



Validade de critério da Questão-Chave para rastreamento do uso de risco de álcool na atenção primária*

Criterion validity of the Key Question for screening at-risk alcohol use in primary healthcare
Validez de criterio de la Pregunta Clave para rastreo del consumo arriesgado del alcohol en la atención primaria

Como citar este artigo:

Maciel MED, Vargas D. Criterion validity of the Key Question for screening at-risk alcohol use in primary healthcare. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03553. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018032503553>

 Marjorie Ester Dias Maciel¹

 Divane de Vargas²

* Extraído da tese: “Tradução, adaptação cultural e validação da questão-chave para rastreamento do uso de risco de álcool para o português”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2017.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To perform criterion validation of the Key Question in Portuguese for screening at-risk alcohol use among users of Primary Healthcare services. **Method:** This is a psychometric study conducted with users of a Primary Healthcare service located in the city of São Paulo, Brazil. Participants responded to the Key Question which was applied in conjunction with the Alcohol Use Disorders Identification Test-C for concurrent validation and measurement of psychometric properties. **Results:** The sample consisted of 518 users. The Key Question presented 59% specificity and 99% sensitivity with respect to the Alcohol Use Disorders Identification Test-C in the general population. The accuracy was 81% in relation to this instrument. There was no influence of sociodemographic variables such as gender on the psychometric properties of the Key Question. **Conclusion:** The results indicate that the Key Question in Portuguese presented satisfactory psychometric qualities and suggest that its Portuguese version is as efficient for screening at-risk alcohol use as its reference standard, which subsidizes its use in Primary Healthcare.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Alcohol-Related Disorders; Validation Studies; Mass Screening; Primary Care Nursing.

Autor correspondente:

Marjorie Ester Dias Maciel
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
marjorieester@yahoo.com.br

Recebido: 01/08/2018
Aprovado: 13/06/2019

INTRODUÇÃO

O consumo prejudicial de álcool bem como seus problemas correlatos são bastante prevalentes na população brasileira⁽¹⁻²⁾. Dados do *Global Status Report* informam que, no Brasil, o álcool afeta 8,2% de pessoas do sexo masculino, causando algum tipo de morbidade. Em pessoas do sexo feminino, esse percentual atinge 3,2%⁽²⁾.

Pesquisas apontam que indivíduos que fazem uso de risco de álcool tendem a utilizar duas vezes mais os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do que as demais pessoas⁽³⁾. Mundialmente, estima-se que, entre os atendimentos feitos nos serviços de APS, de 7% a 20% são a pessoas que fazem uso de risco ou uso nocivo de álcool⁽³⁻⁴⁾, um percentual considerável, que não deve ser menosprezado.

Logo, a fim de prover detecção precoce e intervenção breve nessa parcela de usuários da APS, justifica-se que haja a investigação do padrão de uso de álcool nesse ambiente e de modo rotineiro pelos profissionais de saúde⁽⁴⁾ – providência que se coaduna com o escopo principal da APS, de prevenção e promoção à saúde⁽⁵⁾. Além do mais, evidências científicas demonstram que o rastreamento do uso de risco de álcool seguido da intervenção breve no âmbito da APS são eficazes em reduzir o nível de consumo de álcool da população⁽⁶⁾.

Por essa razão, a estratégia conhecida sob a sigla SBIRT (do inglês: *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* – Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento)⁽⁷⁾, para identificar precocemente o uso de risco de álcool, tem sido cada vez mais utilizada em serviços de APS de diversos países⁽⁷⁾. No entanto, apesar da inegável importância dessa estratégia, no Brasil, verifica-se que há dificuldades para sua implantação na APS do Sistema Único de Saúde^(5,7).

Essas dificuldades estão condicionadas à existência de barreiras, como: o despreparo dos profissionais para identificar precocemente e realizar intervenção breve em pessoas que bebem de modo pesado, ainda que ocasionalmente⁽⁵⁾; a falta de tempo na rotina de trabalho para avaliar o padrão de uso de álcool entre os pacientes⁽⁶⁾; a subestimação dos malefícios do uso excessivo de álcool⁽⁶⁾; e a carência de instrumento de rastreio padronizado para identificar o consumo de risco, que seja prático, curto, que não exija treinamento ou conhecimento específico para sua utilização, que considere as diferenças doses para uso de risco entre os gêneros⁽⁷⁾, que possa ser usado na população em geral e que demande pouco tempo do profissional para aplicação e interpretação dos resultados⁽⁷⁾.

No Brasil, atualmente, existem alguns instrumentos disponíveis, validados para esse fim, mas que, apesar de possuírem aspectos psicométricos confiáveis, não reúnem todas as características acima citadas em um único instrumento. Alguns instrumentos possuem número excessivo de questões, o que exige maior tempo de consulta para sua aplicação e custos com a produção de materiais⁽⁸⁾; não levam em considerações as diferenças entre gêneros ao estabelecer parâmetros de doses para uso de baixo risco iguais tanto para homens quanto para mulheres⁽⁹⁾; têm emprego restrito a populações específicas⁽¹⁰⁻¹¹⁾; e, por fim, não são sensíveis para captar o uso de risco, somente as fases mais tardias dos transtornos relacionados ao álcool⁽¹²⁻¹³⁾, não sendo, portanto, indicados para uso na APS.

Acrescenta-se, ainda, o fato de que esses instrumentos requerem que o profissional domine suas classificações de pontuação para identificar e interpretar em qual padrão de consumo de álcool o respondente se enquadra^(9,13), o que pode acarretar resistência e desestímulo por parte dos profissionais para emprego no serviço de saúde.

Considerando essas barreiras, é válido que haja uma ferramenta como alternativa àquelas já existentes, que seja capaz de identificar com acurácia o uso de risco, que seja de baixo custo e que possa ser empregada por profissionais de saúde generalistas, com agilidade de interpretações nos resultados e com baixa exigência de treinamentos. Instrumentos com essas características têm o potencial de estimular seu emprego no serviço de APS⁽⁵⁾.

Tendo em vista esses aspectos, em 2005, o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA)⁽¹⁴⁾ passou a preconizar o rastreamento do uso de álcool com o emprego de uma única pergunta, denominada *Single-Question* (SQ), para todas as pessoas que frequentassem os serviços de saúde naquele país e que afirmassem fazer uso de bebida alcoólica ao responderem a pergunta pré-rastreamento “Você faz uso de bebida alcoólica?”.

A proposta de utilizar uma única pergunta para rastreamento do consumo de álcool foi implantada pela primeira vez em um estudo realizado no ano de 1997⁽¹⁵⁾, com a pergunta “*Have you ever had drinking problem?*” (em tradução livre: “Você já teve problemas com bebida?”). Desde, então, várias versões de uma única pergunta para rastreamento do uso de álcool vêm sendo propostas. Entre essas, a recomendada pelo NIAAA (2005), denominada de *Single-Question*, é “*How many times in the past year you had X or more drinks in a day?*” (em tradução livre: “Quantas vezes no ano passado você bebeu mais X doses de bebida no dia?”), na qual o valor de X é 5 para homens e 4 para mulheres – parâmetros de uso de risco por gênero estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde⁽⁵⁾. O rastreamento é considerado positivo quando a resposta for uma ou mais vezes⁽¹⁴⁾.

Em 2009, um grupo de pesquisadores realizou a validação de critério da *Single-Question* para uso nos serviços de APS norte-americanos, a qual apresentou boas propriedades psicométricas⁽¹⁶⁾. Sendo assim, os autores sugeriram a necessidade de estudos de validação e emprego da *Single-Question* em outros idiomas, com o intuito de implementar o rastreamento do uso de risco de álcool em populações de outras partes do mundo⁽¹⁶⁾.

No Brasil, a *Single-Question* foi traduzida para o português e adaptada culturalmente, recebendo a denominação de questão-chave⁽⁸⁾. Considerando que ainda não foram testadas as evidências de validade de critério da questão-chave em português, este estudo tem por objetivo realizar a validação de critério da Questão-Chave em português para rastreamento do uso de risco de álcool entre usuários dos serviços de atenção primária à saúde.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo psicométrico de validação de critério da Questão-Chave (QC)⁽⁸⁾. A validade de critério pode

ser definida como a correlação entre a medida a ser testada e uma medida-critério externa preestabelecida⁽¹⁷⁾. Assim, o instrumento testado, para ser considerado válido, deve ser capaz de prever a sua medida-critério⁽¹⁸⁾. Desse modo, o desempenho do instrumento a ser validado é comparado com o desempenho de um instrumento previamente definido pelo avaliador – denominado de padrão de referência ou critério externo⁽¹⁸⁾.

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no Distrito Sanitário Sé.

POPULAÇÃO

Foram abordadas 910 pessoas ao total; destas, 67 não aceitaram participar da pesquisa, 51 foram excluídas por responderem ao questionário de forma incompleta e 274 se encaixaram nos critérios de exclusão na pesquisa por afirmarem não fazer uso de bebidas alcoólicas. Permaneceram, então, na amostra final, 518 indivíduos.

Foi considerado critério de inclusão, na amostra, a idade a partir de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: (a) apresentar alguma limitação cognitiva; (b) afirmar que não faz uso de bebida alcoólica; (c) responder ao instrumento de coleta de dados de modo incompleto; (d) estar sob visível efeito de drogas ilícitas ou embriagado, constatado por meio de hálito etílico, marcha cambaleante, olhos vermelhos e/ou alterações ou agitação psicomotora no momento da coleta de dados.

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período compreendido entre janeiro e junho de 2015, nos dois turnos de funcionamento da unidade (matutino e vespertino), por quatro enfermeiros da equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Adições – álcool e outras drogas – NEPEAA, da Escola de Enfermagem de São Paulo. Todos os entrevistadores foram previamente treinados para evitar viés na aplicação e na interpretação das respostas.

Os sujeitos abordados que aceitaram participar do estudo acompanhavam o pesquisador até uma sala reservada, cedida pela gerência da unidade. Inicialmente, os participantes respondiam à pergunta pré-rastreamento recomendada pelo NIAAA (2005)⁽¹⁴⁾: “Você faz uso de bebidas alcoólicas?”. Em caso de resposta afirmativa, aplicavam-se a questão-chave “Quantas vezes nos últimos doze meses você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica em um dia?”, o instrumento padrão de referência (AUDIT-C) e o questionário socio-demográfico (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião e cor autodeclarada).

Para uniformizar o entendimento da população leiga do que é uma dose-padrão de bebida alcoólica, juntamente com a QC foi apresentado um encarte contendo figuras das bebidas alcoólicas mais consumidas pelos brasileiros (cerveja, cachaça, vodka, vinho, uísque, licor e chope), com a quantidade equivalente a uma dose-padrão de álcool (entre 8 a 13 gramas de álcool puro) em ml, no modo como são comercializadas ou servidas (garrafa, garrafa do tipo *long neck*, caneca, lata, taça, etc.) proposto pela Organização Mundial

da Saúde, disponível para consulta no *site* desta instituição⁽¹⁹⁾ e adaptado para a realidade brasileira pelo Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Pesquisa em álcool e outras drogas – disponível no *site* da instituição⁽²⁰⁾. O tempo médio da coleta de dados foi de 35 minutos.

PROCEDIMENTOS

Para realizar a validação de critério do instrumento na versão em português nos serviços de APS brasileiros, foram adotados os mesmos procedimentos metodológicos e estatísticos utilizados para validação da *Single-Question* nos serviços de APS dos Estados Unidos da América⁽¹⁶⁾ que serão descritos a seguir.

Aplicou-se a QC, cuja versão final em português, após a adaptação e a validação de conteúdo apresentou-se como: “Quantas vezes nos últimos 12 meses você bebeu X ou mais doses de bebida alcoólica em 1 dia?”⁽⁸⁾, em que o valor de X é 5 para homens e 4 para mulheres. De acordo com os parâmetros para uso de risco de álcool, o rastreamento é considerado positivo quando a resposta for igual a 1 ou mais vezes⁽¹⁴⁾.

Conjuntamente com a QC, utilizou-se do *Alcohol Use Disorders Identification Test-C* (AUDIT-C) como padrão de referência para a validação concorrente, tal como empregado no estudo-base⁽¹⁶⁾. O AUDIT-C refere-se a uma das versões resumidas do AUDIT, sendo composto dos três primeiros itens desse instrumento. No AUDIT-C, o rastreamento é considerado positivo a partir da pontuação 4. Esta versão, em um estudo brasileiro, apresentou sensibilidade de 90% e especificidade de 83% – consideradas satisfatórias para rastrear o uso de risco de álcool⁽²¹⁾.

Além desses instrumentos, foi empregado um questionário com informações sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião e cor autodeclarada).

CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo do tamanho amostral mínimo foi definido com base no emprego da fórmula de cálculo amostral para populações de tamanho indeterminado, mas que possuísse uma característica ou condição a ser estudada que fosse previamente estimada ou com valor de prevalência estipulado⁽²²⁾. A referida fórmula foi equacionada da seguinte maneira:

$$N = Z^2 \times p \times (1 - p) \div E^2$$

Conforme a fórmula acima, tem-se como produto final o valor de N, que significa o número mínimo de indivíduo para compor a amostra; Z, que equivale ao valor crítico da distribuição normal que determina o intervalo de confiança; p é a proporção esperada da característica na população (neste caso, o consumo prejudicial de álcool, que inclui uso de risco, nocivo e provável dependência, conforme a classificação do AUDIT), que foi estimada em 22%⁽²³⁾, e E, como a margem de erro amostral adotada (5%); (1 - p) é o percentual de outras características diferentes da buscada, o valor de p irá variar entre 0 e 1. O intervalo de confiança adotado foi de 95%; assim, o valor crítico de Z foi de 1,96, e a margem de erro adotada, de 5%. O valor de p foi de 0,22 (22%).

Assim, substituindo-se os itens pelos índices adotados tem-se:

$$N = 1.96^2 \times 0.22 \times (1 - 0.22) \div 0.05^2$$

$$N = 3.8416 \times 0.22 \times 0.78 \div 0.0025 = 264$$

Portanto, empregando essa fórmula, a amostra mínima para este estudo foi estimada em 264 indivíduos. Todavia, para compensar eventuais perdas amostrais por questionários incompletos, decidiu-se acrescentar o valor de 25% do tamanho mínimo requerido à amostra total, garantindo, assim, o poder da amostra para todas as análises de validação. Desse modo, a amostra mínima requerida deveria ser composta de 330 pessoas.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

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

As informações sociodemográficas foram tabuladas e apresentadas como estatística descritiva, ou seja, por meio de cálculo de média, desvio-padrão, frequências relativas e absolutas. As propriedades psicométricas também foram calculadas, conforme as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, haja vista que a prevalência de uma condição investigada na população pode afetar a sensibilidade e a especificidade de qualquer teste de rastreamento e que o uso de risco de álcool está associado a certas características sociodemográficas, como, por exemplo, sexo⁽²⁴⁾.

Para analisar as evidências da validade de critério con- corrente da QC, foi aplicado, conjuntamente com ela, o ins- trumento de medida de referência, AUDIT-C. Para avaliar evidências da validade convergente, foi calculada a correlação entre a QC e o AUDIT-C por meio do cálculo do coefi- ciente de correlação de *Pearson*.

Para analisar as evidências de validade de critério predi- tivo, foram calculadas as propriedades de sensibilidade, espe- cificidade, acurácia, razão de verossimilhança positiva (RVP), razão de verossimilhança negativa (RVN), validade preditiva negativa (VPN) e validade preditiva positiva (VPP). A sen- sibilidade diz respeito à capacidade de identificar verdadeiros casos positivos, cujos valores variam de 0 a 100%; a especi- ficidade pode ser definida como a capacidade de identificar verdadeiros casos negativos e varia de 0 a 100%⁽¹⁸⁾. Ambos os índices servem para avaliar a precisão do teste⁽²²⁾.

A acurácia foi calculada pela verificação da propor- ção de acertos da QC em relação ao AUDIT-C. A RVP representa a probabilidade de o teste acertar o verdadeiro resultado do indivíduo depois de tê-lo classificado como positivo, enquanto a RVN significa a probabilidade de o teste acertar o verdadeiro resultado do indivíduo depois de tê-lo classificado como negativo⁽²²⁾. A probabilidade da QC em classificar as pessoas como negativas ou positivas de modo correto foi calculada pela validade preditiva negativa (VPN) e validade preditiva positiva (VPP).

Como a QC possui um diferencial em relação ao número de doses entre os sexos, optou-se, neste estudo, por calcular as propriedades psicométricas para a QC segundo o sexo,

pois há indícios de que esta variável exerce influência nos valores dessas propriedades⁽²⁴⁾.

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

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, recebendo parecer número 772.025/2015. Todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), no qual consta a garantia do sigilo e do anonimato das informações, estando em confor- midade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 518 pessoas, com idade média de 44 anos ($Dp \pm 15$). Em relação ao perfil sociodemográfico, observou-se predominância do sexo masculino (58%), com ensino médio incompleto, solteiro e autodeclarado como de cor branca, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 – Informações sociodemográficas dos usuários da UBS – São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Variável	IC 95% N	44 anos %
Sexo		
Masculino	300	58
Feminino	218	42
Escolaridade		
Ens. Fundamental Incomp.	8	1,2
Ens. Fundamental Comp.	179	34,5
Ens. Médio Incompleto	238	49,5
Superior Incompleto	6	1,1
Superior Completo	16	3,1
Pós Graduado	71	13,7
Estado Civil		
Casado	179	34,5
Divorciado/separado	63	12,2
Solteiro	182	35,1
Amasiado	94	18,2
Cor/Raça autodeclarada		
Branco	213	41,1
Pardo	160	31
Negro	118	22,7
Outros (amarela/indígena)	27	5,2

Nota: (N= 518).

Com relação às respostas ao AUDIT-C, dos 518 parti- cipantes, 284 (55%) foram classificados como positivo para padrão de uso de risco de álcool, de acordo com a classifica- ção desse instrumento, sendo que, desse total, a maioria, 206 (72,5%), é do sexo masculino, enquanto 78 (27,5%) são do sexo do feminino, conforme os dados da Tabela 2.

Em relação à classificação da QC, dos 518 usuários, 376 (72,5%) foram classificados como positivos, sendo que, deste quantitativo, 237 (63%) pessoas são do sexo masculino. O padrão de resposta à QC – da população em geral e conforme o sexo – está também apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação dos usuários da UBS, para uso de risco de álcool, de acordo com o parâmetro do AUDIT-C e da questão-chave (QC) na população geral e segundo os sexos - São Paulo, SP, Brasil

Classificação AUDIT-C	População Geral (%)	Masculino	Feminino
Positivo	284 (55%)	206	78
Negativo	234 (45%)	142	92
Total	518 (100%)		
Classificação QC			
Positivo	76 (72,5%)	237	139
Negativo	142 (27,5%)	63	79
Total	518 (100%)		

Nota: feminino (N= 218) e masculino (N=300).

Para averiguar se alguma variável sociodemográfica poderia influenciar os valores de sensibilidade e especificidade da QC, realizou-se o cálculo dessas propriedades, segundo essas variáveis, exceto sexo (apresentado em tabela à parte), e segundo a população geral. Os resultados seguem na Tabela 3.

Tabela 3 – Índices de sensibilidade e especificidade da QC em relação ao AUDIT-C, na população geral e segundo as variáveis sociodemográficas (exceto sexo) de usuários da UBS – São Paulo, SP, Brasil, 2015

População Geral	Sensibilidade*	Especificidade*
	99% (97%,100%)	59% (53%,66%)
Variável		
Estado Civil	98% (94%,100%)	68% (58%,77%)
Escolaridade	100% (93%,100%)	68% (56%,79%)
Cor/Raça autodeclarada	99% (94%,100%)	70% (58%,81%)
Ocupação	99% (95%,100%)	54% (44%,64%)
Religião	99% (95%,100%)	62% (52%,70%)
Sem religião	100% (91%,100%)	54% (40%,67%)

*IC: 95%.

Nota: (N= 518).

De acordo com a Tabela 3, verifica-se que não houve alterações significativas nos valores da sensibilidade e especificidade por conta das características sociodemográficas.

As propriedades psicométricas referentes à validade preditiva da QC, em relação ao AUDIT-C, na população geral e conforme o sexo estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Propriedades psicométricas da QC, em relação ao AUDIT-C, na população geral de usuários da UBS – São Paulo, SP, Brasil.

QC	População Geral (%)	Masculino	Feminino
Sensibilidade*	99% (97%,100%)	100% (97%,100%)	97% (93%,99%)
Especificidade*	59% (53%,66%)	58% (48%,68%)	60% (51%, 69%)
VPP*	75% (70%,79%)	81% (75%,86%)	64% (55%, 72%)
VPN*	98% (94%,100%)	100% (92%,100%)	96% (89%,99%)
RVP*	2.44 (2.09, 2.85)	2.4 (1.92, 3.00)	2.44 (1.96, 3.03)
RVN*	0.02 (0.01, 0.06)	0 (0.00, 0.00)	0.05 (0.02, 0.17)

*IC: 95%.

Nota: (N=518). Segundo os sexos: feminino (N= 218) e masculino (N=300).

Conforme observado, a QC foi mais sensível do que específica para o sexo masculino. No sexo feminino, ocorreu a mesma situação, porém a especificidade da QC foi discretamente maior no sexo feminino do que no sexo masculino.

A QC apresentou boa acurácia (81%) e boa correlação com o AUDIT-C, obtendo valor de 0,914 no coeficiente de Pearson (p-valor = 0,015), sendo, portanto, estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou reunir evidências da validade de critério da QC para o rastreamento do uso de risco de álcool, adotando como padrão de referência o instrumento AUDIT-C, assim como fora realizado no estudo norte-americano⁽¹⁶⁾.

Foi observado alto índice de rastreamento positivo tanto pelo AUDIT-C quanto pela QC. Este achado tem relação com o fato de a maior parte da amostra (58%) ser do sexo masculino, porque, como se sabe, os homens, por vários motivos, principalmente cultural, consomem álcool em níveis mais elevados do que as mulheres⁽²⁴⁾ – mesmo entre os homens que frequentam o serviço de APS brasileiro⁽²⁵⁾.

O próprio delineamento do estudo, ao definir, como critério de seleção para a amostra, pessoas que previamente afirmassem consumir álcool, pode ter excluído um quantitativo grande de mulheres, visto que as mulheres costumam, tradicionalmente, frequentar, em maior contingente, as UBS mais do que os homens⁽²⁵⁾ e costumam abster-se ou consumir álcool em menor proporção que esses⁽²⁴⁾. Assim, postula-se que mulheres abordadas para este estudo possam ter sido excluídas da pesquisa por afirmarem que não consumiam álcool.

Comparando os dois instrumentos, a QC rastreou maior número de indivíduos positivos para uso de risco de álcool do que o AUDIT-C. Para este fato, duas hipóteses são cogitadas. A primeira pressupõe que indivíduos rastreados como negativos no AUDIT-C provavelmente responderam à pergunta de número 3 desse instrumento (“Com que frequência você toma seis ou mais doses de uma vez?”) a partir da segunda opção de resposta que foi “ao menos uma vez ao mês ou menos” e que, mesmo assim, a depender das respostas aos itens anteriores, o respondente pode ainda ser classificado como negativo para o consumo de risco. No entanto, pode significar que, em algum momento, uma pessoa habituada ao consumo de baixo risco de álcool teve ao menos um episódio de uso de risco de álcool, que pode ser um fato isolado, o qual é denominado pela literatura como consumo pesado episódico⁽²⁶⁾. Porém, este fato não é raro na cultura brasileira, haja vista que, em certas datas festivas no país, como, por exemplo, festejos natalinos, carnaval e final de campeonatos esportivos, as pessoas tendem a consumir álcool acima do seu padrão habitual, praticando o consumo pesado episódico⁽²⁶⁾. No entanto, para a QC, por uma única vez em que se consome álcool em nível de risco, o rastreamento é considerado positivo e preconiza-se a realização de intervenção breve.

A segunda hipótese versa sobre a QC considerar diferentes números de doses de álcool para homens e mulheres como limiar entre o consumo de risco e o consumo de baixo

risco. Dessa forma, a QC classifica maior número de mulheres com padrão de consumo de risco do que o AUDIT-C, já que este último estabelece iguais parâmetros de doses-limite para o consumo moderado entre os sexos.

A QC apresentou alta sensibilidade (99%) na população geral, sendo mais sensível que o AUDIT-C (90%) na ocasião em que este foi testado em uma amostra de um serviço ambulatorial brasileiro⁽²¹⁾. A QC também foi mais sensível do que sua versão original em inglês (81,8%)⁽¹⁶⁾, o que pode ser relacionado às diferenças culturais e idiomáticas entre os dois países⁽¹⁷⁾. A sensibilidade e a especificidade da QC não sofreram variações estatisticamente significantes em função das características sociodemográficas da amostra.

A especificidade da QC (59%) foi menor do que a sua versão em inglês (79,3%)⁽¹⁶⁾, mantendo-se, entretanto, satisfatória do ponto de vista da literatura⁽¹⁷⁾. Isto significa que a QC tem alta chance de rastrear um verdadeiro negativo quando um indivíduo for triado como negativo.

Assim, nesse contexto, as demais propriedades psicométricas (VPN, VPP, RVP, RVN), denominadas de propriedades pós-testes⁽¹⁷⁾, servem para corroborar esse fato, pois o alto valor da VPN da QC (98%), na população em geral, indica alta probabilidade de que o resultado de rastreamento seja verdadeiro negativo – quando se leva em conta somente o sexo masculino, o valor atinge 100% de acerto. Em relação à RVP, os valores superiores a 1 indicam o quão bom é o teste⁽²²⁾; o contrário se dá em relação à RVN, ou seja, quanto mais próximo de zero for o seu valor, melhor é o teste⁽²²⁾, fato que ocorreu com a QC, o que reforça a sua adequabilidade para rastreamento de risco do uso de álcool. Desse modo, a validação de critério da QC comprovou bons valores de VPN, VPP, RVP, RVN, sensibilidade e especificidade.

Levando-se em conta que o sexo feminino está, cada vez mais, consumindo álcool⁽²⁰⁾, aumentando, assim, a propensão a fazer uso de risco, a QC possui uma vantagem em relação aos demais instrumentos de rastreamentos validados no Brasil, ao considerar diferentes números de doses para homens e mulheres. Portanto, a QC pode rastrear maior número de mulheres do que os outros instrumentos que equipararam o número de doses-limite para consumo de

baixo risco para mulheres com o número de doses-limite para homens.

Foi comprovada a forte correlação da QC com seu padrão de referência por meio dos testes estatísticos que indicaram boa acurácia (81%) e do alto valor obtido para o coeficiente de Pearson (0,914), de modo significativo estatisticamente neste estudo, pois a literatura refere alta correlação para valores de 0,90 a 1⁽²²⁾.

Uma limitação pode ter acontecido devido ao período de coleta de dados ter se iniciado durante o mês de janeiro, pois respostas afirmativas à QC podem ter corrido pelo período após os festejos natalinos e de *réveillon*, nos quais, por se tratarem de comemorações mundiais, as pessoas tendem a ingerir álcool de modo intoxicante – contexto esse que talvez seja questionado por alguns profissionais da área, que podem não caracterizar esse episódio isolado como prática de ingestão de risco. Mas, convém mencionar que um único episódio de ingestão de risco já é suficiente para causar danos sociais, como, por exemplo, acidentes automobilísticos, por haver condutor embriagado ao volante⁽⁷⁾.

Outra limitação do estudo pode estar associada às respostas negativas à QC devido ao viés de memória dos respondentes da pesquisa, relacionado à generalização de acontecimentos, ao qual todo instrumento de autorrelato está sujeito⁽²⁷⁾. Apesar disso, os instrumentos de rastreamento, mesmo os autoaplicáveis ou de autorrelato, são considerados pela literatura como confiáveis⁽²⁰⁾.

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

CONCLUSÃO

Os procedimentos empregados neste estudo sugerem que a QC possui validade de critério e está apta para ser utilizada no contexto da Atenção Primária em Saúde brasileira para rastreio do uso de risco de álcool, uma vez que reúne boas evidências de validade de critérios concorrente e preditivo.

RESUMO

Objetivo: Realizar a validação de critério da questão-chave em português para rastreamento do uso de risco de álcool entre usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo psicométrico realizado com usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde localizado na cidade de São Paulo, Brasil. Os participantes responderam à questão-chave que foi aplicada em conjunto com o *Alcohol Use Disorders Identification Test-C* para a validação concorrente e a aferição das propriedades psicométricas. **Resultados:** A amostra foi composta de 518 usuários. A questão-chave apresentou especificidade de 59% e sensibilidade de 99% em relação ao *Alcohol Use Disorders Identification Test-C* na população em geral. A acurácia foi de 81% em relação a esse instrumento. Não se observou influência de variáveis sociodemográficas, como sexo, por exemplo, nas propriedades psicométricas da questão-chave. **Conclusão:** Os resultados indicam que a questão-chave em português apresentou qualidades psicométricas satisfatórias e sugerem que sua versão em português seja tão eficiente para o rastreamento do uso de risco de álcool quanto seu padrão de referência, o que subsidia seu emprego na Atenção Primária à Saúde para o rastreamento do uso de risco de álcool.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool; Estudos de Validação; Programas de Rastreamento; Enfermagem de Atenção Primária.

RESUMEN

Objetivo: Llevar a cabo la validación de criterio de la pregunta clave en portugués para rastreio del consumo arriesgado del alcohol entre usuarios de los servicios de Atención Primaria de Salud. **Método:** Se trata de un estudio psicométrico llevado a cabo con usuarios

de un servicio de Atención Primaria de Salud ubicado en la ciudad de São Paulo, Brasil. Los participantes respondieron a la pregunta clave que les fue aplicada en conjunto con el *Alcohol Use Disorders Identification Test-C* para la validación concurrente y la verificación de las propiedades psicométricas. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta de 518 adictos. La pregunta clave presentó especificidad del 59% y sensibilidad del 99% con relación al *Alcohol Use Disorders Identification Test-C* en la población en general. La precisión fue del 81% con relación a dicho instrumento. No se observó influencia de variables sociodemográficas, como sexo, por ejemplo, en las propiedades psicométricas de la pregunta clave. **Conclusión:** Los resultados señalan que la pregunta clave en portugués presentó calidades psicométricas satisfactorias y sugieren que su versión en portugués sea tan eficiente para el rastreo del consumo arriesgado del alcohol como su estándar de referencia, lo que subsidia su empleo en la Atención Primaria de Salud para el rastreo del consumo arriesgado del alcohol.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud; Trastornos Relacionados con Alcohol; Estudios de Validación; Tamizaje Masivo; Enfermería de Atención Primaria.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2018 June 16]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilante Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: MS; 2013 [citado 2018 jul. 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilante_brasil_2013.pdf
3. Mitchell AJ, Brid V, Rizzo M, Hussain S, Meader N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):408-18.
4. Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira NC, Oliveira MAF, Vargas D, Colvero LA. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2018 jul. 16];66(3):420-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300018&lng=en
5. Taufick MLC, Evangelista LA, Silva M, Oliveira LCM. Alcohol consumption patterns among patients in primary health care and detection by health professionals. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 July 24];30(2):427-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000200427&lng=en
6. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2018 July 24];43(1):51-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000800009&lng=en
7. Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é “perdido na tradução”. *Interface Comunic Saude Educ* [Internet]. 2011 [citado 2018 jul. 16];15(37):573-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop13111.pdf>
8. Maciel MED, Vargas, D. Cultural adaptation and content validation of the Single-Question for screening alcohol abuse. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03292. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048703292>
9. Hauck Filho N, Teixeira MAP. Funcionamento diferencial do item no Alcohol use Disorders Identification Test. *Aval Psicol* [Internet]. 2013 [citado 2018 jul. 23];12(1):19-25. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n1/v12n1a04.pdf>
10. Fabri CE, Furtado EF, Laprega MR. Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-ACE. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):979-84.
11. Kano MY, Santos MA, Pillon SC. Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 July 20];48(4):648-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400649
12. Mansur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE Alcoholism Screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983;16(3):215-8.
13. Meneses-Gaya C, Crippa JAS, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, et al. The fast alcohol screening test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders. *Subst Use Misuse*. 2010;45(10):1542-57.
14. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping patient who drinks too much: a clinician’s guide*. Washington: NIAAA; 2005.
15. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Jhon K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997;277(13):1039-45.
16. Smith PC, Smith SM, Davies-Allensworth D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med*. 2009;24(7):783-8.
17. Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61-3.
18. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2018 July 13];43(n.spe):992-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500002&script=sci_arttext&tlng=en
19. World Health Organization. *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2018 June 16]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44322/9789241599405_eng.pdf?sequence=1
20. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: tendências entre 2006/2012 [Internet]. São Paulo: INPAD; 2013 [citado 2018 mar. 20]. Disponível em: <http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LLENADALCOOLResultadosPreliminares.pdf>
21. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Marques JMA, Crippa JA. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(8):1417-24.
22. Correa SMBB. *Probabilidade e estatística*. 2ª. ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual; 2006.

23. Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [citado 2018 jul. 13];19(1):17-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100017&lng=en
24. Fachini A, Furtado EF. Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2012 [cited 2018 July 20];39(2):68-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832012000200005&lng=en
25. Guibu IA, Moraes JCD, Guerra AA, Costa EA, Acurcio FDA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(2):30-7.
26. Sanchez ZM. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):195-8.
27. Kohlsodof M, Costa Junior AL. O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicol Argum*. 2009;27(57):131-9.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.