

Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool

Construct validation of the Scale of Attitudes toward Alcohol, Alcoholism and Individuals with Alcohol Use Disorders

DIVANE DE VARGAS¹

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido: 13/11/2013 – Aceito: 27/6/2014

DOI: 10.1590/0101-60830000000021

Resumo

Contexto: As atitudes diante das questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo têm sido apontadas como importantes preditores da quantidade e da qualidade do cuidado prestado às pessoas com problemas relacionados ao uso dessa substância. A Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool (EAFAAA) tem sido bastante utilizada entre estudantes da área da saúde. Entretanto, as propriedades psicométricas desse instrumento ainda não foram testadas entre profissionais. **Objetivo:** Realizar a validade de construto da EAFAAA para uso entre profissionais da saúde. **Métodos:** A versão preliminar da EAFAAA foi aplicada em uma amostra de profissionais de saúde (n = 1.025). Para validação de construto da escala, os dados foram submetidos à análise fatorial e a consistência interna foi examinada; o ponto de corte do instrumento foi determinado por meio da curva ROC. **Resultados:** A análise fatorial exploratória e o refinamento dos itens da EAFAAA resultaram em uma versão final composta por 50 itens divididos em quatro fatores: (1) O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool; (2) A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool; (3) O alcoolismo (etiologia); e (4) As bebidas alcoólicas e seu uso. A consistência interna da escala foi considerada adequada (α de Cronbach > ,80), e o ponto de corte do instrumento foi estabelecido em 3,15. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o instrumento é válido para identificação das atitudes quanto ao álcool, ao alcoolismo e às pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool, entre profissionais de saúde.

Vargas D / Rev Psiqu Clin. 2014;41(4):105-10

Palavras-chave: Atitudes do pessoal de saúde, álcool, alcoolismo, testes psicológicos.

Abstract

Background: The attitudes toward issues related to alcohol and alcoholism have been noted as important predictors of the quantity and quality of care provided to individuals who have problems related to alcohol use. The Scale of Attitudes toward Alcohol, Alcoholism and Alcoholics (EAFAAA) (*Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool* – EAFAAA) has been widely used among students in health-related fields. However, the psychometric properties of this instrument have not been tested among professionals. **Objective:** The goal of this study was to determine the construct validity of the EAFAAA for use among health professionals. **Methods:** A preliminary version of the EAFAAA was distributed to a sample of health care professionals (n = 1,025). For the construct validation of the scale, the data were subjected to a factorial analysis, and the internal consistency was examined; the cutoff score of the instrument was determined using a receiver operating characteristic (ROC) curve. **Results:** The exploratory factor analysis and the refinement of the EAFAAA items resulted in a final version consisting of 50 items divided into four factors: (1) Work and interpersonal relationships with patients with alcohol use disorders, (2) The individual with an alcohol use disorder, (3) Etiology of alcoholism and (4) Alcoholic beverages and their use. The internal consistency of the scale was considered adequate (Cronbach's α > 0.80), and the instrument cutoff score was set at 3.15. **Discussion:** The results suggest that the instrument is valid for identifying attitudes towards alcohol, alcoholism and individuals with alcohol use disorders among health professionals.

Vargas D / Rev Psiqu Clin. 2014;41(4):105-10

Keywords: Attitudes of health care professionals, alcohol, alcoholism, psychological tests.

Introdução

O consumo do álcool tem sido identificado como um dos maiores fatores de risco para carga de doenças e mortalidade prematura em todo o mundo, o que o leva a constituir um dos principais problemas de saúde pública da atualidade^{1,2}. Estima-se que seja o responsável direto pela morte de 2,5 milhões de pessoas anualmente¹. Levantamento sobre os padrões de consumo do álcool e problemas associados no Brasil² evidenciou que a prevalência dos transtornos relacionados ao consumo do álcool (abuso e dependência) foi de 19% entre os homens e de 4% entre as mulheres. Dados do *Global Status Report on Alcohol and Health* 2014³ apontam que a morbidade relacionada a esse consumo entre população brasileira em 2012 foi de 8,2% entre os homens e de 3,2% entre as mulheres. No mesmo relatório³, o consumo

do álcool aparece também como importante causa de mortalidade no país, principalmente entre a população mais jovem. Aliem-se a isso os custos aos cofres públicos estimados em mais de 4 bilhões de dólares anualmente⁴. Apesar da constatação da preponderante morbimortalidade atribuída ao álcool e aos problemas associados a ele no país, o Ministério da Saúde⁵ reconhece que, entre os principais impedimentos para o enfrentamento do problema, estão as atitudes e o pouco preparo dos trabalhadores de saúde, ainda que existam inúmeras variáveis capazes de influenciar na disponibilidade dos profissionais em intervir em situações relacionadas ao uso e abuso de álcool e ao alcoolismo, tais como conhecimento específico, treinamentos, políticas organizacionais e experiências prévias (positivas ou negativas). Num contexto mais ampliado, as atitudes exercem papel preponderante nas respostas dos profissionais de saúde em relação

a indivíduos com consumo problemático de álcool⁶ e influenciam significativamente na detecção, encaminhamento e tratamento de pessoas com problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo.

Entre outras, uma das medidas para enfrentar esse fenômeno consiste em identificar tais atitudes, e é necessária a disponibilização de instrumentos confiáveis para esse fim. A identificação das atitudes dos profissionais de saúde pode representar uma importante estratégia não só para o próprio reconhecimento delas, mas também para possibilitar, entre outros elementos, a avaliação de possíveis mudanças nas atitudes após intervenções educativas e desencadear discussões e reflexões que possibilitem ajudar os profissionais de saúde com *insights* sobre as próprias atitudes diante desse tipo de paciente, facilitando-se até mesmo a identificação de estratégias capazes de resultar em atitudes mais positivas. Além disso, instrumentos específicos para mensurar atitudes diante do uso do álcool e dos problemas a ele associados podem ser utilizados por profissionais em início de carreira ou ainda em formação, o que permite a identificação das atitudes e a proposição de medidas educacionais capazes de influenciar positivamente a postura dos futuros profissionais diante dessa população.

Embora explorados em outros países, no Brasil são escassos os estudos sobre as atitudes dos profissionais de saúde em relação ao uso do álcool e aos problemas a ele associados, e existem poucos instrumentos válidos e confiáveis para identificação das atitudes, de modo geral. Entre os instrumentos disponibilizados no mercado brasileiro^{7,8}, nenhum deles foi desenvolvido no país, e eles possuem várias limitações, entre elas: não estão disponíveis na literatura publicações referentes a propriedades psicométricas, mesmo no idioma de origem; alguns nunca foram publicados na íntegra^{7,8}; os processos metodológicos adotados para sua tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil são questionáveis.

Baseando-se nessas constatações, em 2005 foi desenvolvida a Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Acoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA), caracterizada como o primeiro instrumento desenvolvido no Brasil para esse fim; seu processo de construção e validação, bem como a descrição do construto por ela avaliado, podem ser encontrados em publicações anteriores^{9,10}. Foi elaborada para abranger os principais grupos de atitudes (fator moral, fator doença, fator etiológico, fator profissional e fator humano), e os estudos realizados sobre suas propriedades psicométricas têm sugerido bons índices de confiabilidade, com variação entre 0,86¹⁰ e 0,90⁹. Entretanto, apesar dos parâmetros psicométricos adequados, o instrumento em sua versão atual é extenso, sendo desejável outro com menor número de itens, capaz de reter as mesmas qualidades psicométricas das versões prévias. Além disso, os estudos realizados para testar as propriedades psicométricas da EAFAAA até o momento caracterizaram-se como preliminares^{9,10}, limitando-se aos resultados de sua aplicação em populações de estudantes, o que torna necessário verificar se a escala construída é válida também para uso em outras populações.

Objetivo

Realizar a validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Acoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA) em uma amostra de profissionais da saúde.

Material e método

Material

Amostra

A amostra do estudo constituiu-se de 1.380 profissionais da saúde; desses, 1.025 (74%) devolveram os instrumentos respondidos. Os

critérios de inclusão considerados foram: ser profissional da saúde (assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e farmacêutico); estar exercendo a função no momento da coleta e concordar em participar do estudo. A amostra constou, predominantemente, de indivíduos do sexo feminino (84%), solteiros (56%), enfermeiros (53%), com média de idade de 35,4 anos (DP = 10,7), com tempo de profissão entre 5 e 10 anos, formados em escolas/faculdades privadas (51%). Do total de respondentes, 50% informaram ter feito curso de pós-graduação; desses, a maioria absoluta (90%) informou ter especialização.

Instrumentos

A Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Acoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA) é uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = indiferente; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente). Sua versão preliminar¹⁰ é composta de 83 itens, divididos em cinco fatores: Fator 1: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool: o trabalho e as relações interpessoais; Fator 2: Etiologia; Fator 3: Doença; Fator 4: As repercussões decorrentes do uso/abuso do álcool; Fator 5: As bebidas alcoólicas. Estudos realizados com a aplicação dessa escala têm demonstrado índices de confiabilidade satisfatórios^{9,10}. Para acessar as informações demográficas dos participantes, aplicou-se, juntamente com a EAFAAA, um questionário composto por seis questões, relacionadas a gênero, idade, estado civil, profissão, local de formação, tempo de profissão e experiência profissional com pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, em serviços de saúde, tais como hospitais, centros de atenção psicossocial, unidades básicas de saúde e eventos científicos da área de saúde, o que garantiu o recrutamento de uma amostra heterogênea para o estudo. Para coleta dos dados, foram adotados dois procedimentos, de acordo com cada campo de coleta. Nos casos em que os dados foram coletados em instituições de saúde, realizou-se convite pessoal aos profissionais, os quais eram abordados em seus locais de trabalho por entrevistadores previamente treinados; nesse momento os profissionais recebiam também informações referentes ao objetivo do estudo, bem como sobre a voluntariedade e anonimato da participação. Aqueles que aceitavam participar recebiam um envelope lacrado, que continha os instrumentos da pesquisa, e eram orientados a não identificar o material. Para esses sujeitos, estabeleceu-se um prazo de 48 horas para devolução do instrumento preenchido. No caso da coleta de dados em eventos científicos, após contato com a comissão organizadora, os envelopes – que continham os instrumentos e uma página adicional com as informações sobre o estudo e instruções sobre o preenchimento e devolução dos questionários – eram disponibilizados no material dos participantes, os quais também eram orientados a não identificar suas respostas. Para coletar a resposta desses sujeitos, um entrevistador permanecia no evento, em local identificado, previamente orientado para receber os questionários.

Aspectos éticos da pesquisa

Os cuidados éticos deste estudo foram a aprovação: dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob os protocolos nºs 709/2008 e 737/2008; da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, protocolo nº 150/08; e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, protocolo nº 946/09. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Método

Considerando-se o modelo teórico que fundamentou a construção da EAFAAA¹¹, a validade de construto do instrumento foi testada pelo

* Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.

modelo de análise da representação comportamental do construto, o qual possibilita demonstrar a adequação da sua representação pelos testes estatísticos de análise fatorial e análise de consistência interna.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, construiu-se um banco de dados no SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) v. 18.0, em que foram realizadas todas as análises estatísticas.

Procedimentos

Para verificar se os dados atendiam aos critérios para aplicação da Análise Fatorial (AF) e se os itens da EAFAAA estavam correlacionados, foram utilizados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin e o de esfericidade de Bartlett. Na sequência, a versão preliminar da EAFAAA, composta por 83 itens, foi submetida à Análise Fatorial Exploratória (AFE), com extração por eixos principais e rotação Oblimin; esta última, determinada por esperar que os fatores extraídos apresentassem correlação entre si. Com vistas a manter a mesma composição fatorial da escala inicial, impôs-se previamente a configuração de cinco e quatro fatores, mantendo-se no modelo itens com carga fatorial $\geq 0,4$. Os dados remanescentes dessa análise foram submetidos à rotação Oblimin; foram analisados os itens que depois desse processo continuaram apresentando carga fatorial em mais de um fator, levando-se em consideração sua posição no mapa conceitual que definia o construto, e excluídos quando não acarretavam alterações significativas nesse aspecto. A confiabilidade da EAFAAA foi testada por meio da análise do coeficiente de consistência interna, excluindo-se itens que não se associavam à redução do α de Cronbach. Posteriormente, verificou-se individualmente o índice de confiabilidade de cada um dos quatro fatores, utilizando-se o mesmo teste. Sob a hipótese de que, apesar de distintos, os fatores da EAFAAA não são independentes, foram examinados os coeficientes de correlação entre os fatores entre si, e desses com o instrumento na íntegra; o mesmo processo foi realizado com os itens que compõem a versão final da escala; em ambos os casos, utilizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Para seleção dos pontos de corte da EAFAAA, foi adotada análise com base na técnica das curvas ROC (*receiver operating characteristic*). A curva ROC foi gerada pela plotagem da sensibilidade no eixo y em função de [1 - especificidade] no eixo "x". A sensibilidade refere-se à porcentagem dos indivíduos que apresentaram o desfecho (no caso do presente estudo, a atitude positiva) e que foram corretamente diagnosticados pelo indicador (isto é, verdadeiro-positivo), enquanto a especificidade descreve a porcentagem dos indivíduos que não apresentaram o desfecho e foram corretamente diagnosticados pelo indicador (isto é, verdadeiro-negativo). O ponto de corte foi definido como aquele que maximizava o índice de Youden.

Resultados

A matriz correlacional foi considerada adequada para a realização da AFE, observando-se um coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (0,937) e significância no teste de esfericidade de Bartlett ($p < .0001$). Observou-se que o modelo constituído por quatro fatores foi a melhor solução para a versão final da escala. Esse modelo, composto pelos 83 itens, foi submetido a um processo de refinamento em que foram excluídos 21 itens que compunham a versão preliminar do instrumento¹⁰ (I₀₃, I₀₆, I₀₇, I₁₀, I₅₉, I₇₄, I₉₃, I₁₂₂, I₁₃₅, I₁₃₇, I₁₀₉, I₁₄₆, I₁₄₈, I₁₄₉, I₁₅₀, I₁₅₃, I₁₅₄, I₁₅₉, I₁₆₂, I₁₆₃ e I₁₆₅), os quais, ao término da AFE, apresentaram carga fatorial $< 0,4$. Ainda no processo de refinamento, outros 10 itens da versão preliminar¹⁰ (I₉₅, I₉₆, I₁₁₆, I₁₂₃, I₁₂₅, I₁₂₉, I₁₃₆, I₁₃₉, I₁₄₀, I₁₄₁) foram excluídos, por manterem carga fatorial em mais de um fator, mesmo após a rotação dos dados. Finalizando o processo de refinamento do teste, examinou-se o coeficiente de confiabilidade medido pelo α de Cronbach se cada um dos itens remanescentes fosse deletado, o que resultou na exclusão de outros dois itens (I₁₈, I₂₃)¹⁰, os quais se associavam à redução do α de Cronbach. Ao término do processo,

haviam sido excluídos 33 itens. O resultado dessa análise foi uma escala constituída por 50 itens, divididos em quatro fatores: Fator 1: O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool; Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool; Fator 3: O alcoolismo (etiologia); Fator 4 – As bebidas alcoólicas e seu uso (Tabela 1).

As análises subsequentes foram realizadas na versão final, constituída por 50 itens. Essa versão explicou 53,7% da variância total dos dados, sendo 31,7% do total da variância explicada no primeiro fator: *O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool*; 9,2% no Fator 2: *A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool*; 6,9% no Fator 3: *O Alcoolismo (etiologia)* e 5,8% no Fator 4: *As bebidas alcoólicas e seu uso*. A análise de confiabilidade da versão final da EAFAAA testada pelo α de Cronbach mostrou índices suficientes de consistência interna (Tabela 2). O valor de α calculado para a escala na íntegra foi $\alpha = 0,89$, e, entre os fatores, quando analisados individualmente, os coeficientes variaram entre $\alpha = 0,87$ no Fator 2 e $\alpha = 0,66$ no Fator 4 (Tabela 2). A hipótese de que os fatores da escala não são independentes foi confirmada, verificando-se a existência de correlação entre eles e entre esses e a versão integral da escala (Tabela 2). O mesmo foi observado quando se analisaram os coeficientes de correlação de cada um dos itens com o instrumento, observando-se correlações que variaram entre $r = 0,13$ (item 33 – *As pessoas que desenvolvem o alcoolismo têm baixa autoestima*) e $r = 0,70$ (item 7 *Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal educadas*). Em todos os casos, as correlações foram estatisticamente significantes ($p = 0,01$) (Tabela 2).

Baseadas na recomposição dos fatores da EAFAAA, as definições operacionais deles foram revistas e comparadas com as definições operacionais das versões anteriores^{9,10}, o que exigiu alguns ajustes, já que houve redução de fatores de cinco da versão anterior¹⁰ para quatro na versão atual. As definições operacionais dessa versão são assim caracterizadas:

- **Fator 1: O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool** – Agrega itens relacionados a percepção, opiniões, sentimentos e atitudes relativas ao prestar cuidado de saúde a pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool (F₁₀₁, F₁₀₅, F₁₀₉, F₁₁₃, F₁₂₁, F₁₂₅, F₁₃₇, F₁₄₁, F₁₄₆, F₁₅₀), ao relacionar-se com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool (F₁₂₉, F₁₄₂, F₁₄₄), a habilidade/preparo para trabalhar com pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool (F₁₄₉), bem como sua percepção sobre sua legitimidade profissional para trabalhar com essas questões (F₁₁₇, F₁₄₈) (Tabela 1).
- **Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool** – Abrange itens referentes às concepções, percepções, opiniões e atitudes relativas ao paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool; seus itens expressam concepções sobre as características pessoais dessa clientela (F₂₀₂, F₂₀₆, F₂₁₀, F₂₁₄, F₂₁₈, F₂₂₂, F₂₃₀, F₂₄₅, F₂₄₇) e as expectativas que o respondente tem quanto ao trabalho com esse paciente (F₂₂₆, F₂₃₃, F₂₃₄, F₂₃₈) (Tabela 1).
- **Fator 3: O alcoolismo (etiologia)** – Esse fator agrupa itens relativos às percepções sobre as motivações/causas para o uso do álcool e para o alcoolismo; baseia-se na explicação biopsicossocial para os transtornos relacionados ao uso de álcool e abrange itens relativos a fatores psíquicos (F₃₀₇, F₃₁₁, F₃₂₇, F₃₃₁, F₃₃₅, F₃₄₃), sociais (F₃₀₃, F₃₁₉, F₃₃₉), biológicos (F₃₂₃) e também morais (F₃₁₅), os quais são atribuídos como causa do uso do álcool e dos transtornos relacionados (Tabela 1).
- **Fator 4: As bebidas alcoólicas e seu uso** – Reúne itens que se referem às opiniões e atitudes relativas à bebida alcoólica (F₄₀₈, F₄₁₂, F₄₁₆, F₄₃₂), seu uso (F₄₂₀, F₄₂₄, F₄₂₈, F₄₃₆) e o direito das pessoas de beber (F₄₀₄, F₄₄₀) (Tabela 1).

A análise para seleção do ponto de corte da EAFAAA, adotada com base na técnica das curvas ROC, apontou como ponto de corte ótimo o escore 3,15, com sensibilidade de 80% e especificidade de 68%.

Tabela 1. Variância total explicada, número de itens e cargas fatoriais dos itens que compõem o Fator 1: O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool; Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool; Fator 3: Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo (etiologia) e Fator 4 – As bebidas alcoólicas e seu uso (São Paulo, SP, 2014)

		F1	F2	F3	F4
01	Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes	,547			
05	Eu tenho medo da agressividade de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	,548			
09	Sinto-me frustrado quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	,407			
13	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho	,602			
17	Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde	,573			
21	Mesmo quando não intoxicado, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é desrespeitoso com os membros da equipe	,532			
25	Sinto raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	,621			
29	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool nunca aceitam o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida	,537			
37	Abordar o problema do álcool com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool significa menos tempo para os demais pacientes	,738			
41	Eu prefiro trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool a trabalhar com outros pacientes	,460			
42	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é uma pessoa difícil de relacionar-se	,553			
44	Eu considero difícil estabelecer um relacionamento terapêutico com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	,767			
46	É preciso tomar cuidado para não ser agredido ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	,521			
48	Quando o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool não aceita que tem problemas relacionados ao uso do álcool, a melhor decisão é desistir de ajudar	,563			
49	Quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, não sei como conduzir a situação	,496			
50	Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não é gratificante para mim	,551			
	Número de itens 16				
	Varição explicada 31,7%				
02	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso		,604		
06	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal-educadas		,625		
10	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são irresponsáveis		,572		
14	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim		,531		
18	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas		,549		
22	Eu percebo que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não querem se cuidar		,607		
26	Não confio nas informações que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam		,578		
30	Penso que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde		,511		
33	Considero o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool como um caso perdido		,681		
34	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema		,537		
38	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é o mais difícil de lidar		,466		
45	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool são pacientes que cooperam com seu tratamento		,565		
47	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não levam o tratamento a sério		,522		
	Número de itens 13				
	Varição explicada 9,2%				
03	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo			,535	
07	Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo			,617	
11	Penso que a depressão leva ao alcoolismo			,474	
15	O que falta na pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é força de vontade			,450	
19	As questões sociais levam o indivíduo a beber			,402	
23	Predisposições hereditárias levam ao alcoolismo			,440	
27	Pessoas insatisfeitas abusam do álcool			,502	
31	As pessoas que desenvolvem o alcoolismo têm baixa autoestima			,515	
35	As pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas			,514	
39	As pessoas bebem para se sentir mais sociáveis			,454	
43	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool bebe porque não consegue enfrentar a sua realidade			,554	
	Número de itens 11				
	Varição explicada 6,9%				
04	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem				,415
08	A bebida alcoólica é agradável e proporciona bem-estar ao usuário				,646
12	O uso da bebida alcoólica é algo normal				,669
16	A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente				,483
20	Beber com moderação não é prejudicial				,521
24	Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento				,600
28	Eu sou favorável ao beber moderado				,568
32	Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência				,581
36	O uso do álcool em quantidades reduzidas é benéfico				,620
40	As pessoas podem beber desde que saibam se controlar				,573
	Número de itens 10				
	Varição explicada 5,8%				

Tabela 2. Estatística descritiva, índices de consistência interna e coeficientes de correlação entre fatores e itens da EAFAAA (50 itens)

Fator	Itens	Média	DP	Cargas fatoriais		α	Correlação entre os itens		Correlação entre os fatores e com a escala total				
				Min	Max		Min	Max	1	2	3	4	EAF
1	16	2,58	0,65	0,40	0,76	0,86	r = ,17*	r = ,58*	1,00	r = ,65**	r = ,06*	r = ,04 ^{NS}	r = ,79**
2	13	2,55	0,79	0,46	0,62	0,87	r = ,20*	r = ,59*		1,00	r = ,29 ^{NS}	r = ,02 ^{NS}	r = ,85**
3	11	3,34	0,64	0,40	0,62	0,75	r = ,18*	r = ,65*			1,00	r = ,08*	r = ,30**
4	10	3,00	0,51	0,42	0,67	0,66	r = ,13*	r = ,49*				1,00	r = ,28**
Total	50	2,82	0,42	0,40	0,76	0,89	r = ,13*	r = ,70*					1,00

* Correlação significante $p < 0,01$; ** Correlação significante $p < 0,001$; NS: não significante.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo realizar a validação de construto da EAFAAA entre uma amostra de profissionais de saúde, e os resultados indicaram que a escala mensura quatro fatores: Fator 1: O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool; Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool; Fator 3: O alcoolismo (etiologia); Fator 4: As bebidas alcoólicas e seu uso. Esse resultado é consistente e reforça os estudos anteriores^{9,10} sobre a composição fatorial da escala. Uma mudança realizada na versão atual foi a substituição do termo “alcoologista” por “pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool”; essa mudança foi estabelecida por se considerar que no contexto atual essa denominação é o termo mais apropriado, em consonância com a definição encontrada na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹² sobre os problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo, a que se refere como “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool”. Outra mudança sugerida para a versão final da escala foi a supressão da repetição da letra (A) de seu acrônimo, passando a ser identificada como EAFAAA (Escala de Atitudes Frente ao Alcool e ao Alcoolismo e a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool), sendo as palavras “Álcool” e “Alcoolismo” da nomenclatura representadas pelas duas letras (A) do acrônimo. Essa mudança, entre outras, além de diminuir o número de letras do acrônimo, facilitará seu reconhecimento na literatura nacional e internacional.

Como resultado da AFE, evidenciou-se que a maioria dos itens carregou nos mesmos fatores predeterminados nas análises anteriores^{9,10}. Entretanto, diversas modificações foram requeridas para melhorar a estrutura fatorial do instrumento, as quais incluíram a exclusão de 33 itens da versão inicial da escala¹⁰, incluída a eliminação do fator 4 da versão preliminar (Repercussões decorrentes do uso/abuso do álcool).

O rearranjo dos itens pela AFE, apesar de ter resultado na realocação de alguns deles, assim como dos fatores da escala, pouco influenciou na definição operacional dos fatores, mantendo-se as características iniciais do instrumento. Assim, os itens da EAFAAA possibilitam mensurar as atitudes em relação ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com problemas relacionados ao uso do álcool, em várias de suas dimensões. Além disso, a escala final (50 itens) apresentou validade estrutural adequada, demonstrando tratar-se de um instrumento unidimensional, já que explicou mais de 50% da variância total dos dados¹³⁻¹⁶ e concentrou 31,7% da variância no primeiro fator¹⁷. A análise da sensibilidade e da especificidade da EAFAAA mostrou que essa escala apresenta 80% ($p < ,000$) de probabilidade de identificar indivíduos que pontuem acima de 3,15 na escala e que realmente têm atitude positiva quanto ao álcool, ao alcoolismo e às pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool.

Embora a maioria dos itens da EAFAAA tenha carregado nos mesmos fatores da versão inicial, os resultados evidenciaram alteração na ordem desses últimos, bem como na composição deles; o Fator 1 manteve sua característica principal e agrega itens relacionados ao trabalho (cuidado em saúde) e o relacionar-se com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. Entretanto, observou-se que 12 itens que estavam alocados nesse fator na versão preliminar¹⁰ (itens 02, 07, 12, 16, 20, 24, 36, 40, 44, 47, 49, 51) foram realocados

após a realização da AFE e na versão atual passaram a compor o Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool. Outra mudança significativa resultante dessa análise foi o agrupamento entre itens oriundos dos fatores 2 (9 itens – 03, 07, 11, 15, 19, 23, 27, 39, 43) e 3 (2 itens – 31 e 35), denominados na versão inicial, respectivamente, fator etiologia e fator doença, cujos itens agrupados originaram o Fator 3 da versão final: O alcoolismo (etiologia). Finalizando, com a eliminação do Fator 4 da versão preliminar, o Fator 5 – As bebidas alcoólicas –, confirmou-se nessa versão como o quarto da escala, denominado: As bebidas alcoólicas e seu uso. Comparando-se a configuração final desse fator no que refere a seus itens, observou-se que ele foi o que menos mudanças sofreu; dos 12 itens originais, somente dois não compõem a versão final da escala: “Penso que beber uma dose de uísque é considerado beber social” e “O álcool relaxa as tensões do dia a dia”.

Apesar de a maioria dos especialistas^{11,16-19} postular que os itens estão adequados à suposição de unidimensionalidade de um instrumento, caso eles apresentem no mínimo uma carga fatorial de 0,3 com o fator proposto, estabeleceu-se um ponto de corte para a permanência na escala de $\geq 0,4$. Com a eliminação dos itens com carga inferior a esse valor, as cargas fatoriais observadas variaram entre 0,40 e 0,76, sugerindo-se que os itens mantidos na versão final da EAFAAA são bons representantes do construto mensurado, demonstrando correlação adequada com suas subescalas e a escala total.

Conforme se supunha, com base no estudo correlacional da versão final da escala, constatou-se que as quatro medidas apresentam correlação entre si, evidenciando a dimensão atitudinal do modelo^{11,16-19}. Esse resultado sugere a possibilidade de se utilizarem separadamente as subescalas do instrumento, bem como as quatro subescalas combinadas. Indica ainda que, apesar de os fatores da EAFAAA poderem mensurar distintas atitudes que compõem o construto, eles podem compartilhar em alguma proporção, relação ou oposição uma com a outra. Pode ser esperado, por exemplo, que um aumento nos escores médios na subescala 1 – “O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool” – corresponda a um aumento nos escores médios na subescala 2, que mensura as atitudes diante da pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, o que sugere a validade preditiva da EAFAAA. Entretanto, esse aspecto deve ser investigado em estudos futuros, já que este estudo se limita a descrever o processo de validade de construto do instrumento. Aliado à correlação observada entre os fatores da escala, observou-se também alguma correlação entre os itens e os fatores e destes com a versão da escala na íntegra, o que indica que os itens estão associados com o instrumento.

Quanto à confiabilidade da escala, observou-se que os valores encontrados são classificados como bons e adequados, tanto para a escala em sua íntegra quanto para cada um dos quatro fatores²⁰. Entretanto, a confiabilidade do Fator 4, ainda que tenha apresentado um índice de consistência interna aceitável ($\alpha = 0,66$), merece alguns comentários, já que tem sido esse o fator que tem apresentado os menores coeficientes de consistência interna também nos estudos prévios^{9,10}. Aliado a isso, neste estudo verificou-se que o Fator 4 é também o que apresentou o menor índice de correlação com a escala em sua íntegra.

Especula-se que esse fator, ainda que correlacionado com a EAFAAA no seu conjunto, pode estar mensurando um construto

independente, a saber, as atitudes quanto ao álcool; é possível ainda que essa subescala ofereça melhor desempenho quando analisada isoladamente como um instrumento específico. Esse resultado sugere que o Fator 4 deve ser testado novamente em estudos adicionais que possam respaldar a decisão sobre a criação de uma nova escala e a exclusão desse fator da EAFAAA.

A EAFAAA se caracteriza como uma escala positivamente orientada, ou seja, a maioria dos seus itens (64%) mede atitudes negativas quanto ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool⁹, o que significa dizer que, quanto maior for o desacordo do respondente em relação a esses itens, mais positivas serão suas atitudes. Entretanto, como era de esperar, a redução dos itens, de forma geral, resultou também na redução de aproximadamente 15% dos itens negativos da escala quando comparados aos 75% da primeira versão⁹ e 72% da segunda¹⁰. Na versão atual, 18 itens medem atitudes positivas e 32 medem atitudes negativas, o que significa dizer que – com exceção dos itens F1₁₇, F1₄₁, F3₀₃, F3₀₇, F3₁₁, F3₁₅, F3₁₉, F3₂₃, F3₂₇, F3₃₁, F3₃₉, F4₀₄, F4₀₈, F4₁₂, F4₁₆, F4₂₀, F4₂₈, F4₃₆ (itens que medem atitudes positivas) – as respostas a todos os demais devem ser calculadas com valores invertidos, e os escores devem ser assim computados: 1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1. Uma possibilidade para minimizar essa característica da EAFAAA é a mudança de alguns itens com posição desfavorável ao objeto (atitude negativa) para posições favoráveis (atitude positiva), pois um indivíduo que discordar, por exemplo, do item 50 “Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não é gratificante para mim” (atitude negativa) receberá o mesmo escore ao concordar com o item “Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool é gratificante para mim” (atitude positiva).

O estudo apresentado traz contribuições que podem acrescentar significativamente no campo da dependência química; a disponibilização de um instrumento confiável construído no país capaz de mensurar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde com demonstrada fidedignidade pode contribuir para a produção do conhecimento sobre essa questão no Brasil. O presente estudo traz também avanços importantes no que se refere ao instrumento testado, entre eles a qualidade da amostra, que – além de apresentar um bom poder para análise devido ao seu tamanho – foi recrutada em diversos serviços de saúde e é composta por profissionais de diferentes áreas de atuação, o que aumenta a possibilidade de extrapolar a utilização da escala para outras populações além daquelas em que até então vinha sendo utilizada com maior segurança.

Outro avanço obtido no estudo foi a redução do número de itens com a retenção das qualidades psicométricas do instrumento, o que constituía um dos propósitos desta pesquisa. Além disso, a EAFAAA detém algumas vantagens em relação aos instrumentos já existentes e disponibilizados para uso, entre elas permite mensurar as atitudes quanto ao relacionamento profissional com pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool, dimensão que não está contemplada em nenhum dos instrumentos disponíveis e foi construída em língua portuguesa, devendo ser a mais considerada para utilização nos estudos que envolvem populações brasileiras. Alie-se a isso que estudos de adaptação cultural, tradução e validação da EAFAAA para os idiomas inglês e espanhol vêm sendo conduzidos, o que possibilitará sua disponibilidade também para uso entre falantes desses idiomas.

Limitações

Ainda que este estudo ofereça respaldo adicional para a estrutura fatorial e confiabilidade da EAFAAA, sugerindo que a escala possui habilidades para reter propriedades psicométricas adequadas para mensurar atitudes quanto ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool em diferentes populações, ele deve ser considerado no âmbito de limitações, entre elas, o fato de a amostra ter sido recrutada na região metropolitana de São Paulo e ser constituída majoritariamente por mulheres e enfermeiros; pesquisas adicionais com amostras oriundas de outras localidades

do país e mais balanceadas quanto a gênero e categoria profissional devem ser realizadas a fim de possibilitar o aumento na validade externa dos resultados aqui encontrados.

Conclusão

Analisados em conjunto, os resultados sugerem que a EAFAAA mostrou propriedades psicométricas robustas e que, portanto, é um instrumento válido e promissor para identificação das atitudes de profissionais de saúde quanto ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool.

Agradecimento

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp (Processo nº 09/02882-5), pelo apoio financeiro concedido a este projeto.

Referências

1. World Health Organization. Global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
2. Caetano R, Madrugá C, Pinsky I, Laranjeira R. Drinking patterns and associated problems in Brazil. *Adicciones*. 2013;25(4):287-93.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
4. Gallassi AD, Alvarenga P, Andrade AG, Couttolenc BF. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Rev Psiq Clín*. 2008;35:25-30.
5. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2004.
6. National Centre for Education and Training on Addiction, Health Professionals' Attitudes Towards Licit and Illicit Drug Users: A Training Resource. Adelaide, South Australia; 2006.
7. Seaman J, Mannello T. Nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism – the Seaman-Mannello scale. Arlington, VA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1978.
8. Tolor A, Tamerin JS. The attitudes instrument: a measure of attitudes towards alcoholics and the nature and causes of alcoholism. *Br J Addict Alcohol Other Drugs*. 1975;70(3):223-31.
9. Vargas D, Luís MA. Construção e validação de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(5):895-902.
10. Vargas D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:918-25.
11. Pasquali L. Taxonomia dos instrumentos psicológicos: instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM-IBAPP; 1999.
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. São Paulo: Edusp; 1994.
13. Baloglu N, Karadag E, Karaman H. The Strategic Planning Attitude Scale: a study of exploratory and confirmatory factor analyses. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2008;8(2):429-37.
14. Cavas CST, Bunchaft G. Sob medida – Um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações. São Paulo: Vetor; 2002.
15. Comrey AL. Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:754-61.
16. Nunally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
17. Roberts JS, Donoghue JR, Laughlin JE. A general item response theory model for unfolding unidimensional polytomous responses. *Appl Psychol Meas*. 2000;24:3-32.
18. Artes R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Rev Psiq Clín*. 1998;25(5):223-8.
19. Reise SP, Waller NG, Comrey AL. Factor analysis and scale revision. *Psychol Assess*. 2000;12:287-97.
20. Gliem JA, Gliem RR. Calculating, interpreting and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. In: Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing and Community Education. Columbus; 2003. p. 82-8.