W., & Saunders, J. B. (1995). Management and treatment efficacy of drug and alcohol problems: What do doctors believe? *Addiction*, 90(10), 1357-1366. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1995.tb03553.x>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em psicologia*. AMGH.

- Strack, P. E. B., & Laros, J. A. (2022). *Adaptação e evidências preliminares de fidedignidade do DSM-5 AUD-BR* [manuscrito não publicado]. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília.
- Tellegen, P. J. & Laros, J. A. (2004). Cultural bias in the SON-R test: Comparative study of Brazilian and Dutch children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 103-111. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200002>
- Ten Berge, J. M. F. & Zegers, F. E. (1978). A serie of lower bounds to the reliability. *Psychometrika*, 43(4), 575-579. <https://doi.org/10.1007/BF02293815>
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10694-000>
- Thompson, B. (2006). *Foundations of behavioral statistics: An insight-based approach*. Guilford Press.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Artmed.
- Van Oers, J. A., Bongers, I. M., Van de Goor, L. A., & Garretsen, H. F. (1999). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 34(1), 78-88. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.1.78>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2013). Personality disorders and the five-factor model of personality: Rationale for the third edition. In T. A. Widiger & P. T. Costa (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3-11). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13939-001>
- Wilk, A. I., Jensen, N. M., & Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12(5), 274-283. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.012005274.x>

Discussão Geral

O objetivo geral desta pesquisa foi descrever o processo de adaptação transcultural da escala *Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Assessment* (DSM-5 AUD) para o português brasileiro e obter evidências de validade e estimativas de fidedignidade dos escores derivados da escala. A carência de um instrumento breve na área de dependência química para uso no Brasil, que seja baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5, motivou o desenvolvimento do DSM-5 AUD-BR.

Apesar de os resultados desses dois estudos indicarem fontes de evidências de validade e fidedignidade, mais pesquisas são necessárias para fortalecer a identidade psicométrica desse instrumento. Enfatiza-se que a variabilidade da amostra entre os estudos dos manuscritos 1 ($N = 40$) e 2 ($N = 192$) parece ter afetado o índice dos coeficientes de fidedignidade do DSM-5 AUD-BR, que aumentou de 0,85 para 0,95.

Além disso, observa-se que a escala do DSM-5 AUD-BR é de autorrelato e se refere a um construto específico, que envolve o transtorno por uso de álcool, podendo a percepção do respondente ser afetada por distorções cognitivas relacionadas à memória e à atenção. Portanto, como estratégia para reduzir o quantitativo de falsos positivos, é desejável que novos estudos de validade correlacionem o DSM-5 AUD-BR com entrevistas clínicas semiestruturadas, conduzidas por clínicos ou profissionais experientes atuantes na área de saúde mental (Baggio & Iglesias, 2020).

Estima-se que a presente pesquisa possa ter fomentado caminhos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do DSM-5 AUD-BR, assim como a adaptação e construção de novos instrumentos voltados para a área da dependência química, haja vista a escassez de ferramentas psicométricas que mensurem esses construtos para o contexto brasileiro.

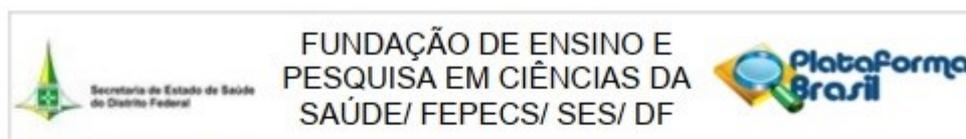
Ressalta-se, por fim, a importância da prevenção como fator de redução de problemas relacionados ao uso de álcool. Os órgãos governamentais podem desempenhar papéis importantes na elaboração de políticas públicas voltadas ao tema, a fim de tentar minimizar a interferência dos fatores de risco e fazer com que o envolvimento do indivíduo com o uso indevido de álcool seja o menos provável possível (Pereira et al., 2010).

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Baggio, S., & Iglesias, K. (2020). Commentary on Campbell & Strickland (2019): Caution is needed when using self-reported alcohol use disorder screening tools. *Addictive Behaviors, 100*, 106115. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106115>
- Bastos, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L. D., De Boni, R. B., Reis, N. B. D., & Coutinho, C. F. D. S. (2017). *III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. FIOCRUZ. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
- Faccio, G., & Ferreira, V. R. T. (2017). Instrumentos psicológicos utilizados para avaliação do comportamento de uso abusivo de substâncias. *Revista Psicologia em Foco, 9*(14), 17-25. <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/2232>
- Governo do Distrito Federal (2018). *Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas por servidores estatutários do Governo do Distrito Federal*. Secretaria de Economia do Distrito Federal. Diretoria de epidemiologia em saúde do servidor. Processo SEI nº 00040-00013901/2019-31
- Pereira, C. A., Campos, G. M., Bordin, S., & Figlie, N. B. (2010). Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (537-558). Roca.
- Silva, C. J., Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010). Álcool. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (31-52). Roca.
- World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1151838/retrieve>

Anexos

Anexo I. Parecer Consubstanciado do CEP (FEPECS)



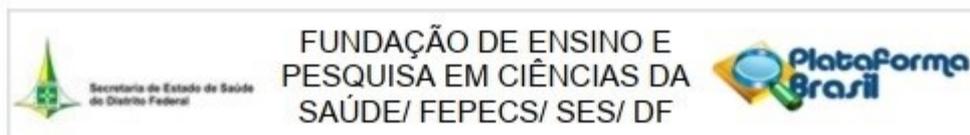
Continuação do Parecer: 5.419.271

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919449.pdf	04/05/2022 13:15:27		Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias_FEPECS.pdf	04/05/2022 13:10:59	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_Pesquisa.pdf	04/05/2022 13:10:09	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_atualizada.pdf	04/05/2022 13:09:47	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	6_FEPECS_TCLE.pdf	09/04/2022 21:59:20	PAULO EDUARDO BARCELOS STRACK	Aceito
Outros	5_FEPECS_TERMO_DE_CONCORDANCIA.pdf	09/04/2022 21:59:00	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	4_FEPECS_CURRICULO_DO_PESQUISADOR.pdf	09/04/2022 21:58:11	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	3_FEPECS_CURRICULO_DO_ORIENTADOR.pdf	09/04/2022 21:57:50	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	2_FEPECS_TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	09/04/2022 21:56:40	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	1_FEPECS_CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	09/04/2022 21:56:06	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	23/02/2022 22:46:21	PAULO EDUARDO BARCELOS STRACK	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_FEPECS.pdf	04/02/2022 20:54:23	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES.pdf	04/02/2022 20:52:18	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	04/02/2022 20:51:24	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	CARTA_DE_REVISAO_ETICA.pdf	04/02/2022 20:50:08	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Brochura.pdf	04/02/2022 20:49:02	PAULO EDUARDO BARCELOS STRACK	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.419.271

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 19 de Maio de 2022

Assinado por:

Maria Cristina de Paula Scandiuzzi
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Anexo II. Parecer Consubstanciado do CEP (UnB)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.460.146

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este projeto foi aprovado pelo CEP/CHS

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1932262_E1.pdf	17/04/2022 10:39:52		Aceito
Outros	EMENDA_SEJUS_Termo_de_Aceite.pdf	17/04/2022 10:13:33	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	EMENDA_SEJUS_TCLE.pdf	17/04/2022 10:13:14	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	EMENDA_SEJUS_Projeto_de_Pesquisa.pdf	17/04/2022 10:12:51	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	EMENDA_SEEC_Termo_de_Aceite.pdf	17/04/2022 10:12:20	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	EMENDA_SEEC_TCLE.pdf	17/04/2022 10:10:38	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	EMENDA_SEEC_Projeto_de_Pesquisa.pdf	17/04/2022 10:09:52	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_Aceite.pdf	23/02/2022 22:48:19	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	23/02/2022 22:46:21	PAULO EDUARDO BARCELOS STRACK	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_FEP ECS.pdf	04/02/2022 20:54:23	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_CEP_CHS.pdf	04/02/2022 20:53:25	PAULO EDUARDO BARCELOS STRACK	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/02/2022 20:52:35	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES.pdf	04/02/2022 20:52:18	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	04/02/2022 20:51:24	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Outros	CARTA_DE_REVISAO_ETICA.pdf	04/02/2022 20:50:08	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Brochura.pdf	04/02/2022 20:49:02	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.460.146

Investigador	Projeto_Brochura.pdf	04/02/2022 20:49:02	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/02/2022 20:48:31	PAULO EDUARDO BARCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 09 de Junho de 2022

Assinado por:

MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

Anexo III. Autorização do Autor para Adaptação do DSM-5 AUD

Re: Request Authorization for validation and adaptation to Portuguese of DSM-V AUD

Hagman, Brett (NIH/NIAAA) [E] <brett.hagman@nih.gov>

Seg, 25/01/2021 16:20

Para: Paulo Eduardo Barcelos Strack <paulo.strack@aluno.unb.br>

Hi Paulo:

Of course, you have permission to use it and validate it. The measure was designed for the public and researchers to do more work with it. If you try to validate it, I encourage you to test it and compare it to a more rigorous clinical interview/assessment (e.g., SCID). I hope you can publish an article from it. By all means, please move forward and good luck.

Best,

Brett

From: Paulo Eduardo Barcelos Strack <paulo.strack@aluno.unb.br>

Sent: Sunday, January 24, 2021 3:41 PM

To: Hagman, Brett (NIH/NIAAA) [E] <brett.hagman@nih.gov>

Cc: jacob arie laros <jalaros@unb.br>

Subject: Request Authorization for validation and adaptation to Portuguese of DSM-V AUD

Dear Dr. Hagman,

I am a master's student from University of Brasilia (Brazil) and a clinical psychologist. My mentor is Dr. Jacob Arie Laros (<https://orcid.org/0000-0001-8763-5401>) and we are working with measures in Psychology.

In this sense, I would like to ask your permission to translate to Portuguese language and validate the "Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Diagnostic Assessment (DSM-5 AUD)", for the Brazilian context.

I promise to respect the deontological rules, as well as to send the results of the dissertation, in case you are interested. I would be very happy in sending you a report of the study as soon as it is finish.

Thank you very much for your attention.

Best regards,

Paulo Eduardo Barcelos Strack

Registration: 20/0002571

Postgraduate Program in Social, Labor and Organizational Psychology

Institute of Psychology

University of Brasilia

<http://www.psto.com.br>

Anexo IV. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto “Adaptação e obtenção de evidências de validade do *Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder*”, sob a responsabilidade do pesquisador Paulo Eduardo Barcelos Strack, psicólogo clínico (CRP: 01/13269), especialista em avaliação psicológica e aluno de mestrado em psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). O nosso objetivo é disponibilizar para o Brasil um instrumento diagnóstico de uso público para avaliar o nível de gravidade de consumo de álcool. Esse instrumento de avaliação poderá ser de grande auxílio para assistentes sociais, médicos e psicólogos, entre outros profissionais que atuam na área de saúde mental.

Nós lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). O questionário dessa pesquisa não objetiva lhe avaliar, mas reunir informações para um trabalho acadêmico, em que sua experiência compartilhada será de grande valor para nós. Se aceitar participar, você estará contribuindo para a ciência e a prática psicológica, sobretudo quanto ao desenvolvimento de ferramentas de avaliação breve no Brasil, que forneçam informações diagnósticas confiáveis quanto à gravidade do uso de álcool, identificando pessoas que possam estar em situação de risco ou que necessitem de tratamento.

A sua participação será *on-line*, a fim de serem garantidas as condições plenas de segurança sanitária, relacionadas ao novo coronavírus. É para este procedimento que você está sendo convidado (a) a participar. A estimativa do tempo médio para responder ao questionário *on-line* será de 10 a 15 minutos, sendo que todos os itens deverão ser respondidos de forma individual. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos. Em caso de incômodo, poderá fazer contato com pesquisador responsável, que estará à disposição para lhe auxiliar e para solucionar eventuais desconfortos. Além disso, você pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados, por meio do trabalho final da dissertação de mestrado, no site do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PG-PSTO), da Universidade de Brasília (UnB) – Distrito Federal (<https://psto.com.br/>). Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Você não terá nenhum tipo de despesa e nem receberá nenhum apoio financeiro para participar desta pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre contato com o Prof. PhD. Jacob Arie Laros ou Paulo Eduardo Barcelos Strack, Universidade de Brasília (UnB), pelo *e-mail*: strack.paulo@gmail.com.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS) (CAAE: 56164822.6.3001.5553) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da UnB (CAAE: 56164822.6.0000.5540). Esses comitês são compostos por profissionais de diferentes áreas, cujas funções são defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS pelos *e-mails*: cep@fepecs.edu.br e comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017-1145, ramal 6878; e também ao CEP/CHS pelos contatos cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107-1592.

Pesquisadores responsáveis: Paulo Eduardo Barcelos Strack e Prof. PhD. Jacob Arie Laros
Laboratório de Métodos e Técnicas de Avaliação Psicológica - META. Instituto de Psicologia, ICC Sul, Sala A1-061, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília - UnB, CEP 70910-900, Brasília - DF - Brasil.

Declaro que li o texto acima, tenho 18 anos ou mais, e quero participar da pesquisa.