



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



---

**ANA LUÍSA MARLIÈRE CASELA**

DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA DE ATITUDE DE EDUCADORES FRENTE  
AO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS.

**Orientador: Fernando Antonio Basile Colugnati**

**Co-orientadora: Pollyanna Santos da Silveira**

JUIZ DE FORA  
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



---

ANA LUÍSA MARLIÈRE CASELA

DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA DE ATITUDE DE EDUCADORES FRENTE  
AO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Ana Luísa Marlière Casela

**Orientador:** Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati

**Co-orientadora:** Dra. Pollyanna Santos da Silveira

JUIZ DE FORA  
2015

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Casela, Ana Luisa Marlière.

Desenvolvimento de uma escala de atitude de educadores frente ao uso de álcool, tabaco e outras drogas / Ana Luisa Marlière Casela. -- 2015.  
94 f.

Orientador: Fernando Antonio Basile Colugnati

Coorientadora: Pollyanna Santos da Silveira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2015.

1. Atitude. 2. Drogas. 3. Educadores. 4. Construção de Instrumentos. 5. Psicometria. I. Colugnati, Fernando Antonio Basile, orient. II. Silveira, Pollyanna Santos da, coorient. III. Título.

**Ana Luisa Marlière Casela**

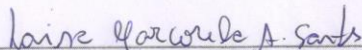
**DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA DE ATITUDE DE EDUCADORES FRENTE AO  
USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Ana Luisa Marlière Casela

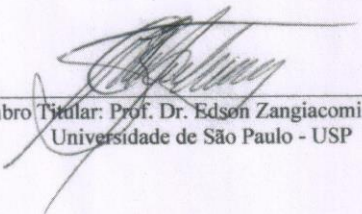
Dissertação defendida e aprovada em 27 de novembro de dois mil e quinze, pela banca constituída por:



Orientador: Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez  
Universidade de São Paulo - USP

## **AGRADECIMENTOS**

Hoje mais um ciclo da minha vida é finalizado e um sonho é alcançado. Sonho este, muito planejado e desejado, só foi possível pois tive ao meu lado pessoas que o almejavam comigo, que me impulsionaram e acreditaram que era possível.

Gostaria de agradecer primeiramente Àquele que me deu forças nos momentos mais difíceis, segurança quando foi necessário e sabedoria para sempre trilhar meu caminho com fé. Deus, obrigada por acreditar em mim!

Aos meus pais, Heber e Regina, que muito lutaram para que eu chegasse onde cheguei. Obrigada pela dedicação, exemplo, amor e carinho de sempre, por acreditarem em minha capacidade e abdicarem de muito para que eu pudesse ter o melhor. Foram os seus ensinamentos que me guiaram e me trouxeram a realização deste sonho.

Aos meus irmãos, Ciríaco e Sarah, por tornar a caminhada mais leve com a amizade e carinho que dispensaram a mim. Por entenderem sempre os momentos de ausência, e tornar os momentos juntos tão especiais e importantes.

Ao amor da minha vida, meu noivo Helgiam, por sempre estar ao meu lado, me dando apoio, carinho, amor e acima de tudo me ensinando a sempre lutar por meus objetivos, com muita fé e muita positividade. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso, por ter acreditado, as vezes mais do que eu, que era possível e por me fazer tão feliz. Você é luz em minha vida. Agradeço também a sua família que sempre me acolheu e apoiou em todos os momentos.

À minha família, Marlière e Casela, por sempre estarem ao meu lado, ajudando meus pais na construção dos meus valores e me incentivando a ser cada dia melhor.

Às minhas amigas, Érika e Jéssica, por compartilharem do mesmo sonho e dividirem comigo cada momento dessa conquista. Por amenizarem os momentos difíceis com o carinho e amizade e por tornar os meus dias melhores.

Às amigas Babi, Brune, Didi, Marcela, Nathy e Taynara, por estarem sempre ao meu lado durante essa fase, por tornarem a vida mais divertida e por compartilharem comigo do desejo de ser uma grande profissional.

À minha amiga Gabi, que mesmo distante se fez presente em cada momento desses dois anos, além de ser um anjo de luz durante toda minha vida. Amiga, obrigada pela paciência, carinho, amor e sabedoria, você me ensinou muito e sou muito grata a você e à Deus por ter te colocado em minha vida.

Ao meu amigo Henrique, que com muita paciência e dedicação acompanhou e me ajudou em cada pedacinho dessa trajetória. Obrigada por compartilhar comigo todo o seu conhecimento e me permitir crescer muito enquanto pessoa e profissional.

Às queridas Fabrícia, Flaviane e Rhaisa, por permitirem o meu desenvolvimento junto as suas pesquisas. Pelo carinho e dedicação com o qual conduziam os estudos.

Ao meu orientador, Fernando Colugnati, pela dedicação, profissionalismo, zelo e orientação. Sou muito grata por ter tido a oportunidade de abrilhantar a minha trajetória, tendo como orientador, uma pessoa tão rica em conhecimento e tão dedicada àquilo que faz.

À minha co-orientadora, Pollyanna, por sempre acreditar no meu potencial e por trabalhar no meu desenvolvimento desde a graduação. Obrigada por compartilhar comigo os seus conhecimentos e me permitir crescer junto ao grupo.

Ao professor Telmo Ronzani, por contribuir com o meu desenvolvimento, me preparando para esta etapa desde a graduação. Obrigada por acreditar em mim, investir em minha vida profissional e sempre permitir oportunidades de crescimento.

Aos professores, Laisa Sartes e Edson Martinez, que compuseram minha banca de qualificação e estarão em minha defesa. Obrigada por permitir que este trabalho se tornasse melhor através de suas contribuições.

Aos amigos do CRR / CREPEIA pela troca de ensinamentos e experiências. Principalmente, Léo e Pedro, por contribuírem com os seus conhecimentos através dos nossos grupos de discussões.

À equipe do “Curso de Prevenção ao Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas”, principalmente às queridas Andressa, Lídia e Maira, que sempre estiveram dispostas a contribuir com o estudo. O esforço de vocês muito me ajudou.

Aos educadores participantes do estudo, tutores e alunos, pela dedicação e paciência em responder cada pergunta e auxiliar no aperfeiçoamento de ações nas escolas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado.

À Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Justiça (MJ) e Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) pelo apoio à pesquisa.

Por fim, à todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento durante esta etapa e para a concretização deste sonho.

## RESUMO

**Introdução:** A criação de uma medida de avaliação da atitude acerca do uso de álcool, tabaco e outras drogas para educadores faz-se importante à medida que pode auxiliar no aperfeiçoamento dos programas de capacitação destes profissionais e na consequente qualidade de suas ações, através da avaliação da mudança de suas atitudes. **Objetivo:** Neste sentido, o objetivo geral do presente estudo consiste em desenvolver uma escala que avalie a atitude de educadores frente ao uso de drogas fundamentada na Psicologia Social Cognitiva.

**Metodologia:** Com intuito de realizar o objetivo proposto, o estudo foi dividido em duas etapas. Primeiramente realizou-se a construção do instrumento, para esta construção seguiu-se as normas para desenvolvimento de instrumentos educacionais e psicológicos “Standart for Educational and Psychological Testing”: 1) primeiramente realizou-se a seleção dos instrumentos; 2) adaptação temática e adaptação métrica dos itens; 3) matriciamento dos itens; 4) avaliação dos especialistas, 5) avaliação do juiz; 6) grupo focal e, por fim, 8) pré-teste. Na segunda etapa do estudo, a Escala de Atitudes de Educadores sobre Uso de Drogas foi aplicada em 2766 educadores de escolas públicas, com o objetivo de verificar suas propriedades psicométricas. **Resultados:** Após a realização dos procedimentos necessários para a construção da escala, obteve-se um instrumento com 39 itens, que foram aplicados nos profissionais e apresentou evidências de validade satisfatórias. Após a análise fatorial por componentes principais, oito itens foram eliminados na escala. A nova escala apresentou 31 itens, que através da análise fatorial confirmatória e Teoria de Resposta ao Item, foram divididos em duas escalas. Uma escala que mede os aspectos cognitivos da atitude, composta por 16 itens, e uma escala dos aspectos afetivos da atitude, composta por 15 itens. Apesar da dificuldade de avaliar a dimensão afetiva da atitude, principalmente pelo fato da deseabilidade social dos respondentes, a escala apresentou resultados satisfatórios quanto suas propriedades psicométricas, indicando o seu uso para a população de educadores.

**Conclusão:** Apesar das limitações, o estudo avança a medida que consegue avaliar se forma satisfatória a dimensão cognitiva e afetiva da atitude. Aspectos essenciais para uma melhor elaboração das práticas de prevenção do uso de drogas no contexto escolar, uma vez que a escola é ambiente estratégico dessas ações com as crianças e os adolescente

**Palavras-chave:** Atitude, Drogas, Educadores, Construção de Instrumentos, Psicometria.



## ABSTRACT

**Introduction:** Developing a measure to assess the attitude about the use of alcohol, tobacco and other drugs for educators is important since it can help professionals attending training programs and the consequent quality in the assessment of change in their attitudes. **Objective:** In this sense, the general objective of this study is to develop a scale to assess the attitude of teachers towards the use of drugs based on the Social Cognitive Psychology. **Methodology:** In order to accomplish the proposed objective, the study was divided into two stages. First there was the construction of the instrument, following the "Standard for Educational and Psychological Testing": 1) First there was the selection of existing instruments; 2) thematic adaptation and metric adaptation of items from those instruments; 3) dimension allocation of items; 4) evaluation of experts, 5) evaluation of the judge; 6) focus group, and finally, 8) pre-test. In the second stage of the study, Drug Use on Educators' Attitude Scale was applied to 2766 educators from public schools, in order to verify its psychometric properties. **Results:** Upon completion of the necessary procedures for the construction of the scale, we obtained an instrument with 39 items, which were applied in teachers and presented satisfactory validity of evidence. After principal component analysis, eight items were eliminated from scale. The new version comprised 31 items, which through confirmatory factor analysis and item response theory, evidenced the two dimension scale: A scale that measures the cognitive aspects of attitude consisting of 16 items, and a range of affective aspects of attitude, composed of 15 items. However difficult to assess the affective dimension of attitude, especially because social desirability of respondents, the scale showed satisfactory results how its psychometric properties, indicating its use for the population of educators. **Conclusion:** Despite the limitations, the field progresses as the cognitive and affective dimension of attitude can be assessed satisfactorily and it is essential for better preparation of the practices of prevention of drug use in the school context, since the school is strategic environment of these actions with children and teenagers.

**Keywords:** Attitude, Drugs, Educators, Instrument Construction, Psychometrics.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
1.1	Aspectos Históricos e Conceituais da Atitude .....	16
1.2	Formação das Atitudes.....	20
1.3	Implicações da Atitude .....	22
1.3.1	Atitude em relação ao uso de drogas .....	22
1.3.2	Atitude entre Educadores.....	23
1.3.3	Mensuração da Atitude .....	25
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Objetivo Geral.....	27
2.2	Objetivos Específicos .....	27
3	MÉTODO.....	28
3.1	Primeira etapa: Construção da Escala.....	29
3.1.1	Procedimentos .....	29
3.1.2	Pré-teste .....	32
3.1.3	Instrumentos .....	33
3.2	Segunda Etapa: Propriedades Psicométricas da Escala de Atitude .....	34
3.2.1	Procedimentos .....	34
3.2.2	Participantes .....	34
3.2.3	Instrumentos .....	35
4	ANÁLISE DE DADOS.....	35
4.1	Primeira Etapa: Análises do Estudo Piloto .....	35
4.2	Segunda Etapa: Propriedades Psicométricas da Escala de Atitude .....	36
5	RESULTADOS .....	37
5.1	Primeira etapa: Construção da escala de atitude.....	37
5.2	Segunda Etapa: Propriedades Psicométricas da Escala de Atitude .....	46
6	DISCUSSÃO.....	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
8	REFERÊNCIAS .....	79
9	APÊNDICES .....	88
9.1	Apêndice A: Tabela completa de construção dos itens. ....	88
9.2	Apêndice B: Aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através da Plataforma Brasil .....	92
9.3	Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	94

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Matriciamento dos itens.....	38
<b>Tabela 2.</b> Construção dos Itens.....	40
<b>Tabela 3.</b> Cargas Fatoriais, após rotação, por fator – Escala com 42 itens .....	43
<b>Tabela 4.</b> Cargas Fatoriais, após rotação, por fator - Escala com 39 itens .....	47
<b>Tabela 5.</b> Cargas Fatoriais, após rotação, por fator – Escala com 31 itens .....	50
<b>Tabela 6.</b> Análise Fatorial Confirmatória da matriz exploratória.....	53
<b>Tabela 7.</b> Análise Fatorial Confirmatória da matriz teórica .....	54
<b>Tabela 8.</b> Avaliação da discriminação dos itens da Escala Cognitiva.....	56
<b>Tabela 9.</b> Avaliação da discriminação dos itens da Escala Afetiva.....	65

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Descrição dos procedimentos da primeira etapa.....	32
<b>Figura 2.</b> Gráfico Scree Plot .....	43
<b>Figura 3.</b> Curvas características do itens 1, 2, 3 e 4 da Escala Cognitiva .....	58
<b>Figura 4.</b> Curvas características do itens 5, 6, 7 e 8 da Escala Cognitiva .....	59
<b>Figura 5.</b> Curvas características do itens 9, 10, 12 e 14 da Escala Cognitiva .....	60
<b>Figura 6.</b> Curvas características do itens 16, 17, 24 e 29 da Escala Cognitiva .....	61
<b>Figura 7.</b> Histograma dos escores de frequência dos respondentes em relação ao aspecto cognitivo da atitude .....	62
<b>Figura 8.</b> Informação Geral dos Itens da Escala Cognitiva .....	63
<b>Figura 9.</b> Curva de Informação dos Itens da Escala Cognitiva .....	64
<b>Figura 10.</b> Curvas características do itens 11, 13, 15 e 18 da Escala Afetiva .....	66
<b>Figura 11.</b> Curvas características do itens 19, 20, 21 e 22 da Escala Afetiva .....	67
<b>Figura 12.</b> Curvas características do itens 23, 25, 26 e 27 da Escala Afetiva .....	68
<b>Figura 13.</b> Curvas características do itens 28, 30 e 31 da Escala Afetiva .....	69
<b>Figura 14.</b> Histograma dos escores de frequência dos respondentes em relação ao aspecto afetivos da atitude .....	70
<b>Figura 15.</b> Informação Geral dos Itens da Escala Afetiva.....	71
<b>Figura 16.</b> Curva de Informação dos Itens da Escala Afetiva .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada uma etapa importante do desenvolvimento, por ser uma fase de transição entre a infância e a vida adulta no qual ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais (Teixeira, 2006). O adolescente transita em uma multiplicidade de contextos sociais e interpessoais, que representam desafios adicionais e maiores possibilidades destes virem a desenvolver problemas no desenvolvimento, com consequências negativas na saúde (Teixeira, 2006). Na busca de sua autonomia, algumas vezes é natural que o adolescente desenvolva certas atitudes consideradas arriscadas. Sua crescente necessidade de liberdade o leva a uma resistência à proteção dos adultos, e a enfrentar situações e condutas de risco, que podem apresentar uma grave ameaça ao seu desenvolvimento (Gil, Mello, Ferriani & Silva, 2008).

Por ser uma época de desenvolvimento e conseqüente exposição aos riscos, é na adolescência que geralmente ocorre o primeiro consumo de drogas, frequentemente com sua experimentação (NIDA, 2003; Sloboda, 2005). Para alguns adolescentes, o uso de substâncias será apenas parte de seu processo de desenvolvimento, podendo cessar com seu amadurecimento. Outros, porém, podem desenvolver um uso mais pesado, caracterizado pela dependência, interrompendo o processo natural da adolescência, trazendo graves conseqüências para a vida desses indivíduos (Scivoletto, 2001).

Pelo fato de nesta etapa haver diversas mudanças emocionais, fisiológicas e psicológicas, bem como a presença de variados fatores de risco (baixo apego escolar, amigos ou familiares usuários, comportamentos estressores), os adolescentes iniciam o seu consumo com as drogas chamadas “sociais”, como o álcool e o tabaco (Gil et al., 2008). Um estudo sobre drogas e delitos da Organização Mundial da Saúde, demonstra que os adolescentes estão iniciando também o uso de drogas ilícitas cada vez mais cedo (Galduróz, Noto, Fonseca

& Carlini, 2005). Uma estratégia indicada para atuar como mudança deste aspecto, auxiliando na modificação da situação do consumo de drogas na sociedade, é a prevenção (Ronzani, 2013).

As ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas ganham força em todo mundo, à medida que se observa que os tratamentos atuais, para pessoas que já se tornaram dependentes, são pouco eficazes e apresentam pouco impacto para a mudança dos problemas associados ao uso e à prevalência de dependência (Babor et al., 2003; WHO, 2002). De uma forma geral, as estratégias de prevenção são de grande importância para vários problemas de saúde, visto que o número de pessoas sob risco de sofrer algum dano é maior do que as pessoas que já apresentam algum problema, o chamado paradoxo da prevenção (Ronzani, 2013).

No que se refere à prevenção ao uso de drogas, faz-se crucial que a atuação seja diretamente e concomitantemente com os fatores protetivos do adolescente. De acordo com levantamento realizado por Hanson (2002), os principais fatores protetores ao uso de drogas incluem: a família (pelo estabelecimento de laços afetivos entre seus membros; monitoramento das atividades e amizades do adolescente; construção de conduta social); forte envolvimento com atividade escolar e/ou religiosa e disponibilidade de informações convencionais sobre o uso de drogas. (Sanchez, Oliveira & Napo, 2004).

De acordo com as políticas de prevenção, a escola é um ambiente estratégico para ações, pelo fato de concentrar adolescentes de diferentes faixas etárias e características, e também em situação de risco para possíveis problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Silva & De Micheli, 2011; Sloboda & Bukoski, 2006; Tavares, Bonito & Oliveira, 2013). No ambiente escolar se concentram jovens de diferentes faixas etárias e características, o que o torna um ambiente propício a atuação (Sloboda & Bukoski, 2006).

Todavia, apesar da importância e eficiência comprovada das práticas de prevenção no contexto escolar, existem algumas barreiras para a efetivação das estratégias preventivas neste ambiente, bem como em outros ambientes de atuação. Fatores como a formação, crenças e atitudes dos educadores acerca do uso de drogas são fundamentais para a efetivação de algumas ações (Ronzani & Formigoni, 2008).

Uma importante estratégia de ação entre estes educadores enfoca em sua mudança de atitude em relação à população envolvida (Babor et al., 2003). Segundo Eagly & Chaiken (1993b), as atitudes formam-se com base em tendências psicológicas que fazem referência ao estado interno de um indivíduo, podendo expressar-se de três formas: cognitiva, afetiva e comportamental. Neste sentido, é possível que uma representação mental de uma atitude seja armazenada na memória, podendo ser ativada pela presença do objeto da atitude ou de ideias relacionadas à ela.

Na Psicologia Social Cognitiva, mais especificamente em relação ao conceito de atitude, não há uma tradição nacional de construção e avaliação de instrumentos de medidas, principalmente no que se refere à temática de álcool e outras drogas. Muitas avaliações do construto são realizadas, porém, com resultados insatisfatórios no que se refere à medida, o que tem levado diversos estudiosos a fazerem referência às atitudes de maneira extremamente vaga e superficial.

No Brasil, não foi encontrada uma escala para avaliar especificamente a atitude de educadores acerca do uso de álcool e outras drogas, bem como sua mudança entre atores sociais presentes nas escolas. No entanto, existem algumas escalas que medem este construto para outra população alvo, como escalas de atitude para transtorno mental, escalas que avaliam a crença de profissionais. Neste sentido, a criação de uma medida de avaliação deste construto é importante, à medida que pode auxiliar no aperfeiçoamento dos programas de capacitação destes profissionais e na consequente qualidade de suas ações, avaliando a

mudança de suas atitudes e o seu impacto para a prática profissional mediante os adolescentes nas escolas.

### 1.1 Aspectos Históricos e Conceituais da Atitude

No contexto da Psicologia Social, a atitude constitui um dos construtos mais antigos (Ferreira, 2010). O termo foi utilizado pela primeira vez em 1918 por dois sociólogos, Thomas e Znaniecki, em sua pesquisa sobre camponeses poloneses emigrados em massa para diversos países europeus e para os EUA (Cavazza, 2008). Os sociólogos definiram a atitude como sendo um processo da consciência individual que determina a ação (Cavazza, 2008). Em sua pesquisa acerca das atitudes e valores, os dois sociólogos relatam que a relação entre a cultura e os indivíduos pode ser melhor aprendida se os problemas dessa relação forem interpretados levando em consideração os “valores sociais” e “atitudes” (Cavazza, 2008). Reforçando a perspectiva de que a atitude é um estado de motivação que causa o comportamento.

O conceito de atitude é considerado por muitos autores como sendo o conceito central da Psicologia Social, desde Thomas & Znaniecki, que definiram a psicologia social como o estudo científico de atitudes (Schwarz, 2001). Há cerca de 80 anos atrás, Allport (1935), afirmou ser a atitude o conceito mais distintivo e indispensável na psicologia social americana. Avaliação considerada apropriada atualmente por autores como Schwarz (2001), uma vez que as atitudes, segundo o autor, são relatadas e definidas na literatura da psicologia social.

As primeiras definições de atitude apresentavam aspectos mais amplos e abrangentes, sendo definidas, na maioria das vezes, como contendo componentes cognitivos, afetivos, motivacionais e componentes comportamentais (Schwarz, 2001). Em 1935, Allport definiu atitude como sendo um estado mental e neural que é organizado através de experiências e que



exerce influência direta nas respostas aos objetos e situações com as quais está relacionada (Simonson & Maushak, 2001). Krech e Crutchfield, em 1948, diferenciaram a atitude de crenças, definindo atitude como “uma organização duradoura de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e cognitivos e no que se refere a algum aspecto do mundo do indivíduo” (p.152). Estas definições de atitudes, enfatizaram o seu caráter amplo e duradouro e sua estreita relação com os comportamentos dos indivíduos (Schwarz, 2001).

No entanto, a definição do conceito foi modificando no decorrer do tempo e, alguns anos depois, outros teóricos se baseavam apenas na atitude como a probabilidade de uma pessoa se comportar de determinada forma de acordo com uma situação específica, como por exemplo, o sociólogo Fuson e o psicólogo Campbell (Schwarz, 2001). Essa amplitude do conceito de atitude foi se perdendo nas próximas décadas e foi reduzida, em algumas definições, à apenas o seu componente avaliativo (positivo/negativo; gosto/não gosto; favorável/desfavorável) (Schwarz, 2001).

Em 1991, Zimbardo, e Leippe definiram a atitude como uma avaliação em direção a algum objeto com base em aspectos das cognições, reações afetivas, intenções comportamentais e os comportamentos do passado (Simonson & Maushak, 2001). Dessa forma, os autores se referiam à atitude como uma predisposição para responder, estando relacionada a como as pessoas percebem as situações em que se encontram, variando na direção, em grau e em intensidade.

O conceito de atitude, portanto, é algo difícil de ser definido de forma adequada, pelo fato de possuir usos e conotações leigas da palavra, e também por ser um conceito definido por muitos de maneira diferente (Simonson & Maushak, 2001). Segundo Maio e Haddock (2009), atitude é definida como uma associação presente na memória entre um objeto de atitude e a sua avaliação, que pode ser considerada favorável ou desfavorável. Já para Eagly

& Chaiken (1993b) atitude é definida como uma tendência psicológica expressa através da avaliação de uma entidade particular com algum grau de favor ou desfavor.

O conceito de atitude é descrito pela literatura como um estado mental (Delamater, Michener & Myers, 2005), sendo conceituado como avaliações gerais e duradouras dos objetos presentes no mundo social, o que abrange pessoas, grupos, comportamentos, entre outros (Bohner & Dickel, 2011, Ferreira, 2010). É uma predisposição a responder a algum objeto de forma positiva ou negativa (Bohner & Dickel, 2011, Ferreira, 2010, Petty, Briñol & DeMarree, 2007).

Alguns teóricos acreditam que as atitudes são entidades estáveis armazenadas na memória, outros definem a atitude como algo construído no local e momento a partir das informações das situações (Bohner & Dickel, 2011). De acordo com a perspectiva que considera a atitude como estável, postula-se que o construto refere-se à “matriz de avaliações armazenadas na memória” (Visser & Mirabile; 2004) ou "objetos ligados à memória para associações de avaliações globais" (Petty, Brinol, & DeMarree; 2007). Por outro lado, na perspectiva construcionista, encontramos o modelo proposto por Schwarz (2007), que considera as atitudes como não sendo disposições duradouras, mas como juízos de valor que são construídos na situação com base em informação acessadas. Considera-se ainda que a construção da atitude possui diferentes significados para processos associativos e propositivos, ou sejam, um estado dependente do tempo e do sistema, e não é algo duradouro e estável (Gawronski & Bodenhausen, 2007; Bohner & Dickel, 2011).

Em contrapartida, existem alguns autores que possuem uma postura intermediária em relação à definição do conceito, como os que apresentam uma definição mais ampla que engloba as principais características das demais definições e avaliações de atitude, considerada "definição guarda-chuva". Segundo Eagly & Chaiken (1993b), as atitudes formam-se com base em tendências psicológicas que fazem referência ao estado interno de

um indivíduo, podendo expressar-se de três formas: cognitiva, afetiva e comportamental. Neste sentido, é possível que uma representação mental de uma atitude seja armazenada na memória, podendo ser ativada pela presença do objeto da atitude ou de ideias relacionadas à ela. Definição esta que é utilizada no presente estudo para a criação da nova escala.

O componente cognitivo da atitude se refere às avaliações baseadas principalmente nas crenças, no conteúdo sobre os nossos pensamentos, opiniões e ponderação dos dados relevantes de um determinado objeto social. O componente afetivo, é capaz de possuir direção negativa ou positiva e uma predisposição comportamental para reagir em relação ao objeto, sendo uma atitude baseada em emoções e valores individuais e adquiridos socialmente. Enfim, o componente comportamental está associado aos fundamentos e observações realizadas acerca do comportamento (Aronson, Wilson & Akert, 2011). Na atitude existe uma coerência em relação ao que se pensa, se sente e como se comporta, no entanto, nem sempre existe um comportamento ou este é passível de percepção. Portanto, tem-se priorizado as investigações à partir dos componentes cognitivos e afetivos (Aronson, Wilson & Akert, 2011).

Por fim, outro aspecto bastante discutido acerca da atitude é em relação ao seu conceito de força. A intensidade da atitude é um aspecto importante ao passo que está associada a sua estabilidade ou memorização. A força ou intensidade da atitude é definida como o quanto que as atitudes manifestam em relação a sua durabilidade e seu impacto (Crano & Prislin, 2006). É suposto que as atitudes fortes são mais estáveis através das situações e ao longo do tempo e podem, portanto, serem consistentemente chamadas de memória, à medida que as atitudes fracas são menos acessíveis e, portanto, mais suscetíveis a influências do contexto (Bohner & Dickel, 2011). Além disso, existem atitudes ambivalentes, nas quais as avaliações positivas e negativas estão ligadas ao mesmo objeto, podendo este

juízo ser relativo de acordo com a situação, mesmo que estas atitudes sejam mais estáveis e fortes ao longo do tempo (Bohner & Dickel, 2011).

Diante da complexidade conceitual das atitudes, faz-se importante combinar os pontos fortes das abordagens e levar em conta tanto os aspectos estáveis e circunstancialmente variáveis, quando se trabalha com atitudes. A seguir, serão apresentados os aspectos relacionados à formação de atitudes.

## **1.2 Formação das Atitudes**

As atitudes orientam a relação entre o indivíduo e o ambiente, além de permitirem uma expressão pessoal de si. Elas podem se formar através da relação direta com o objeto, por meio da observação e também da comunicação.

Alguns teóricos afirmam que as atitudes verdadeiras e próprias, são apenas aquelas na qual o indivíduo possui um encontro com o objeto, provocando uma resposta avaliatória. Neste sentido, para Eagly & Chaiken (1998), a formação da atitude necessita da experiência direta ou indireta com o objeto.

Portanto, o processo de formação de atitude pode ser construído através de três formas:

- A experiência direta com o objeto;
- A observação da experiência dos outros com o objeto;
- A comunicação sobre o objeto.

A experiência direta com o objeto permite que o indivíduo colete um maior número de informações sobre suas características, forme crenças e avaliações acerca do objeto o que influencia diretamente em sua atitude. Esta experiência é capaz de fazer com que o indivíduo confronte outros objetos semelhantes ao experienciado e, conseqüentemente categorize estes

em classes conhecidas, além de fazer inferências acerca de objetos não contatados diretamente (Cavazza, 2008).

Outra maneira de se formar as atitudes está associada a aprendizagem através da imitação. Um indivíduo é capaz de formar uma atitude acerca de um objeto sem ao menos ter contato direto com ele, apenas através da observação da forma como as outras pessoas lidam com este objeto. Esta aprendizagem possui consequências em termos de aprovação ou reprovação social, à medida que o compartilhamento de estereótipos, preconceitos e estigmas fazem parte também desse processo de aprendizagem e nem sempre de contato direto com o objeto avaliado (Cavazza, 2008).

Por fim, pode-se formar atitudes através do processo de comunicação, através de informações provenientes de outras fontes como jornais, livros, televisão, amigos, entre outros (Heidemann, Araújo & Veit, 2012). O papel de outras pessoas para a formação das atitudes sempre foi um aspecto bastante considerado na Psicologia Social, à medida que salienta a necessidade que um indivíduo tem de confrontar os seus padrões com a posição de outros indivíduos, principalmente acerca de questões que apresentam um reflexo social (Cavazza, 2008).

Estas crenças que são formadas em relação à determinados objetos podem persistir ou enfraquecer e até mesmo desaparecer com o passar do tempo. Podendo-se formar novas crenças, e dessa forma, gerar um grande número de crenças acerca de um determinado objeto. No entanto, alguns autores apontam que apenas um número restrito de crenças (oito ou nove), atuam como crenças denominadas salientes e determinam a atitude do indivíduo (Ajzen, 1991a, apud Heidemann, Araújo & Veit, 2012).

### **1.3 Implicações da Atitude**

#### *1.3.1 Atitude em relação ao uso de drogas*

O uso de drogas é uma condição considerada, por muitos, como mais provável de ser vista como negativa (Link, et al., 1997), sendo a dependência da droga uma das condições mais estigmatizantes (Ronzani, 2013). O consumo de drogas é um comportamento socialmente reprovado, porém, as opiniões se diferenciam de modo consistente em relação à substância psicotrópica considerada: grande tolerância para as drogas comumente chamadas de “leves”, maior rigor para as “pesadas”.

As atitudes negativas em relação ao uso produzem, muitas vezes, atribuições de responsabilidade pessoal e moral ao usuário de drogas. Estas atitudes moralistas acerca do uso, reduzem a tolerância das pessoas em relação ao indivíduo e aumentam, conseqüentemente, o estigma para com aqueles que fazem uso de drogas (Luoma et al, 2007;. Peele, 1998). Por sua vez, este estigma pode gerar uma barreira pessoal de aceitação ao indivíduo, atrasando ou interrompendo a busca pelo tratamento (Broadus, Hatyje, Roget & Cahoon, 2010).

Broadus et al., (2010) apresentou a pesquisa do National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA) na qual avaliou-se o tratamento recebido pelos indivíduos que preenchiam critérios diagnósticos para transtorno por abuso de substância. Dos 23 milhões de pessoas, 21 milhões não receberam tratamento. Quando questionados, 3,7% concordaram que precisavam de tratamento, mas não fez nenhum esforço para obter ajuda e 95,2% se recusou a acreditar que precisavam de tratamento. Dessa forma, demonstra o quanto que as crenças e atitudes de usuários atuam como uma barreira para a procura do tratamento.

As atitudes dos profissionais estão diretamente associadas com os resultados dos usuários no que se refere ao tratamento, podendo ter um impacto positivo ou negativo (Sowa

& Cutter, 1974). Por ser o profissional, aquele que possui contato direto com o paciente, quando ele possui uma atitude negativa, o paciente pode, em contrapartida, desenvolver uma postura hostil ou contra-terapêutica, influenciando no tratamento e recuperação.

A percepção e atitude negativa dos profissionais de saúde frente aos usuários de drogas pode gerar desesperança e desestímulo em relação ao seu tratamento. Os resultados de um estudo de Lopes e Luís (2005) demonstram que, desde estudantes, alguns profissionais já possuem uma percepção negativa do usuário de drogas, a maior parte dos estudantes de enfermagem entrevistados, não acreditam no potencial de reabilitação do usuário, sendo este pensamento fruto da crença de que uso de drogas é ruim, avaliando moralmente como errado (Lopes & Luís, 2005). Estas atitudes, segundo Vargas & Lubate (2006), estão diretamente associadas às experiências vividas pelos indivíduos, valores, conhecimentos adquiridos, crenças e opiniões de outras pessoas do convívio social.

Uma vez que as atitudes dos profissionais estão diretamente associadas com a recuperação do dependente de drogas e também com as estratégias de prevenção, faz-se necessária a retirada da responsabilização do usuário através de um julgamento moralista acerca do uso, associando o uso de drogas à degradação moral do indivíduo (Ramos & Bertolote, 1997). Rotular o usuário e ver o uso como algo moralmente errado, associando o uso a uma fraqueza de caráter, limita as ações preventivas e de tratamento, influenciando nas estratégias de mudanças de comportamento e recuperação do indivíduo.

### *1.3.2 Atitude entre Educadores*

A Lei de Diretrizes Bases (LDB,1996) afirma que a escola tem como objetivo desenvolver as competências dos alunos, com o intuito de que os mesmos sejam capazes de refletir e intervir na realidade social, de forma a exercer ativamente sua cidadania (Fonseca,

Gouveia, Gouveia, Pimentel & Medeiros, 2007). Neste sentido, é na escola que as crianças e os adolescentes geralmente constroem um conjunto de crenças acerca do contexto social, escolar, cultural, moral e do processo de ensino-aprendizagem que irão subsidiar suas atitudes posteriormente. Por conseguinte, a escola é considerada uma estrutura organizacional de ampla importância na vida do aluno, a ponto de oferecer a base necessária para a formação acadêmica, afetiva e social (Fonseca et al., 2007).

No que se refere ao uso de drogas, estratégias de caráter preventivo são fundamentais e é importante que estas sejam desenvolvidas por professores dos Ensinos Fundamental e Médio, com o intuito de atingir, principalmente, a população adolescente (Armelin, 1999). A Legislação Brasileira sobre o Uso de Drogas sempre regulamentou a formação continuada de professores na área de prevenção ao uso de drogas, e a implantação de projetos pedagógicos nos ensinos público e privado (Moreira, Silveira, Andreoli, 2006a; Mukoma, Flisher, 2004), uma vez que estas medidas podem influenciar diretamente na percepção e consequente atitude desses profissionais perante à temática de drogas.

Algumas pesquisas em educação sugerem que a atitude de professores está diretamente associada com a aprendizagem e atitude de alunos perante um tema. Neste sentido, é plausível esperar que as atitudes dos educadores acerca do uso de drogas são importantes para a aprendizagem do aluno sobre a temática (Broadus et al., 2010) e consequente desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Por outro lado, Sodelli (2007) mostrou em seu estudo, que os professores, apesar de compreenderem a importância da prevenção às drogas como sendo um trabalho necessário no ambiente escolar, há uma tendência em não assumir esta tarefa, geralmente relegando-a a outros profissionais ditos mais especializados. Além disso, Sodelli (2007) também afirma que os cursos de formação destes profissionais para a prevenção não estão sendo capazes de promover alterações no que se refere aos comportamentos, valores e atitudes destes atores,



para que se sintam mais preparados a assumir a tarefa de trabalhar com a prevenção do uso de drogas no contexto escolar (Ferreira et al., 2010).

### 1.3.3 *Mensuração da Atitude*

A atitude é considerada um construto hipotético no qual não podemos observar diretamente, mas sim inferi-lo de acordo com indicadores apresentados através de auto relatos (resposta a um questionário) ou comportamentos dos indivíduos (Cavazza, 2008; Schwarz, 2001). Neste sentido, os auto relatos e avaliações da atitude são de grande importância para as inferências realizadas pelos pesquisadores acerca da natureza das atitudes.

Para que seja possível a avaliação de atitude de profissionais, bem como de suas mudanças, é preciso que se construa instrumentos passíveis de medir tal construto. As atitudes podem ser medidas por meio de instrumentos de auto relato, entrevistas ou através de experimentos que, além de avaliar as atitudes explícitas, são capazes de medir as atitudes implícitas.

Na Psicologia, existem duas formas de mensuração de um construto, uma delas denominada “*scalling*” psicofísico e outra é o modelo psicométrico. A primeira tradição de medida tem o objetivo de identificar as relações existente entre um estímulo físico e as sensações psicológicas que estes estímulos provocam. Já a tradição psicométrica tem como objetivo quantificar atributos que não possuem um referente físico. Através da resposta a uma série de itens concebidos como aspectos do construto geral, o indivíduo obtém uma pontuação referente a sua posição em relação à aquele atributo (Cavazza, 2008).

Os instrumentos de auto relato solicitam que o indivíduo avalie um objeto de sua atitude através de afirmações e escolhas de uma resposta numérica (Bohner & Dickel, 2011), e é considerada uma das mais populares formas de medir a atitude. No entanto, estas escalas estão sujeitas à disposição e capacidade dos indivíduos de relatarem suas reais atitudes, não

sendo capaz portanto, de inferir acerca de fatores implícitos da atitude. Alguns indivíduos não conseguem relatar, através das escalas, algumas de suas atitudes, procurando escondê-las, para se apresentar de forma mais positiva, fenômeno conhecido como desejabilidade social (Cazzava, 2008; Bohner & Dickel, 2011). Apesar desta limitação, as escalas são bastante utilizadas nos tempos atuais, principalmente por serem de fácil aplicação, por demandarem um tempo menor de aplicação e por serem mais fáceis de serem analisadas.

Uma abordagem de escala psicométrica para a medição das atitudes é a escala de Likert de 1932. Neste tipo de escala, é dado um conjunto de frases, e em relação a cada uma delas, o indivíduo deve atribuir o seu grau de concordância (Ferreira, 2012). A cada resposta a uma frase é atribuído um valor, de acordo com o posicionamento favorável ou desfavorável à afirmação. A medição de uma atitude do indivíduo é, portanto, dada pela posição que ele toma em relação ao conjunto das frases. O construto é então medido pela soma das pontuações das respostas aos itens (frases).

Para que o indivíduo seja capaz de responder uma pergunta acerca de sua atitude, ele precisa seguir um certo raciocínio: a) precisa interpretar a questão; b) recuperar informações relevantes a partir da memória; c) calcular um julgamento; (d) mapear o julgamento para um conjunto de alternativas de resposta fornecidos pelo pesquisador e, (e) podem editar o seu julgamento privado, antes de informá-lo ao pesquisador, por razões de conveniência social (Schwarz, 2001).

Dessa forma, a avaliação da atitude está extremamente relacionada com o contexto no qual o indivíduo está inserido, na forma como é descrito os itens de mensuração ou a ordem em que estes se apresentam. Todos estes fatores estão associados com a forma como a atitude será medida e nos resultados encontrados (Schwarz, 2001).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas de uma escala que avalie o construto de atitude de educadores em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, fundamentada na Perspectiva Social Cognitiva.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- 1) Realizar um levantamento dos instrumentos que medem atitudes ou algum aspecto da atitude como crenças e preconceito.
- 2) A partir dos instrumentos levantados, realizar a adaptação temática e métrica dos itens selecionados para a escala;
- 3) Propor uma versão validada do instrumento, composta por itens selecionados a partir de análises psicométricas fundamentadas na Teoria Clássica de Testes (TCT) e na Teoria de Resposta ao Item (TRI).

### 3 MÉTODO

A construção de um instrumento, assim como sua validação, é um processo complexo que requer uma série de cuidados para que ele seja capaz de medir o que está propondo, de acordo com sua dimensionalidade teórica (Beaton, et al., 2000; Pasquali, 1998). De acordo com Pasquali (1998), um instrumento deve seguir passos para que possa ser construído de forma válida e confiável. Para o autor, quatro fases são cruciais para a construção de um novo instrumento: a fase teórica, que se refere a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como sua operacionalização em itens, ou seja, a importância de definir de forma clara e baseada teoricamente, o seu construto. Apesar de ser uma das fases mais importantes segundo o autor, a teoria do traço latente na construção de muitos instrumentos é ignorada, se tornando a parte mais fraca da pesquisa e do conhecimento psicológico, o que tem como consequência a precariedade dos atuais instrumentos psicométricos de medida nessa área (Pasquali, 1998). Outra das quatro fases essenciais a construção de instrumentos de pesquisa é a de construção dos itens, que deve ser realizada respeitando os critérios de construção, bem como a criação de uma matriz. A validação do instrumento é a quarta fase destacada pelo autor, que se refere a avaliação das propriedades psicométricas da escala. Por fim, mas não menos importante, a fase de normatização do instrumento, que está associada com a definição de como os profissionais devem interpretar os escores da escala. Portanto, faz-se crucial a construção de um instrumento levando em consideração as fases de seu desenvolvimento, para que se crie escalas que meçam o construto que se propõe.

Para a construção e validação da presente escala, o estudo foi dividido em duas fases. A primeira fase consistiu no processo de construção e avaliação dos itens da escala por especialistas, bem como a aplicação de um pré-teste para o desenvolvimento da versão preliminar. A segunda fase do estudo consistiu na aplicação da escala, desenvolvida

anteriormente, na população de pesquisa bem como na verificação de sua validade e confiabilidade.

O presente estudo está inserido como uma proposta de avaliação do curso à distância, denominado “Curso de Prevenção do Uso de Drogas Para Educadores de Escolas Públicas – Edição 2013” (Brasil, 2012) desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça e pela Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação (MEC), e coordenado, em Juiz de Fora, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Esta pesquisa foi desenvolvida pelo Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA) da UFJF.

### **3.1 Primeira etapa: Construção da Escala**

#### *3.1.1 Procedimentos*

O desenvolvimento da nova escala, seguiu as normas para desenvolvimento de instrumentos educacionais e psicológicos “Standart for Educational and Psychological Testing” da American Educational Research Association (AERA) e Associação Americana de Psicologia (APA) (AERA, 2004). Segundo Coluci et al. (2015), a literatura destaca algumas etapas que devem ser seguidas para a construção de um instrumento: definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; estabelecimento da estrutura conceitual; construção dos itens e das escalas de resposta; seleção e organização dos itens; estruturação do instrumento; validade de Conteúdo; e pré-teste.

Primeiramente realizou-se a seleção dos principais instrumentos brasileiros, adaptados ou validados no Brasil, que avaliem o construto de atitude ou algum de seus componentes. Para o desenvolvimento da escala, foram utilizados como base os instrumentos adaptados para a população brasileira que avaliam atitude ou um construto cognitivo ou afetivo da atitude

(crença, estereótipo, preconceito). Realizou-se uma busca dos instrumentos nas bases: “Ericson”, “Medline”, “SciELO” e “PsycInfo”. Utilizou-se como descritores os seguintes termos: “atitude” “e” “escala” e “Attitude Scale”. Os instrumentos utilizados como modelo foram selecionados a partir dos seguintes critérios: 1) Instrumento que avalie atitude ou um dos construtos acerca da temática de álcool, tabaco e outras drogas ou população semelhante; 2) Possuir boas propriedades psicométricas; e 3) Instrumento de acesso e utilização públicos.

Posteriormente realizou-se a adaptação temática dos itens, com o intuito de adaptá-los de acordo com a cultura, e, também, de acordo com os termos do fenômeno sob estudo. Por exemplo, a mudança de termos como “transtorno mental” para “usuário de drogas”, entre outros. Após esta adaptação temática, realizou-se a adaptação da métrica, na qual os itens das escalas passaram pela mudança no que se refere a sua pontuação. O intuito foi de homogeneizar a pontuação das escalas tipo *Likert* de todos os itens. Após esta etapa, todos os itens pontuam de 0 (discordo totalmente) à 4 (concordo totalmente).

O próximo passo no procedimento foi o matriciamento dos itens de acordo com as dimensões de avaliação. Para este matriciamento, os itens foram divididos, pela autora e um especialista, em duas dimensões, a dimensão “Afetiva” e “Cognitiva” do construto de Atitude. Os itens que não se encaixaram na matriz foram excluídos da versão preliminar do questionário. Após este matriciamento foi realizada a avaliação dos itens por especialistas. Dez especialistas no tema e/ou especialistas em psicomетria e de construção de escalas, foram convidados a avaliar os itens e o seu matriciamento através de e-mail formal. Após o aceite, os especialistas tiveram quinze dias para a avaliação, com intuito de aprimorar os itens.

O próximo passo seguido pelos pesquisadores foi a comparação das avaliações realizadas pelos especialistas. Nesta etapa, dois pesquisadores compararam as avaliações com o intuito de entrar em um consenso final dos itens. Para realizar esta comparação, os pesquisadores utilizaram-se da regra de concordância entre os peritos, indicada por Wynd, et.

al (2003). Desta forma, os itens que possuíam 90% ou mais de concordância dos especialistas foram mantidos, e os que possuíam porcentagem inferior foram alterados. As sugestões dos especialistas foram acatadas à medida que estavam de acordo com o que foi proposto no objetivo do estudo.

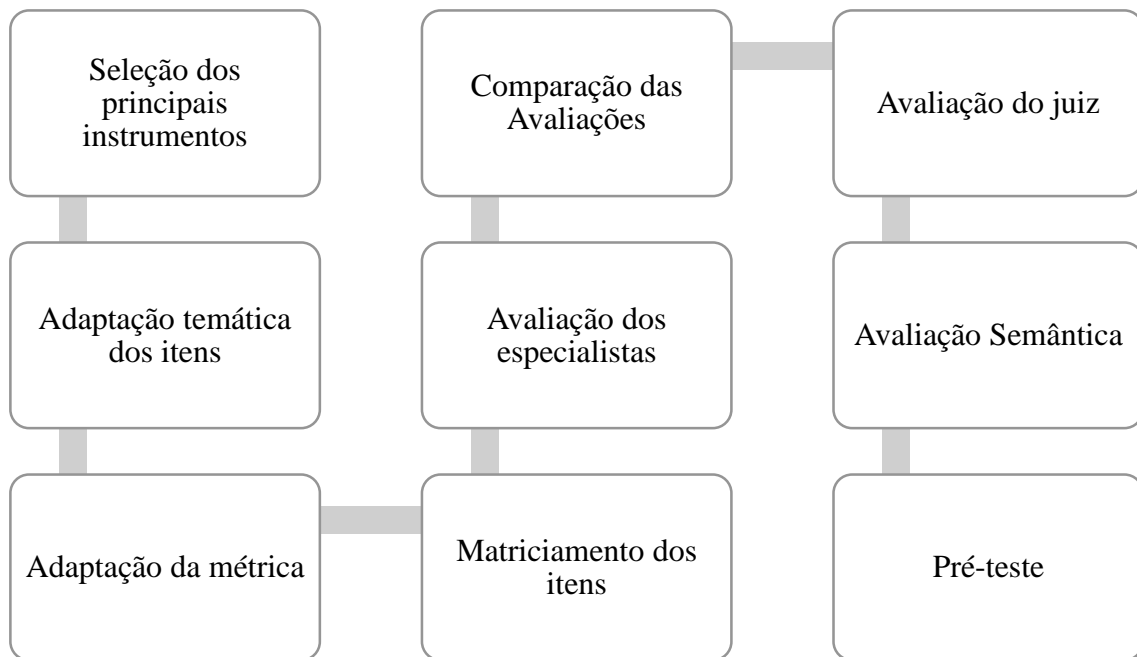
Após a comparação das avaliações, os itens passaram pela avaliação de um juiz, conhecedor do tema do estudo e também de construção de instrumento, que realizou as adequações necessárias nos itens.

Em continuidade com os procedimentos, os pesquisadores realizaram a avaliação semântica dos itens. Após a finalização da primeira versão da escala, foi realizado um grupo de discussão com quatro professores da rede pública de ensino, população alvo do instrumento. Eles avaliaram semanticamente a compreensão de cada item. O grupo foi conduzido por dois pesquisadores e, de acordo com as sugestões dos participantes, os itens foram alterados.

Por fim, o pré-teste consistiu, assim como sugere Beaton et al. (2002), na aplicação da escala em uma amostra da população alvo, com o propósito de verificar a forma como esta se comporta, bem como as dúvidas e a compreensão relativa às questões do instrumento.

As etapas do estudo estão sumarizadas na Figura 1.

**Figura 1.** Descrição dos procedimentos da primeira etapa



### 3.1.2 Pré-teste

Como finalização da construção foi realizado o pré-teste. Participaram do estudo educadores de escolas públicas que atuaram como tutores de um Curso à distância promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e conduzido em ambiente virtual. Foram convidados a participar os tutores do curso à distância que possuíam pelo menos um ano em docência. O convite foi feito com mensagens enviadas pela própria plataforma virtual de ensino à distância e durante uma reunião presencial com os seus respectivos coordenadores. Após o convite, os questionários ficaram disponíveis dentro da plataforma por um período de 15 dias (Abril/2015). Os participantes primeiramente consentiam com a realização da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em formato virtual, utilizando a plataforma Moodle com o *template* próprio da UFJF, conforme as normas da universidade. O presente estudo estava inserido em



um projeto geral intitulado “Capacitação e Avaliação de Educadores de Escolas Públicas para Prevenção do Uso de Drogas entre Adolescentes” que foi submetido e recebeu o aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da UFJF através da Plataforma Brasil – Parecer nº 787.766.

A participação na pesquisa levou em consideração a disponibilidade dos participantes, que eram capazes de interromper e retomar o preenchimento durante os quinze dias. Após o preenchimento do questionário, aqueles que o enviaram via plataforma, foram inseridos para a análise deste estudo. Dessa forma a amostra do pré-teste contou, inicialmente, com 167 respondentes, sendo que 26 participantes foram excluídos por não atenderem a pelo menos um dos critérios para inserção dos dados para análise: 1) Ter consentido com a participação na pesquisa através da assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) Ter o estágio do questionário como “finalizado” na plataforma e, por fim, 3) Ter preenchido todas as questões da escala com alguma das cinco alternativas propostas. Por fim, a amostra final foi de 141 respondentes.

### *3.1.3 Instrumentos*

Os questionários utilizados nos participantes, nesta etapa final de pré-teste, estavam em formato estruturado, com questões fechadas, autoaplicáveis, administrados individualmente através da plataforma virtual (Moodle), com caráter sigiloso:

**Questionário sóciodemográfico:** Esse questionário foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores com objetivo de conhecer as características da amostra. As variáveis avaliadas foram: gênero, idade, estado civil, nível de escolaridade, nível de atuação, principal formação e o contato com a temática.

**Escala de Atitudes de Educadores acerca do Uso de drogas (EAED):** escala desenvolvida pelo presente estudo.

## **3.2 Segunda Etapa: Propriedades Psicométricas da Escala de Atitude**

### *3.2.1 Procedimentos*

Para a realização da validação da Escala de Atitude, aplicou-se a escala construída na etapa anterior em educadores de escolas públicas que estavam matriculados e realizando o “Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas” (Brasil, 2012). Foram convidados a participar todos os educadores matriculados no curso através de mensagens enviadas pela plataforma virtual de ensino à distância, Moodle. Após o convite, os questionários ficaram disponíveis dentro da plataforma por um período de 15 dias (Junho/2014). Os participantes primeiramente consentiam com a realização da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em formato virtual, logo após o aceite o participante tinha acesso ao questionário sociodemográfico e posteriormente a escala de atitudes. A participação na pesquisa levou em consideração a disponibilidade dos participantes, que eram capazes de interromper e retomar o preenchimento durante os quinze dias. Após o preenchimento do questionário, aqueles que enviaram o questionário, foram inseridos para a análise deste estudo.

### *3.2.2 Participantes*

A amostra final do estudo contou, inicialmente com 3044 respondentes. Destes, 278 participantes foram excluídos por não atenderem a pelo menos um dos critérios para inserção dos dados para análise: 1) Ter consentido com a participação na pesquisa através da assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) Ter o estágio do questionário como “finalizado” na plataforma e, por fim, 3) Ter preenchido todas as questões da escala com alguma das cinco alternativas propostas. Totalizando uma amostra final de 2766 respondentes.

### 3.2.3 Instrumentos

**Questionário sóciodemográfico:** Esse questionário foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores com objetivo de conhecer as características da amostra. As variáveis avaliadas foram: gênero, idade, nível de escolaridade, nível de atuação e o contato com a temática.

**Escala de Atitudes de Educadores acerca do Uso de drogas (EAED):** escala desenvolvida na primeira etapa do estudo.

## 4 ANÁLISE DE DADOS

Durante todo o processo de desenvolvimento das análises, foram utilizadas ferramentas de código-aberto, para facilitar o reuso das técnicas e procedimentos desenvolvidos. Todo conteúdo do instrumento e de suas etapas está disponível para o público no repositório (<https://github.com/crepeia/ead-senad>).

Para a análise dos dados quantitativos do pré-teste e da amostra final do estudo foi utilizada a linguagem de programação R (R Core Team, 2015) usando o pacote car (Fox & Weisberg, 2011) na função “Recode”, para recodificar variáveis e os pacotes psych (Revelle, 2014), ltm (Rizopoulos, 2006) e mirt (Chalmers, 2012), para as análises psicométricas.

### 4.1 Primeira Etapa: Análises do Estudo Piloto

Foi realizada uma análise descritiva para a caracterização das amostras. Com intuito de avaliar a adequação da amostra quanto às suposições das análises psicométricas utilizou-se a Medida Kaiser-Meyer-Olkin – KMO (Kaiser, 1970) e o teste de esfericidade de Bartlett (1937). O alfa de *Cronbach* foi utilizado como coeficiente da consistência interna da escala (Cronbach, 1951). O número de fatores a serem retirados foi determinado pelo método da análise paralela através do gráfico Scree Plot (Humphreys & Montanelli, 1975).

Devido à natureza politômica dos itens, a Análise Fatorial foi feita sobre a matriz de correlação policórica (Holgado–Tello, Chacón–Moscoso, Barbero–García & Vila–Abad, 2010) entre os itens, utilizando-se o método de fatoração por componentes principais (Jolliffe, 2002). Como é esperado que os fatores sejam correlacionados por serem habilidades semelhantes, foi utilizada uma rotação oblíqua *Oblimin*.

#### **4.2 Segunda Etapa: Propriedades Psicométricas da Escala de Atitude**

Para a segunda etapa do estudo, com a amostra completa de educadores, além das análises realizadas na primeira etapa, utilizou-se também a Análise Fatorial Confirmatória, a fim de verificar a estrutura dimensional teórica e a estrutura dimensional obtida na análise por componentes principais. Sobre os itens que definiram um construto de dimensão única, foram ajustados modelos da Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TRI parte da suposição de que existe no indivíduo um traço latente relativo a uma característica individual. O traço latente determina como os itens de um instrumento serão respondidos, estabelecendo com cada item uma relação de probabilidade de resposta (Fletcher, 1994, citado em Sartes, 2010). Desta forma, foi aplicado o Modelo de Resposta Gradual de dois parâmetros (*Graded Response Model (GRM) 2PL*), adequado para escalas politômicas ordinais, no qual o primeiro parâmetro se refere à dificuldade média do item e o segundo parâmetro à discriminação do item.

Esta dificuldade média é na verdade uma medida resumo de outros  $k-1$  parâmetros, onde  $k$  é o número de categorias da escala ordinal do item. Estes parâmetros seriam equivalentes aos pontos de corte no traço latente para se discriminar as categorias.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Primeira etapa: Construção da escala de atitude

Durante a etapa de busca dos instrumentos, foram encontradas três escalas, são elas: Escala de Crenças e Estereótipo (Gomide et al., 2010) contendo 12 itens, todos os itens da escala foram adaptados e utilizados no desenvolvimento da nova escala; Escala de Crenças e Estereótipos acerca da Prática em Saúde (Babor et al., 1986) contendo 36 itens, destes, apenas 3 foram selecionados para compor a nova escala, visto que os outros itens mediam aspectos comportamentais das práticas; e, *Community Attitudes Towards Mentally Ill (CAMI)* elaborada por Taylor e Dear (1981) e adaptada no Brasil por Siqueira (2009), contendo 42 itens, sendo que, apenas 27 itens foram utilizados, uma vez que os demais itens são parte de uma subescala que avalia os aspectos comunitários do Transtorno Mental (Ideologia comunitária da saúde mental), portanto não se adequando a proposta do presente instrumento. Sendo assim, a versão preliminar da escala foi composta por 42 itens. Conforme descrito anteriormente, todos os itens foram adaptados para a forma de escala tipo *Likert* variando de 0 (Discordo Totalmente), 1 (Discordo), 2 (Nem concordo e nem discordo), 3 (Concordo) à 4 (Concordo Totalmente).

No matriciamento os itens foram divididos em “Dimensão Cognitiva” e “Dimensão Afetiva” de acordo com a definição de cada dimensão, no qual a dimensão cognitiva fazia referência às crenças, ao conteúdo e opinião sobre os pensamentos acerca do uso e usuário de drogas. E, a dimensão afetiva estava associada às emoções e valores individuais e adquiridos socialmente acerca do uso e usuário de drogas. A divisão dos itens finais por dimensão pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1.** Matriciamento dos itens

Itens	Dimensão
Usuários de drogas não têm força de vontade.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas têm menor destaque na sociedade.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas não podem ocupar cargos que exigem maior responsabilidade.	Dimensão Afetiva
O uso de drogas representa uma fraqueza de caráter.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas não se preocupam com si mesmos.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas são pessoas sem determinação.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas não querem parar de usá-las.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas têm menor escolaridade do que a maioria das outras pessoas.	Dimensão Cognitiva
A maioria dos usuários de drogas está desempregada.	Dimensão Cognitiva
O tratamento raramente ajuda o usuário de drogas.	Dimensão Afetiva
Não se deve ter grandes expectativas na relação com os usuários de drogas.	Dimensão Afetiva
Quem abusa de drogas pode aprender a diminuir o uso, tendo-o sob controle novamente.	Dimensão Cognitiva
Usuários de drogas podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.	Dimensão Afetiva/Cognitiva
As principais causas do uso de drogas é a falta de disciplina e autocontrole.	Dimensão Cognitiva
A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los isolados.	Dimensão Afetiva
Existem características que diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.	Dimensão Cognitiva

Uma pessoa deve ser hospitalizada assim que apresentar sinais de uso de drogas.	Dimensão Afetiva
Usuários de drogas precisam do mesmo tipo de controle e disciplina que as crianças.	Dimensão Cognitiva
A dependência de drogas é uma doença.	Dimensão Cognitiva
Os usuários de drogas são pessoas indesejáveis na sociedade.	Dimensão Afetiva
A sociedade não deveria se preocupar em proteger-se dos usuários de drogas.	Dimensão Afetiva
Qualquer pessoa pode se tornar um usuário de drogas.	Dimensão Cognitiva
Os usuários de drogas são responsáveis pelos problemas associados ao uso de drogas.	Dimensão Cognitiva
Os usuários de drogas devem ser isolados da sociedade.	Dimensão Afetiva
Uma pessoa seria ingênua em se casar com alguém que tenha sido usuário de drogas, mesmo que estivesse recuperado.	Dimensão Afetiva
As pessoas não gostariam de morar próximo a alguém que tenha sido usuário de drogas.	Dimensão Afetiva
Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer cargo público.	Dimensão Afetiva
Os usuários de drogas devem ser privados de seus direitos individuais.	Dimensão Afetiva
Usuários de drogas devem ser encorajados a assumir sua responsabilidade por suas atividades diárias.	Dimensão Cognitiva
Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.	Dimensão Afetiva
Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que as pessoas imaginam.	Dimensão Afetiva
Os usuários de drogas ainda são ridicularizados.	Dimensão Cognitiva
Devem ser gastos mais recursos públicos financeiros no tratamento dos usuários de drogas.	Dimensão Afetiva
A sociedade precisa ser mais tolerante com os usuários de drogas.	Dimensão Afetiva
A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.	Dimensão Afetiva
Os usuários de drogas merecem nossa simpatia.	Dimensão Afetiva

Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.	Dimensão Cognitiva
Aumentar o investimento nas políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.	Dimensão Afetiva
O número de serviços de tratamento é suficiente para o número de usuários de drogas.	Dimensão Afetiva
É melhor evitar alguém que tenha problemas com drogas.	Dimensão Afetiva

Após o matriciamento, os especialistas e juízes avaliaram os itens da escala e sugeriram mudanças. Dos 42 itens adaptados semanticamente, 33 sofreram algum tipo de modificação pelos especialistas e pelo juiz final. Após a análise de conteúdo das falas dos tutores, no grupo de discussão, uma nova adaptação de alguns itens foi realizada, dos 42 itens já adaptados, 11 sofreram novas modificações e 32 permaneceram da mesma forma. A construção inicial e todas as alterações realizadas dos onze itens estão exemplificadas na Tabela 2. A modificação completa dos itens se encontra no Apêndice A.

**Tabela 2.** Construção dos Itens

<b>Itens Originais da Escala</b>	<b>Itens após Adaptação Semântica e Métrica</b>	<b>Itens Após Avaliação dos especialistas e Juiz</b>	<b>Itens Finais após Grupo Focal</b>
Alcoolistas têm baixo status social	Usuários de drogas têm baixo status social	Usuários de drogas têm menos prestígio na sociedade.	Usuários de drogas têm menor destaque na sociedade.
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco.	Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de drogas.	Não se deve ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de drogas.	Não se deve ter grandes expectativas na relação com os usuários de drogas.



Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”.	Eu acho que os usuários de drogas não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”.	Usuários de drogas não podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.	Usuários de drogas podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.
Deveria ser dada menos importância em proteger a sociedade dos doentes mentais.	Deveria ser dada menos importância em proteger a sociedade dos usuários de drogas.	A sociedade deveria dar menos importância em se proteger dos usuários de drogas	A sociedade não deveria se preocupar em proteger-se dos usuários de drogas.
Os doentes mentais deveriam ser isolados do resto da comunidade.	Os usuários de drogas deveriam ser isolados do resto da comunidade.	Os usuários de drogas devem ser isolados da comunidade.	Os usuários de drogas devem ser isolados da sociedade.
Alguém que tenha uma história de doença mental deveria ser impedido de assumir qualquer emprego público.	Alguém que tenha uma história de uso de drogas deveria ser impedido de assumir qualquer emprego público	Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer emprego público.	Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer cargo público.
Os doentes mentais oferecem menos perigo do que a maioria das pessoas pensa.	Os usuários de drogas oferecem menos perigo do que a maioria das pessoas pensam.	Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que a maioria das pessoas pensam.	Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que as pessoas imaginam.
Os doentes mentais não merecem nossa simpatia.	Os usuários de drogas não merecem nossa simpatia.	Os usuários de drogas merecem nossa empatia.	Os usuários de drogas merecem nossa simpatia.
Os doentes mentais são um peso para a sociedade.	Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.	Os usuários de drogas são um fardo para a sociedade.	Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.
Aumentar as despesas com saúde mental é um desperdício de recursos públicos.	Aumentar as despesas com políticas de drogas é um desperdício de recursos públicos.	Aumentar as despesas com políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.	Aumentar o investimento nas políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.

---

Existem serviços de atendimento suficientes para os doentes mentais.

Existem serviços de atendimento suficientes para os usuários de drogas.

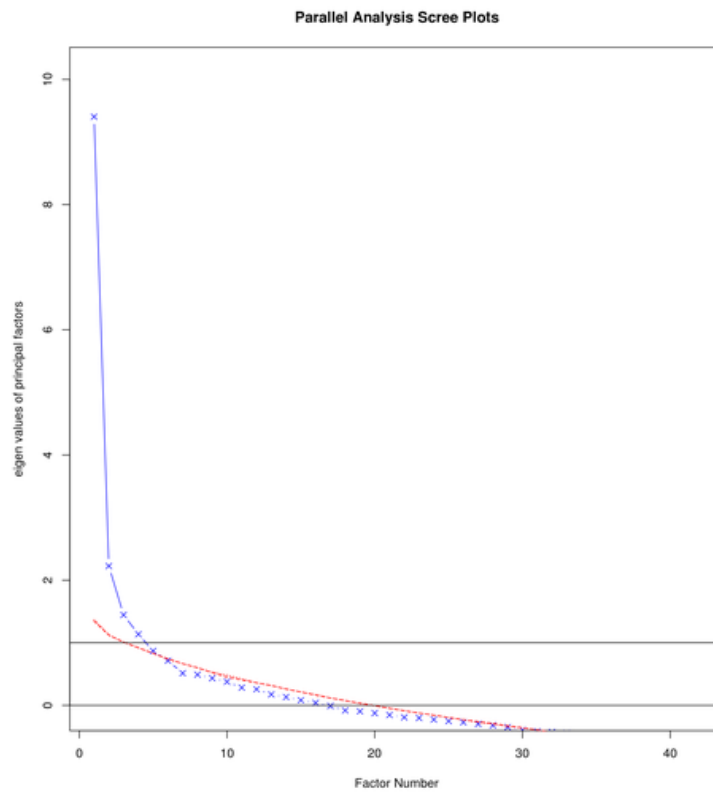
O número de serviços de tratamento para usuários de drogas é suficiente.

O número de serviços de tratamento é suficiente para o número de usuários de drogas.

Foram avaliados os dados sociodemográficos dos participantes e as propriedades psicométricas da escala para esta população. Dos 141 educadores, 85,8% eram do sexo feminino. A idade média da amostra foi de 38,2 anos (DP= 8,97). Aproximadamente 95,7% da amostra possuía como último nível de formação pós-graduação e todos possuíam ensino superior completo. O tempo mediano de atuação como professor foi de 11,8 anos (Distância Interquartílica = 10). No que se refere ao contato com o tema, aproximadamente 62% dos participantes lidaram com usuários de álcool e outras drogas, sendo que destes, grande parte (49%) lidaram no ambiente escolar e 27% na família.

Apesar da amostra do pré-teste ser reduzida para uma avaliação de propriedades psicométricas robustas, a escala demonstrou avaliações satisfatórias de suas propriedades. O valor alfa de *Cronbach* para escala com 42 itens foi de 0.91 (IC95%: 0,88 - 0,94). O índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0.82, considerada como boa (Hutcheson & Sofroniou, 1999 citado em Damásio 2012). O teste de Bartlett apontou para fatorabilidade da escala ( $K^2 = 327,7$ ,  $p < 0,001$ ).

A análise do gráfico *Scree Plot* (**Figura 2**) sugeriu o número de dois fatores a serem retirados da escala. A porcentagem de variância explicada foi de 37% e a correlação entre os fatores foi de 0,44. O fator 1, com itens relacionados a dimensão afetiva, foi composto por 18 itens e o fator 2, com itens relacionados a dimensão cognitiva, foi composto por 19 itens da escala (Tabela 3). Cinco itens ficaram com carga fatorial abaixo de 0,3, o que não permitiu a distribuição dos mesmos em algum fator.

**Figura 2.** Gráfico *Scree Plot*

Após a Análise Fatorial e a avaliação teórica dos itens, três dos cinco itens que não pontuaram em nenhum fator, com carga abaixo de 0,30, foram eliminados da escala (Item: 10, 20 e 24) por possuírem baixa carga fatorial, e que também tinham uma menor consistência teórica que os demais itens. Dessa forma, a escala final, para aplicação na população de educadores foi composta por 39 itens.

**Tabela 3.** Cargas Fatoriais, após rotação, por fator – Escala com 42 itens

Itens	Fator 1 (Dimensão Afetiva)	Fator 2 (Dimensão Cognitiva)
1- Usuários de drogas não têm força de vontade.		0,60

2- Usuários de drogas têm menor destaque na sociedade.	0,51
3- Usuários de drogas não podem ocupar cargos que exigem maior responsabilidade.	0,56
4- O uso de drogas representa uma fraqueza de caráter.	0,52
5- Usuários de drogas não se preocupam com si mesmos.	0,80
6- Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas.	0,69
7- Usuários de drogas são pessoas sem determinação.	0,81
8- Usuários de drogas não querem parar de usá-las.	0,41
9- Usuários de drogas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.	0,4
<b>10- Usuários de drogas têm menor escolaridade do que a maioria das outras pessoas.</b>	
11- A maioria dos usuários de drogas está desempregada.	0,35
12- O tratamento raramente ajuda o usuário de drogas.	0,49
13- Não se deve ter grandes expectativas na relação com os usuários de drogas.	0,47
14- Quem abusa de drogas pode aprender a diminuir o uso, tendo-o sob controle novamente.	-0,33
15- Usuários de drogas podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.	-0,69
16- As principais causas do uso de drogas é a falta de disciplina e autocontrole.	0,36
17- A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los isolados.	0,68
18- Existem características que diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.	0,54

19- Uma pessoa deve ser hospitalizada assim que apresentar sinais de uso de drogas.	0,36
<b>20- Usuários de drogas precisam do mesmo tipo de controle e disciplina que as crianças.</b>	
21- A dependência de drogas é uma doença.	-0,41
22- Os usuários de drogas são pessoas indesejáveis na sociedade.	0,49
23- A sociedade não deveria se preocupar em proteger-se dos usuários de drogas.	0,39
<b>24- Qualquer pessoa pode se tornar um usuário de drogas.</b>	
25- Os usuários de drogas são responsáveis pelos problemas associados ao uso de drogas.	0,53
26- Os usuários de drogas devem ser isolados da sociedade.	0,73
27- Uma pessoa seria ingênua em se casar com alguém que tenha sido usuário de drogas, mesmo que estivesse recuperado.	0,61
<b>28- As pessoas não gostariam de morar próximo a alguém que tenha sido usuário de drogas.</b>	
29- Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer cargo público.	0,61
30- Os usuários de drogas devem ser privados de seus direitos individuais.	0,68
31- Usuários de drogas devem ser encorajados a assumir sua responsabilidade por suas atividades diárias.	-0,57
32- Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.	-0,66
33- Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que as pessoas imaginam.	0,38
<b>34- Os usuários de drogas ainda são ridicularizados.</b>	
35- Devem ser gastos mais recursos públicos financeiros no tratamento dos usuários de drogas.	-0,55

36- A sociedade precisa ser mais tolerante com os usuários de drogas.	-0,31
37- A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.	-0,47
38- Os usuários de drogas merecem nossa simpatia.	-0,37
39- Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.	0,34
40- Aumentar o investimento nas políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.	0,69
41- O número de serviços de tratamento é suficiente para o número de usuários de drogas.	0,62
42- É melhor evitar alguém que tenha problemas com drogas.	0,38

---

**Negrito:** itens sem alocação em nenhum dos fatores

## 5.2 Segunda Etapa: Propriedades Psicométricas da Escala de Atitude

Para a avaliação das propriedades psicométricas da escala, a segunda etapa contou com 2766 participantes. Destes, 86% eram do sexo feminino, com média de idade de 41 anos (DP= 8,68). Aproximadamente 64% da amostra possuía como último nível de formação pós-graduação, 29% possuíam o superior completo, 5% o Superior Incompleto e 1% o Ensino médio completo. O tempo médio de atuação como professor foi de 12,85 anos (Distância Interquartilica = 15). No que se refere ao contato com o tema, aproximadamente 64% dos participantes lidaram com usuários de álcool e outras drogas, sendo que destes, grande parte (34%) lidaram no ambiente escolar; 23% na família e 20% na comunidade.

Nesta etapa, uma análise fatorial por componentes principais com rotação *Oblimin* foi conduzida nos 39 itens da escala. Para a avaliação do instrumento, oito de seus itens foram

primeiramente recodificados, por serem itens invertidos, são eles: 14, 19, 28, 29, 32, 33, 34, 35.

A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0,92) e todos os valores de KMO para os itens individualmente foram maiores que 0,92. O teste de esfericidade de Bartlett  $X^2=4684.8$ ;  $df=38$ ;  $p<0,001.$ , indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. O scree plot mostrou que os dois componentes estão posicionados antes da inflexão, evidenciando a bidimensionalidade do instrumento. Os coeficientes de alfa de *Cronbach* dos itens da escala foi de 0,87, com intervalo de confiança de 0,86-0,88, indicando que a escala possui alta consistência interna.

Utilizou-se a análise fatorial exploratória, com o intuito de conhecer o padrão de variação conjunta dos itens e a variância explicada por cada fator, além da verificação de dimensionalidade da escala. Foi utilizada a análise fatorial sobre a matriz de correlação policórica entre os itens, utilizando-se o método de fatoração por componentes principais com rotação oblíqua *Oblimin*.

Na análise fatorial adotou-se o critério de seleção de fatores com carga fatorial maior que 0,40. Com dois fatores sugeridos pelo *Scree Plot*, obteve-se uma explicação 34% da variância. Oito itens apresentaram carga fatorial abaixo de 0.40 e foram eliminados das análises, são estes, os itens 9, 11, 13, 18, 21, 25, 31, 39. Os demais se agruparam da seguinte forma, 15 itens no fator 1 (dimensão afetiva), e 16 itens no fator 2 (dimensão cognitiva), como mostra a Tabela 4.

**Tabela 4.** Cargas Fatoriais, após rotação, por fator - Escala com 39 itens

<b>Itens</b>	<b>Fator 1 (Dimensão Afetiva)</b>	<b>Fator 2 (Dimensão Cognitiva)</b>
1- Usuários de drogas não têm força de vontade.		0,56

2- Usuários de drogas têm menor destaque na sociedade.		0,56
3- Usuários de drogas não podem ocupar cargos que exigem maior responsabilidade.		0,60
4- O uso de drogas representa uma fraqueza de caráter.		0,61
5- Usuários de drogas não se preocupam com si mesmos.		0,75
6- Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas.		0,75
7- Usuários de drogas são pessoas sem determinação.		0,76
8- Usuários de drogas não querem parar de usá-las.		0,51
<b>9- Usuários de drogas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.</b>		
10- A maioria dos usuários de drogas está desempregada.		0,57
<b>11- O tratamento raramente ajuda o usuário de drogas.</b>		
12- Não se deve ter grandes expectativas na relação com os usuários de drogas.		0,43
<b>13- Quem abusa de drogas pode aprender a diminuir o uso, tendo-o sob controle novamente.</b>		
14- Usuários de drogas podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.	0,63	
15- As principais causas do uso de drogas é a falta de disciplina e autocontrole.		0,50
16- A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los isolados.	0,58	
17- Existem características que diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.		0,57
<b>18- Uma pessoa deve ser hospitalizada assim que apresentar sinais de uso de drogas.</b>		



19- A dependência de drogas é uma doença.	0,50	
20- Os usuários de drogas são pessoas indesejáveis na sociedade.		0,54
<b>21- A sociedade não deveria se preocupar em proteger-se dos usuários de drogas.</b>		
22- Os usuários de drogas são responsáveis pelos problemas associados ao uso de drogas.		0,44
23- Os usuários de drogas devem ser isolados da sociedade.	0,63	
24- Uma pessoa seria ingênua em se casar com alguém que tenha sido usuário de drogas, mesmo que estivesse recuperado.	0,52	
<b>25- As pessoas não gostariam de morar próximo a alguém que tenha sido usuário de drogas.</b>		
26- Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer cargo público.	0,52	
27- Os usuários de drogas devem ser privados de seus direitos individuais.	0,64	
28- Usuários de drogas devem ser encorajados a assumir sua responsabilidade por suas atividades diárias.	0,60	
29- Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.	0,65	
30- Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que as pessoas imaginam.		0,48
<b>31- Os usuários de drogas ainda são ridicularizados.</b>	-0,45	
32- Devem ser gastos mais recursos públicos financeiros no tratamento dos usuários de drogas.	0,70	
33- A sociedade precisa ser mais tolerante com os usuários de drogas.	0,47	
34- A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.	0,47	
35- Os usuários de drogas merecem nossa simpatia.	0,49	

36- Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.		0,43
37- Aumentar o investimento nas políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.	0,74	
38- O número de serviços de tratamento é suficiente para o número de usuários de drogas.	0,61	
<b>39- É melhor evitar alguém que tenha problemas com drogas.</b>		

**Negrito: Itens com carga fatorial abaixo de 0.4**

Após a primeira análise exploratória, a escala ficou composta por 31 itens que foram avaliados novamente quanto às suas propriedades psicométricas. Foi realizada nova análise fatorial por componentes principais com rotação *Oblimin* na escala com 31 itens. Os itens explicaram 39% da variância com dois fatores. Os itens da escala final e seus respectivos fatores são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5.** Cargas Fatoriais, após rotação, por fator – Escala com 31 itens

<b>Itens</b>	<b>Fator 1 (Dimensão Afetiva)</b>	<b>Fator 2 (Dimensão Cognitiva)</b>
1- Usuários de drogas não têm força de vontade.		0,58
2- Usuários de drogas têm menor destaque na sociedade.		0,55
3- Usuários de drogas não podem ocupar cargos que exigem maior responsabilidade.		0,60
4- O uso de drogas representa uma fraqueza de caráter.		0,62
5- Usuários de drogas não se preocupam com si mesmos.		0,76
6- Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas.		0,76
7- Usuários de drogas são pessoas sem determinação.		0,78

8- Usuários de drogas não querem parar de usá-las.	0,52
9- A maioria dos usuários de drogas está desempregada.	0,56
10- Não se deve ter grandes expectativas na relação com os usuários de drogas.	0,43
11- Usuários de drogas podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.	0,63
12- As principais causas do uso de drogas é a falta de disciplina e autocontrole.	0,51
13- A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los isolados.	0,58
14- Existem características que diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.	0,57
15- A dependência de drogas é uma doença.	0,49
16- Os usuários de drogas são pessoas indesejáveis na sociedade.	0,52
17- Os usuários de drogas são responsáveis pelos problemas associados ao uso de drogas.	0,45
18- Os usuários de drogas devem ser isolados da sociedade.	0,63
19- Uma pessoa seria ingênua em se casar com alguém que tenha sido usuário de drogas, mesmo que estivesse recuperado.	0,52
20- Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer cargo público.	0,54
21- Os usuários de drogas devem ser privados de seus direitos individuais.	0,65
22- Usuários de drogas devem ser encorajados a assumir sua responsabilidade por suas atividades diárias.	0,61
23- Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.	0,66
24- Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que as pessoas imaginam.	0,46

25- Devem ser gastos mais recursos públicos financeiros no tratamento dos usuários de drogas.	0,71
26- A sociedade precisa ser mais tolerante com os usuários de drogas.	0,48
27- A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.	0,48
28- Os usuários de drogas merecem nossa simpatia.	0,51
29- Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.	0,42
30- Aumentar o investimento nas políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.	0,74
31- O número de serviços de tratamento é suficiente para o número de usuários de drogas.	0,61

A análise fatorial exploratória analisa o padrão de correlações existentes entre as variáveis e utiliza esses padrões de correlações para agrupar suas variáveis em fatores, os quais são variáveis não-observadas que pretende-se medir a partir das variáveis observadas. Por outro lado, quando o objetivo é testar hipóteses específicas, utiliza-se a análise fatorial confirmatória, que parte da premissa que já exista uma teoria e que o objetivo é confirmar o grau de ajuste dos dados observados à teoria hipotetizada.

Neste sentido, o próximo passo das análises foi realizar a análise fatorial confirmatória *bifactor*, com o intuito de testar a hipótese teórica da atitude formada por dois fatores, sua dimensão afetiva e sua dimensão cognitiva. Por esta análise, foi possível verificar como os itens se comportavam em relação ao fator latente, atitude, de acordo com a definição dos itens por fatores, realizada pela análise fatorial exploratória por componentes principais, como apresentado na Tabela 6.

**Tabela 6.** Análise Fatorial Confirmatória da matriz exploratória

Item	Fator Geral	Fator 1 (Dimensão Afetiva)	Fator 2 (Dimensão Cognitiva)
<b>1</b>	<b>0,412</b>		<b>0,506</b>
2	0,099		0,413
<b>3</b>	<b>0,345</b>		<b>0,442</b>
<b>4</b>	<b>0,471</b>		<b>0,602</b>
<b>5</b>	<b>0,365</b>		<b>0,710</b>
<b>6</b>	<b>0,433</b>		<b>0,746</b>
<b>7</b>	<b>0,424</b>		<b>0,762</b>
<b>8</b>	<b>0,494</b>		<b>0,451</b>
9	0,125		0,426
10	0,624		0,266
11	0,537	0,126	
12	0,229		0,461
13	0,709	0,026	
14	0,169		0,408
15	0,275	0,214	
<b>16</b>	<b>0,330</b>		<b>0,350</b>
17	0,274		0,329
18	0,810	-0,002	
19	0,734	-0,074	
20	0,761	-0,058	
21	0,801	0,006	
22	0,579	0,060	
23	0,694	0,077	
24	0,493		0,293
<b>25</b>	<b>0,442</b>	<b>0,753</b>	
<b>26</b>	<b>0,414</b>	<b>0,325</b>	
<b>27</b>	<b>0,415</b>	<b>0,369</b>	
28	0,455	0,260	
29	0,484		0,272
<b>30</b>	<b>0,653</b>	<b>0,493</b>	
<b>31</b>	<b>0,508</b>	<b>0,412</b>	

\*As lacunas na tabela se referem a pontuação definida como 0,000 no fator.

Ao realizar a *bifactor*, é possível especificar um modelo teórico no qual se verifica a carga fatorial dos itens em relação ao fator no qual foram alocados no desenvolvimento do instrumento e a sua carga fatorial a um fator comum (geral). Ao analisar os itens, pode-se perceber que alguns não pontuam de forma satisfatória, nem no fator geral, nem no fator ao

qual foi alocado, mostrando que este item não contribui para a explicação da atitude. São os itens: 15 e 17.

Outros itens possuem um fator satisfatório para explicação do fator geral, no entanto pontuam de forma fraca nos fatores nos quais foram alocados, como os itens 10, 11, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28 e 29. Alguns outros itens, possuem uma pontuação adequada em seu fator, mas contribuem pouco ou quase nada para a explicação do fator geral, como o item 2, 9, 12 e 14. Os demais itens possuem uma característica desejada para o modelo *bifactor*. Neste sentido, os resultados definem uma boa escala dos aspectos cognitivos (S1). No entanto, a análise demonstra que o modelo não se adequa ao modelo fatorial, uma vez que, principalmente os itens da dimensão afetiva (S2), explicam pouco o fator comum, tendo apenas 5 itens que explicam esta dimensão da atitude.

Também foi realizada a análise fatorial confirmatória baseada na matriz criada pelos pesquisadores e especialistas, ou seja, as dimensões teóricas. O resultado desta, vai ao encontro dos resultados encontrados na análise confirmatória baseada na fatorial exploratória, como mostra a Tabela 7.

**Tabela 7.** Análise Fatorial Confirmatória da matriz teórica

Item	Fator Geral	Fator 1 (Dimensão Afetiva)	Fator 2 (Dimensão Cognitiva)
1	<b>0,479</b>		<b>0,444</b>
2	0,181		0,335
3	0,464	-0,233	
4	<b>0,544</b>		<b>0,549</b>
5	<b>0,465</b>		<b>0,646</b>
6	<b>0,528</b>		<b>0,700</b>
7	<b>0,530</b>		<b>0,698</b>
8	<b>0,552</b>		<b>0,379</b>
9	0,203		0,359
10	0,680	-0,078	
11	0,515		-0,212
12	0,288		0,436
13	0,686		

14	0,240		0,345
15	0,252		-0,214
16	0,431	-0,225	
17	0,332		0,259
18	0,798	0,041	
19	0,723	-0,027	
20	0,753	-0,021	
21	0,768	0,089	
22	0,531	0,154	
23	0,666	0,129	
24	0,569	-0,140	
<b>25</b>	<b>0,436</b>	<b>0,709</b>	
26	0,436	0,257	
<b>27</b>	<b>0,431</b>	<b>0,329</b>	
28	0,468	0,217	
29	0,555		0,129
<b>30</b>	<b>0,635</b>	<b>0,543</b>	
<b>31</b>	<b>0,481</b>	<b>0,472</b>	

\*As lacunas na tabela se referem a pontuação 0,000 no fator.

Através da análise da tabela, pode-se perceber que este modelo *bifactor* também não se adequou para a explicação geral da atitude, principalmente os itens da dimensão afetiva (S2), que pouco explicam o fator comum. Neste sentido, por não existir essa dimensão comum, principalmente no que se refere a dimensão afetiva, optou-se por analisar os itens da escala em dimensões distintas. Dividindo, portanto, a escala em duas, uma que avalia a dimensão cognitiva da atitude e outra que avalie a dimensão afetiva.

Para realizar as análises das propriedades dos itens, utilizou-se a Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TRI parte da suposição de que existe no indivíduo um traço latente relativo a uma característica individual e é este traço latente que determina como os itens de um instrumento serão respondidos, estabelecendo com cada item uma relação de probabilidade de resposta (Fletcher, 1994, citado em Sartes, 2010). Uma vez que um dos pressupostos da TRI é a unidimensionalidade e os resultados demonstraram que a escala de atitudes é bidimensional, como planejada, a modelagem foi realizada em duas escalas diferentes. Utilizou-se os itens que foram alocados no fator 1 e no fator 2 e assumiram para a aplicação do modelo da TRI

uma dimensão única em cada escala. Desta forma, foram avaliadas uma escala da dimensão cognitiva e uma escala da dimensão afetiva, de forma independente.

Na primeira escala, que avalia os itens da dimensão cognitiva, a análise demonstrou que alguns itens possuem um poder de discriminação alto, acima de 1.0 (itens: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 24 e 29), no entanto outros itens apresentam um menor poder de discriminação (2, 10, 16 e 17), como nos mostra a Tabela 8. Apesar de alguns itens apresentarem um menor poder de discriminação, a resultados demonstram uma boa escala dos aspectos cognitivos, no geral.

**Tabela 8.** Avaliação da discriminação dos itens da Escala Cognitiva

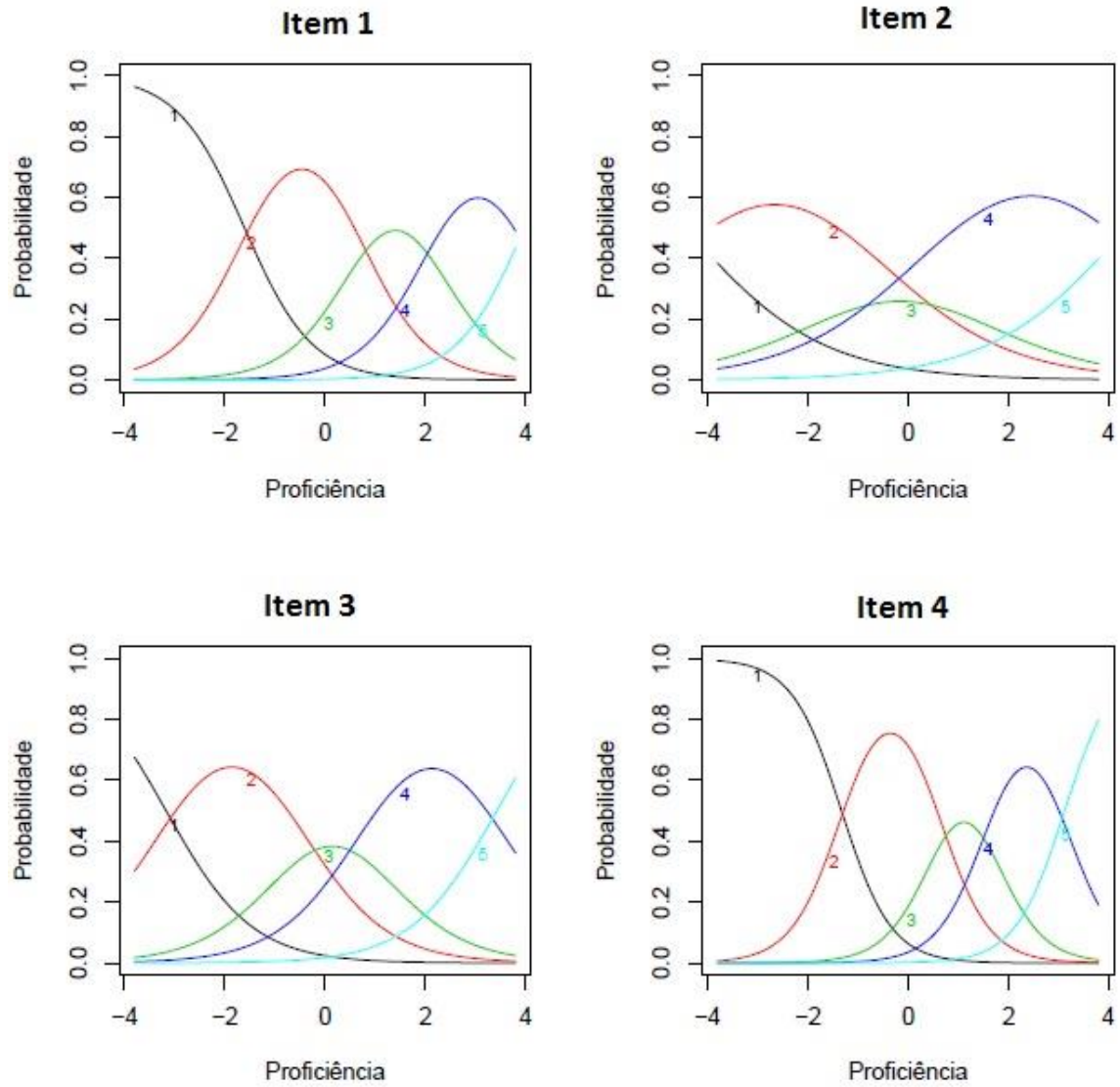
Item	Extrmt1	Extrmt2	Extrmt3	Extrmt4	Discriminação
1	-1,609	0,680	2,125	3,979	1,489
2	-4,442	-0,878	0,556	4,357	<b>0,736</b>
3	-3,169	-0,551	0,833	3,422	1,168
4	-1,327	0,619	1,610	3,122	2,023
5	-1,921	0,063	0,805	2,520	2,205
6	-1,440	0,325	1,090	2,623	2,848
7	-1,568	0,264	1,123	2,700	2,984
8	-1,758	0,774	2,323	4,082	1,485
9	-4,534	-0,269	1,329	4,940	<b>0,800</b>
10	-1,589	1,380	2,624	5,179	1,228
12	-2,982	-0,138	1,212	4,143	1,013
14	-3,963	-1,196	0,173	4,237	<b>0,826</b>
16	-2,942	-0,290	1,102	4,520	<b>0,943</b>
17	-4,045	-1,019	0,767	4,613	<b>0,826</b>
24	-3,025	-0,261	1,751	4,538	1,071
29	-2,674	-0,030	1,706	4,627	1,011

As Figuras 3, 4, 5 e 6 apresentam as curvas características dos itens da dimensão cognitiva. Pode-se perceber que alguns itens se comportam de forma adequada ao que se espera em uma escala *Likert* (itens 6 e 7, por exemplo), no qual a distribuição das curvas são semelhantes no que refere aos seus níveis. Isso demonstra que estes itens estão sendo bem medidos através de uma distribuição em escala *Likert* de cinco pontos. Em outros itens, as

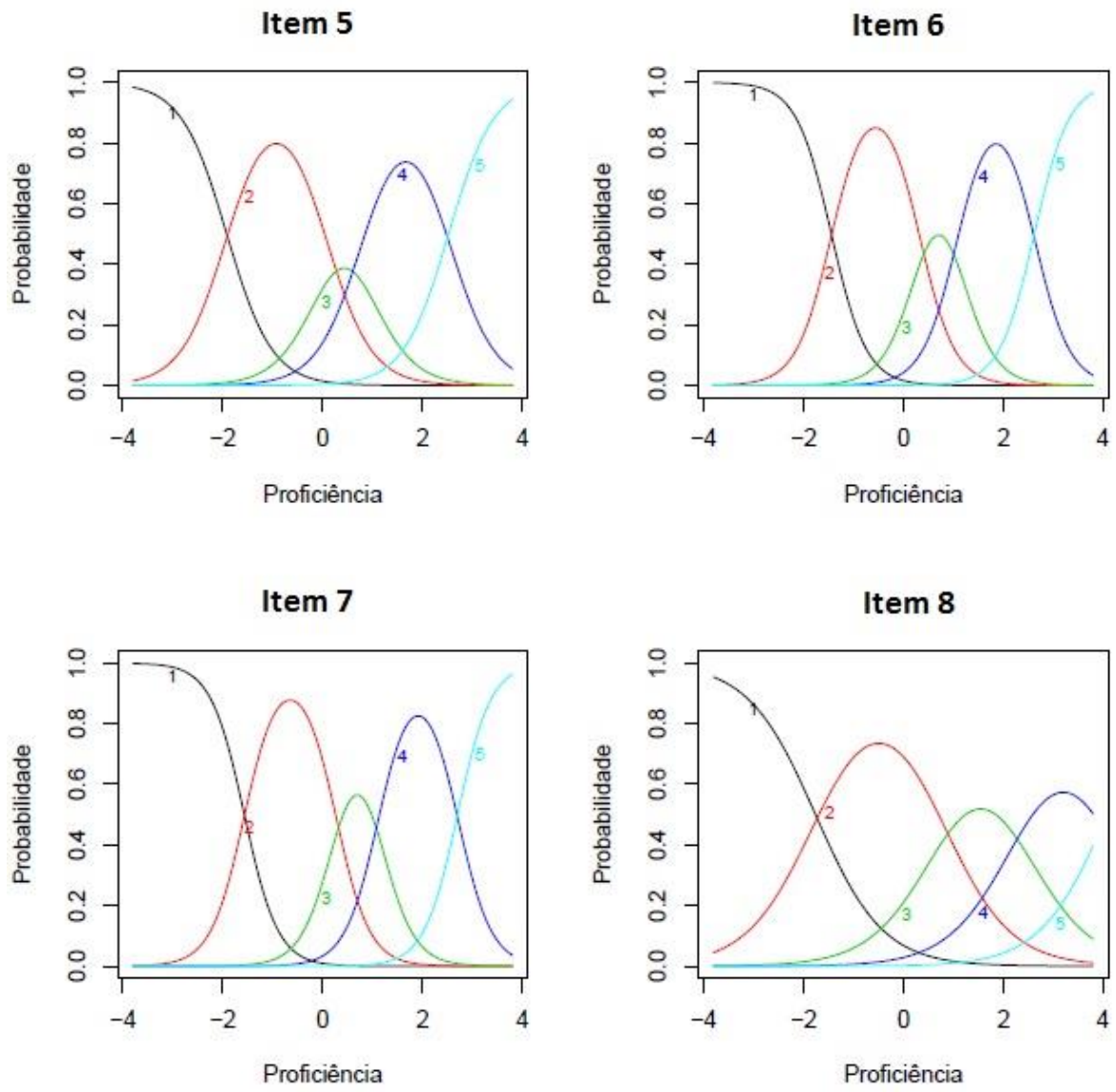


respostas tendem a concentrar-se nos extremos, de forma polarizada (itens 2 e 14, por exemplo). Isso demonstra que a métrica da escala, enquanto *Likert*, pode não ser a opção mais adequada na aplicação da escala. Uma avaliação da escala enquanto dicotômica pode ser interessante para se verificar se suas propriedades psicométricas melhoram.

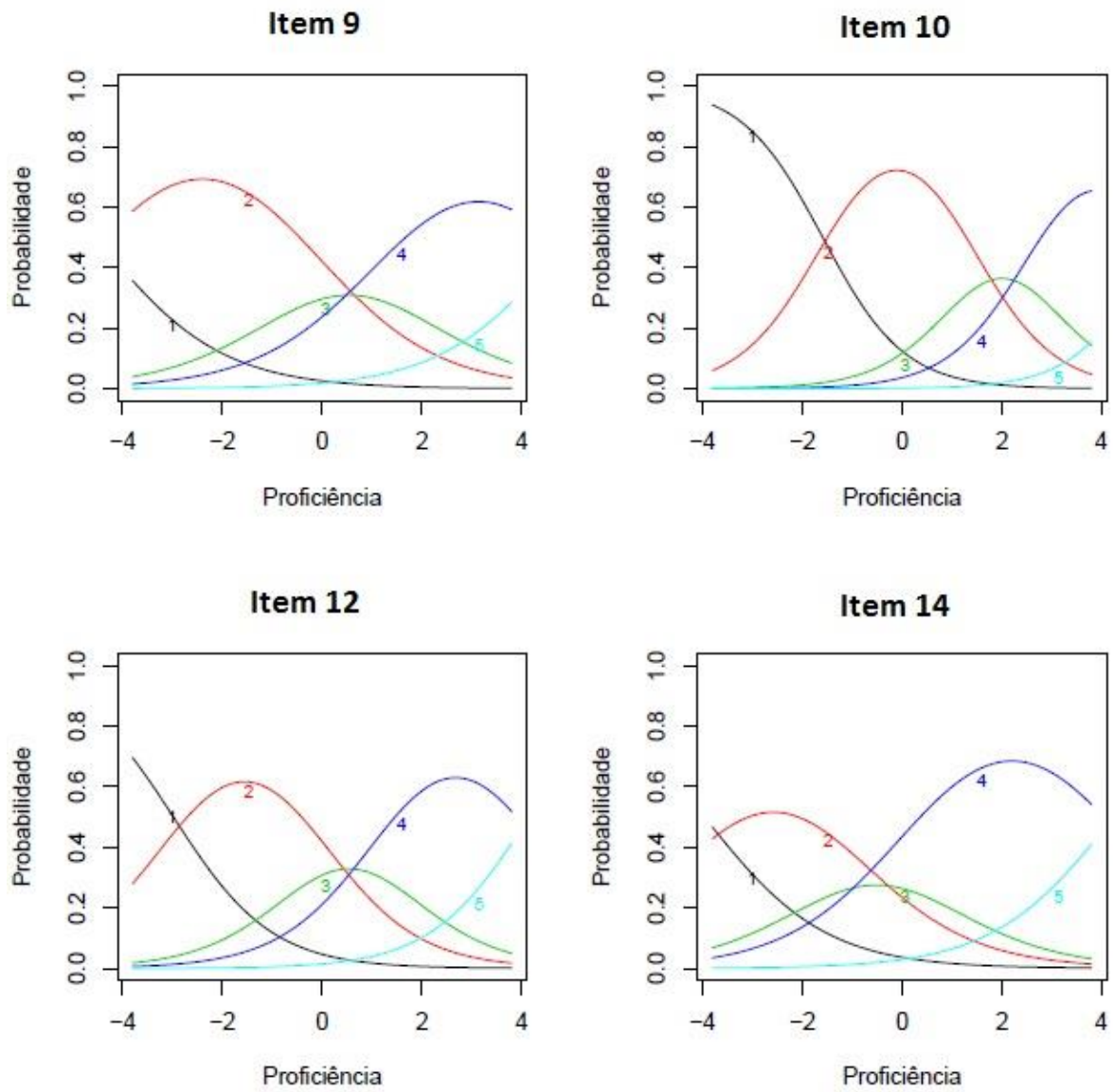
**Figura 3.** Curvas características do itens 1, 2, 3 e 4 da Escala Cognitiva



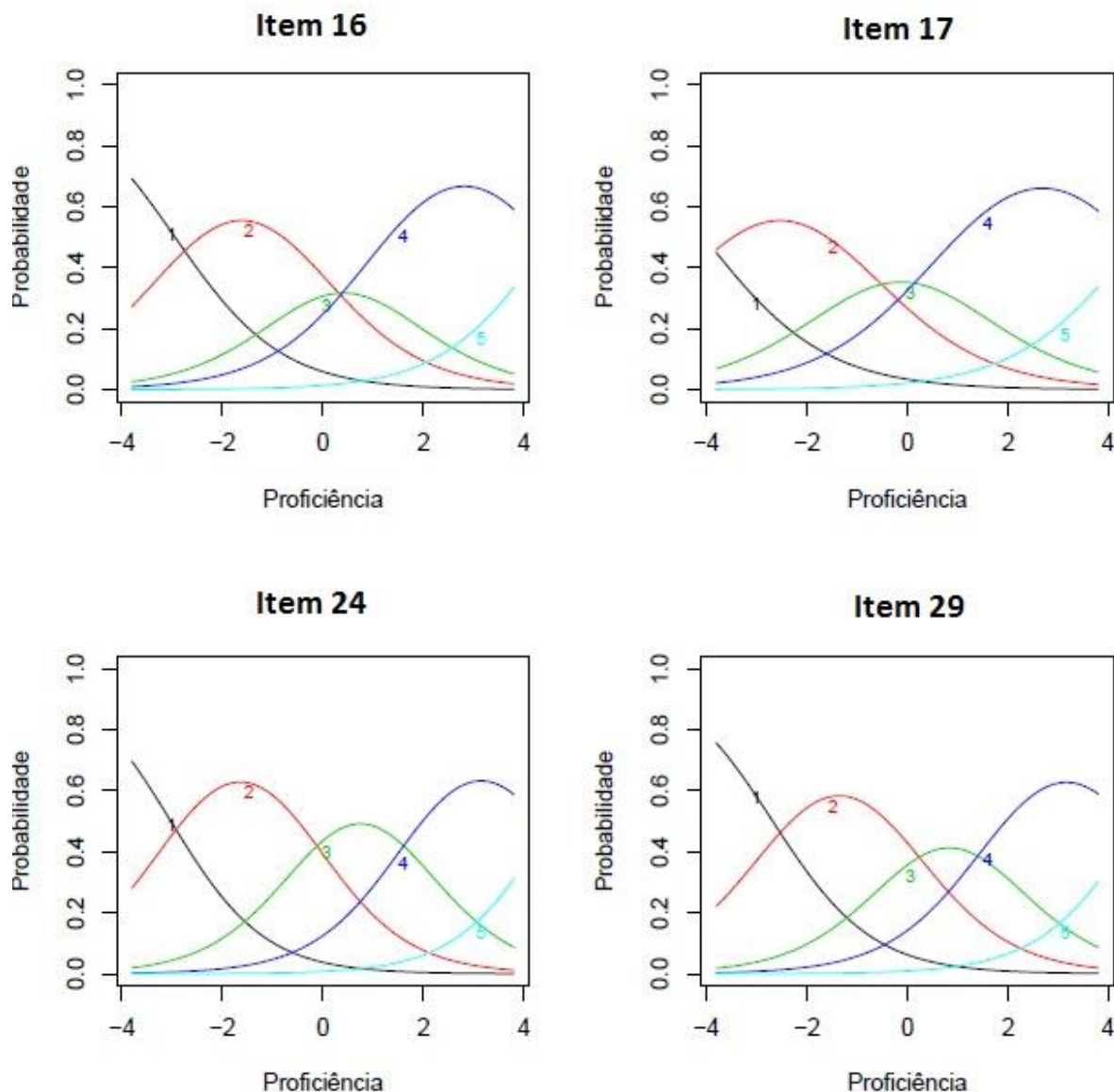
**Figura 4.** Curvas características do itens 5, 6, 7 e 8 da Escala Cognitiva



**Figura 5.** Curvas características do itens 9, 10, 12 e 14 da Escala Cognitiva

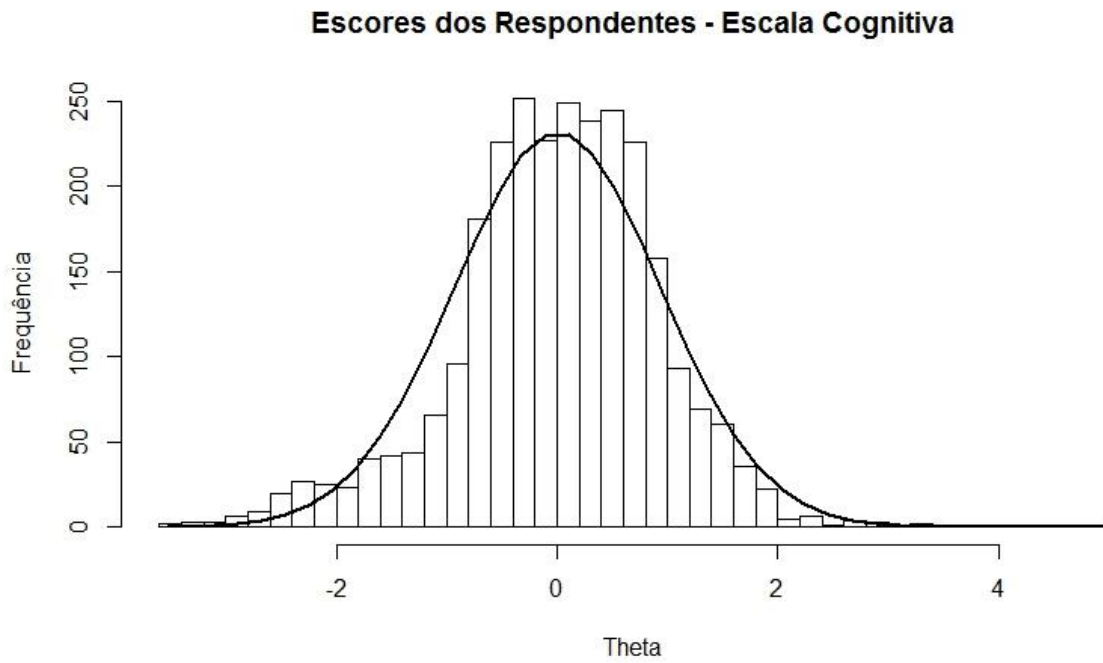


**Figura 6.** Curvas características do itens 16, 17, 24 e 29 da Escala Cognitiva

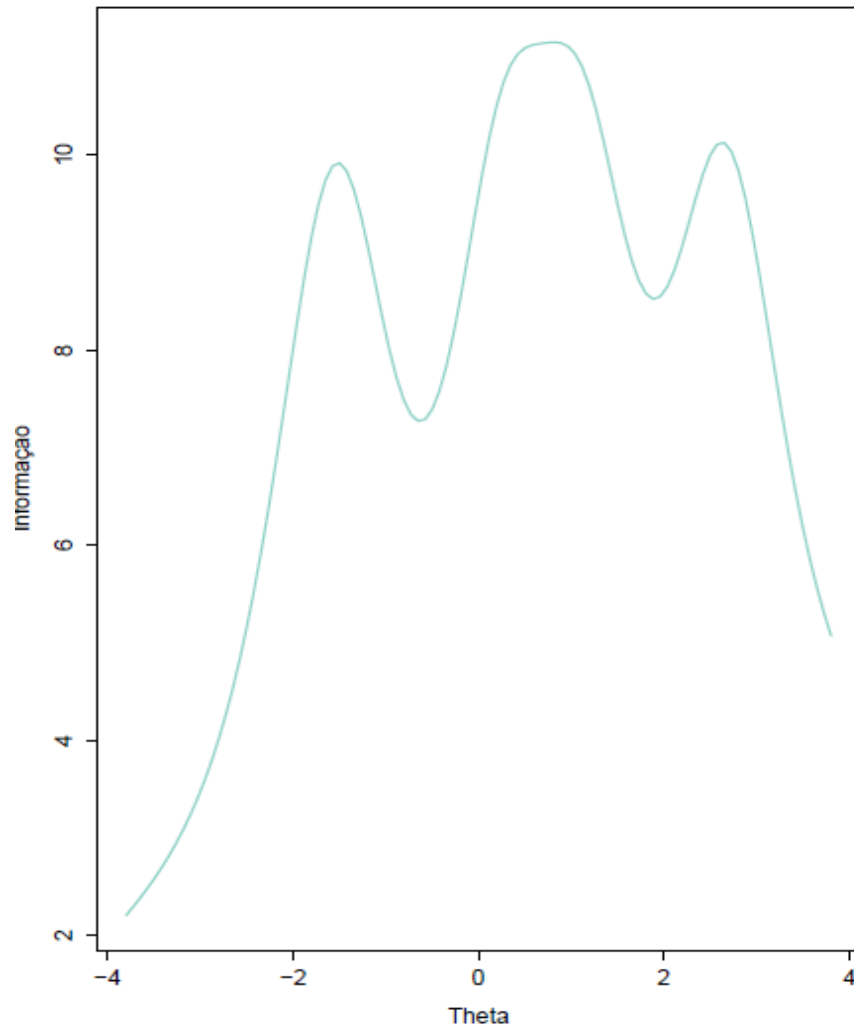


A Figura 7 exibe os escores de frequência dos indivíduos em relação ao aspecto cognitivo da atitude, a partir dos itens selecionados para este aspecto. A distribuição dos indivíduos seguiu um padrão de normalidade, com menor frequência de indivíduos nas extremidades e maior concentração nos níveis médios. As Figuras 8 e 9 também apresentam que, embora a distribuição tenha ocorrido entre os níveis -4 e 4, grande parte dos indivíduos se concentraram em duas faixas, próximo ao -2 e próximo ao 1, com queda significativa próximo ao zero, o que pode sugerir, assim como nas demais análises, que a dicotomização das respostas, pode auxiliar de forma positiva na melhor avaliação da atitude.

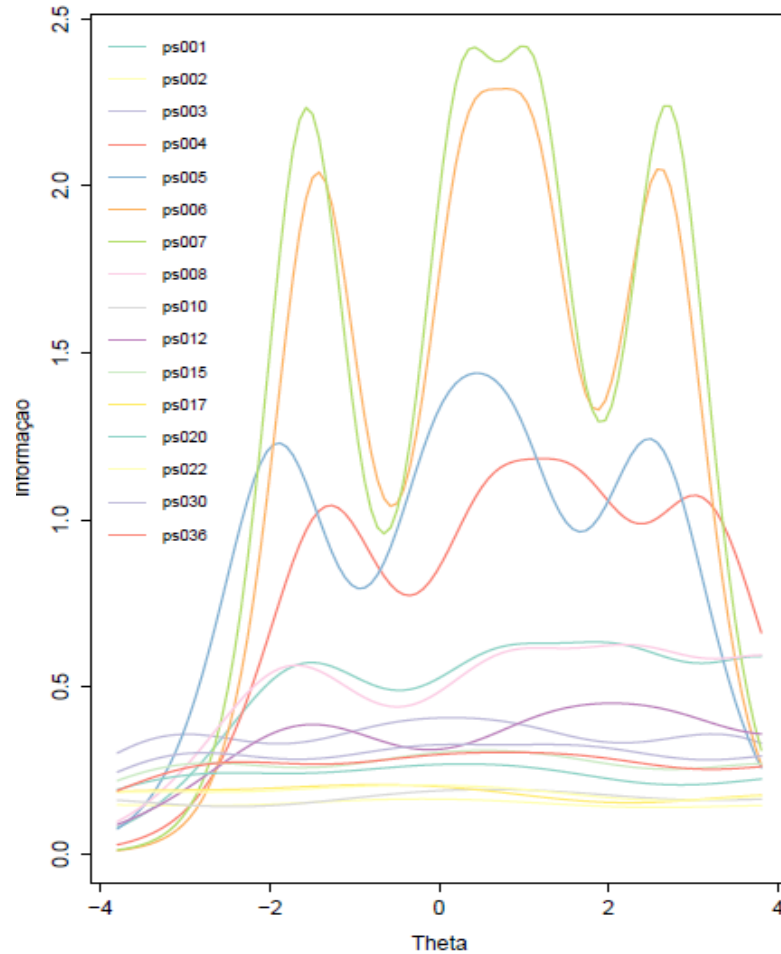
**Figura 7.** Histograma dos escores de frequência dos respondentes em relação ao aspecto cognitivo da atitude



**Figura 8.** Informação Geral dos Itens da Escala Cognitiva



**Figura 9.** Curva de Informação dos Itens da Escala Cognitiva



Em relação a segunda escala, que avalia os aspectos afetivos das atitudes, assim como na análise fatorial confirmatória, seus itens apresentaram menor discriminação, principalmente os itens 15, 26, 27 e 28, que apresentaram discriminação abaixo de 1.0, como mostra a Tabela 9. Esta semelhança entre as duas análises pode corroborar a fragilidade de tais itens na avaliação da atitude. Além disso, as Figuras 10, 11, 12 e 13 das curvas características dos itens desta dimensão tenderam a ficar polarizadas, sugerindo a dicotomização das respostas, para uma melhor propriedade psicométrica da escala. No entanto, a não dicotomização das respostas não prejudica o uso da escala, uma vez que seus itens,

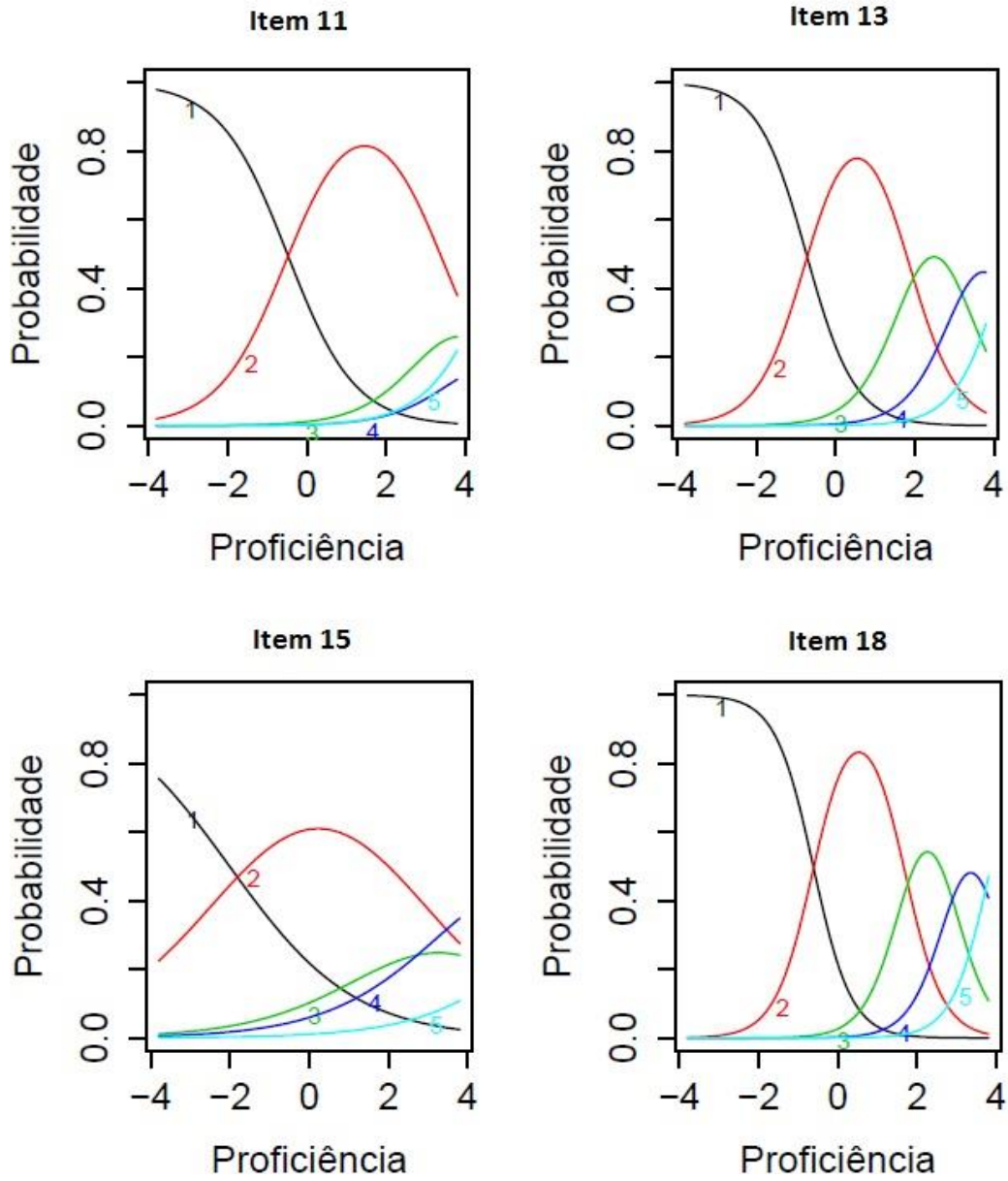


apesar de apresentarem propriedades um pouco mais baixas se mostraram importantes na avaliação da atitude.

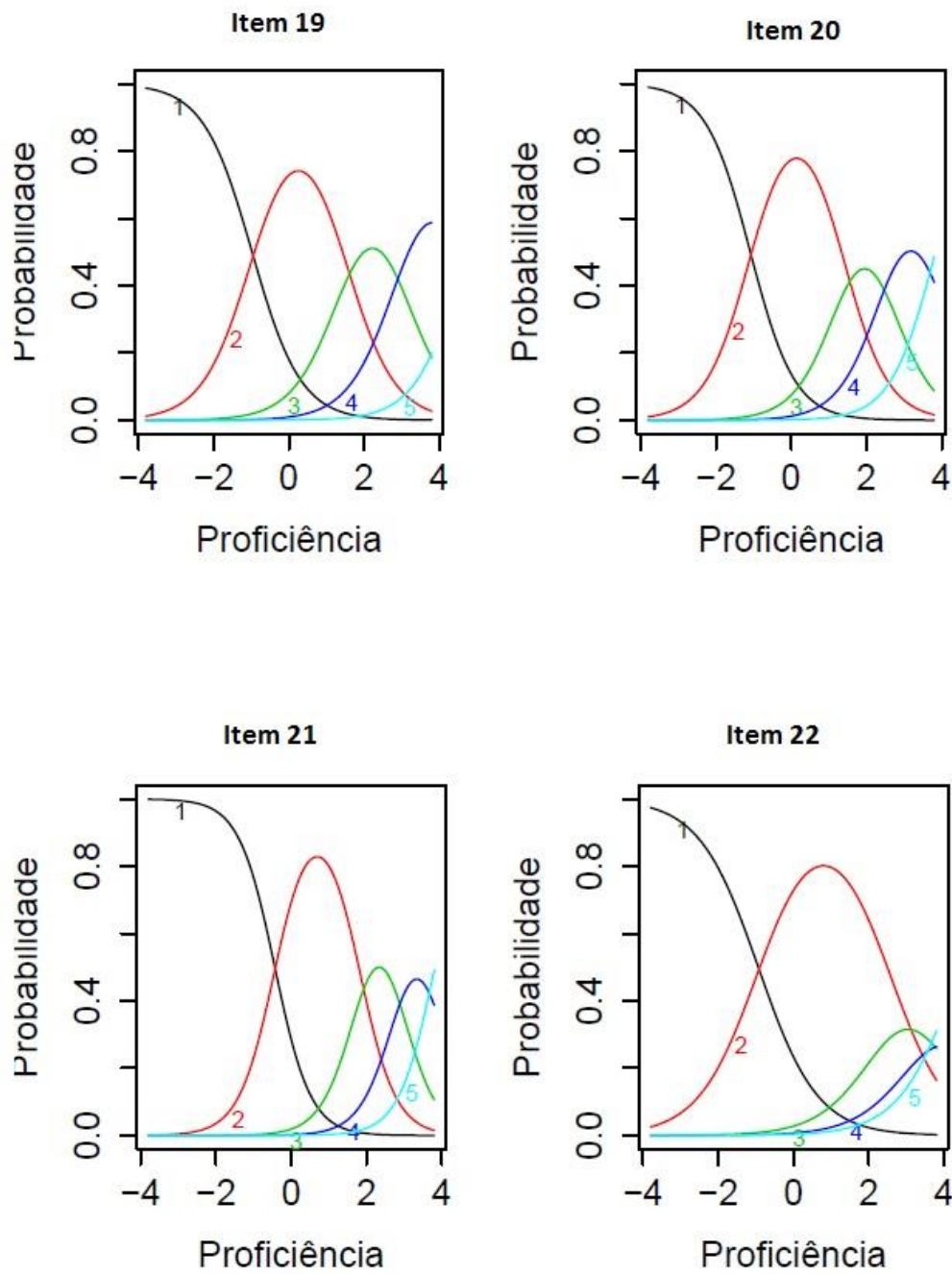
**Tabela 9.** Avaliação da discriminação dos itens da Escala Afetiva

<b>Item</b>	<b>Extrmt1</b>	<b>Extrmt2</b>	<b>Extrmt3</b>	<b>Extrmt4</b>	<b>Discriminação</b>
11	-0,491	3,402	4,307	4,877	1,174
13	-0,736	1,824	3,144	4,326	1,632
15	-2,011	2,463	4,062	7,111	<b>0,634</b>
18	-0,624	1,676	2,845	3,855	2,082
19	-0,979	1,490	2,951	4,697	1,545
20	-1,088	1,376	2,523	3,831	1,692
21	-0,435	1,815	2,859	3,816	2,106
22	-0,938	2,531	3,557	4,421	1,272
23	-0,938	1,576	2,793	3,677	1,670
25	-1,015	1,379	2,600	4,437	1,292
26	-3,493	-0,199	2,057	4,899	<b>0,860</b>
27	-2,197	0,684	2,256	4,736	<b>0,944</b>
28	-2,808	0,373	2,768	5,181	<b>0,943</b>
30	-0,390	1,694	2,746	3,611	1,931
31	-0,363	2,176	3,046	4,035	1,289

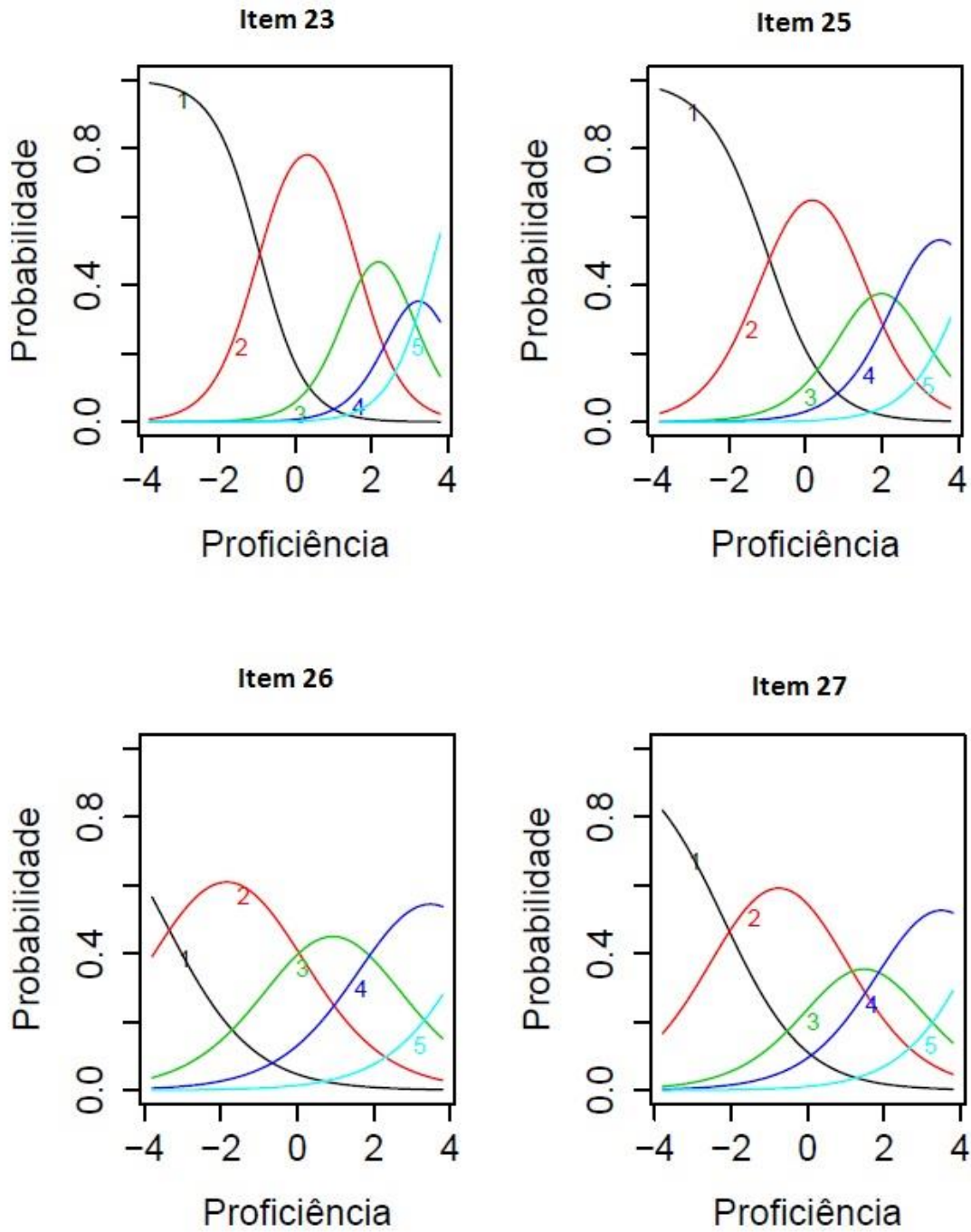
**Figura 10.** Curvas características do itens 11, 13, 15 e 18 da Escala Afetiva



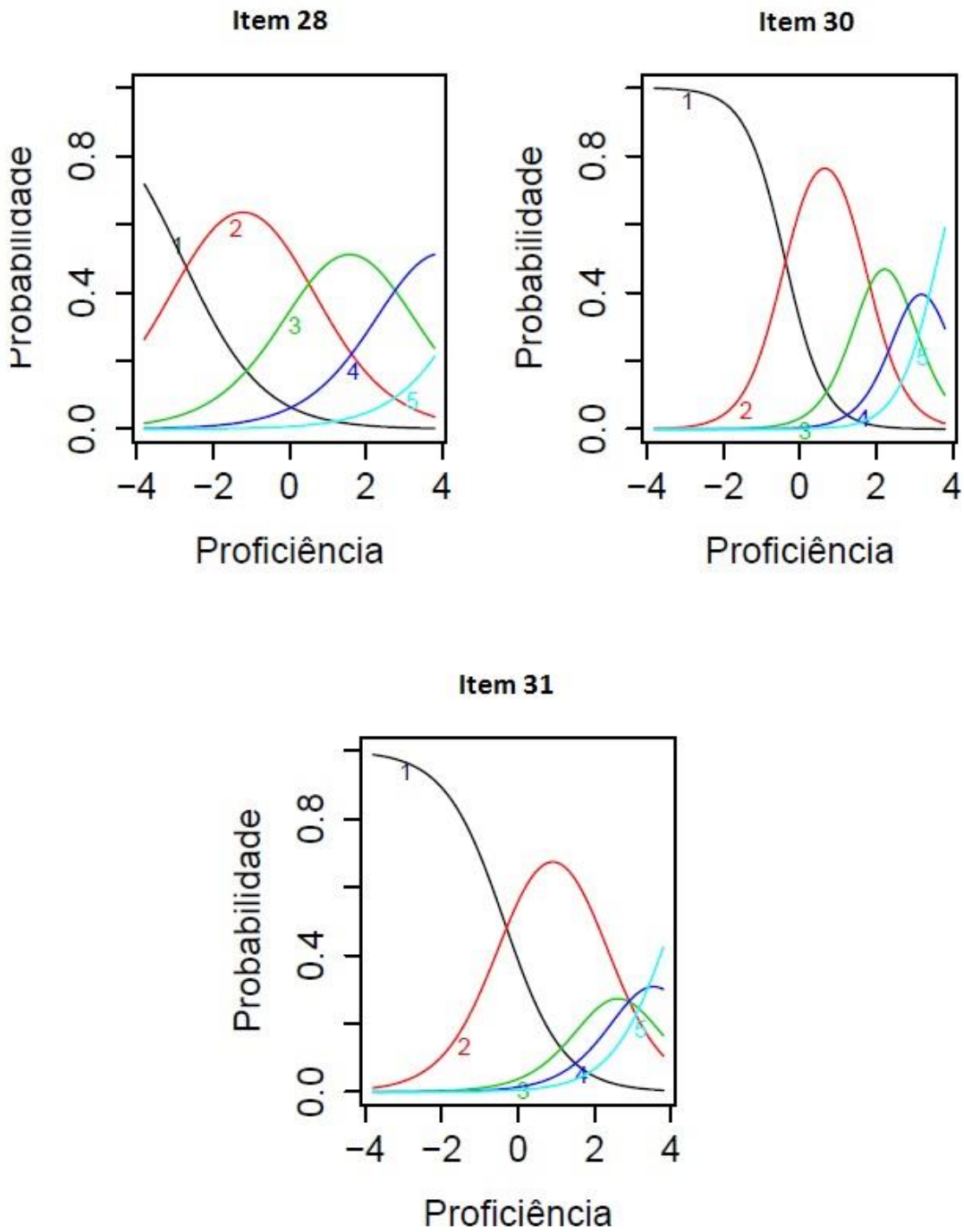
**Figura 11.** Curvas características do itens 19, 20, 21 e 22 da Escala Afetiva



**Figura 12.** Curvas características do itens 23, 25, 26 e 27 da Escala Afetiva

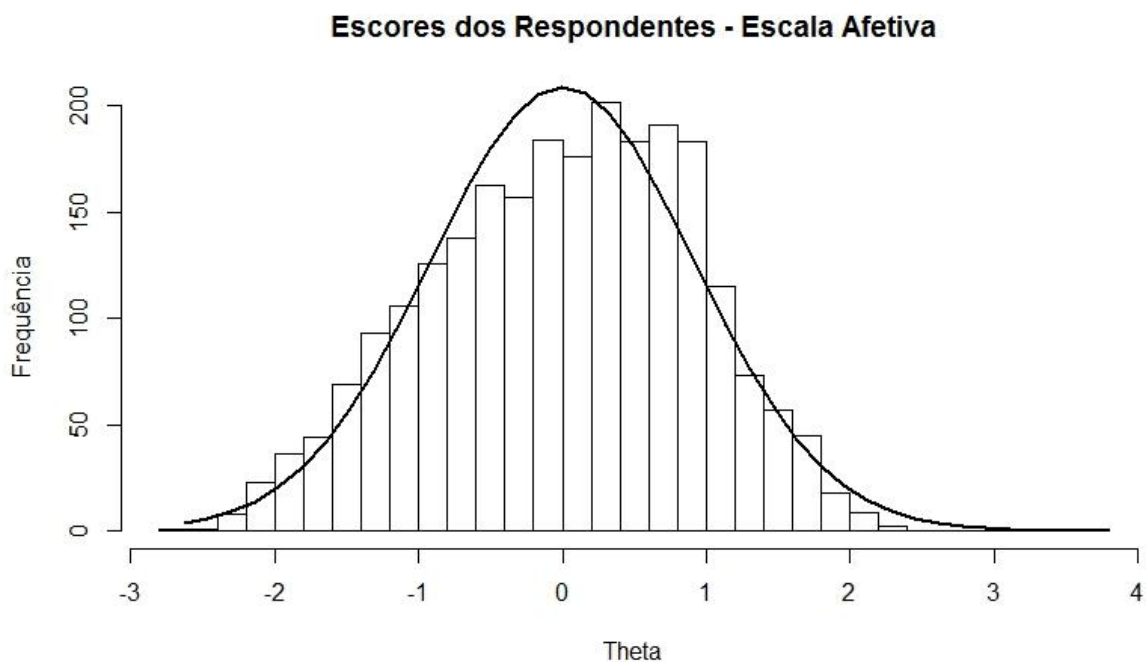


**Figura 13.** Curvas características do itens 28, 30 e 31 da Escala Afetiva

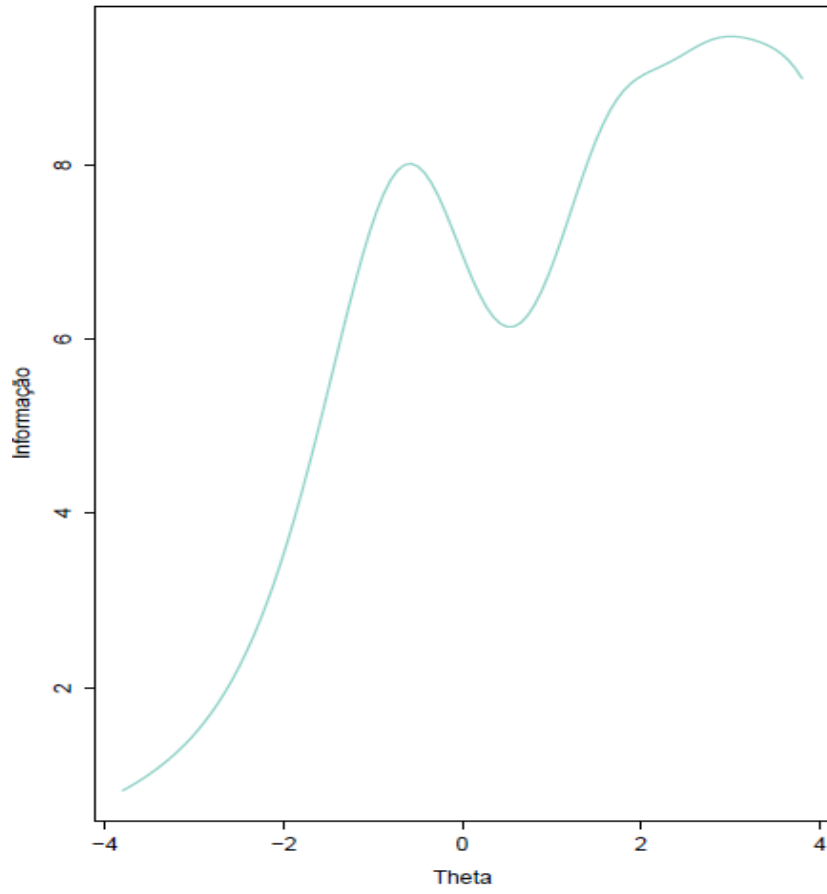


A Figura 14 exibe um histograma da frequência dos indivíduos em relação ao aspecto afetivo da atitude, a partir dos itens selecionados para esta dimensão. A distribuição dos indivíduos seguiu um padrão de normalidade, com menor frequência de indivíduos nas extremidades e maior concentração nos níveis médios. Além disso, as Figuras 15 e 16 demonstram que os itens selecionados para esta escala são capazes de discriminar e identificar as principais características dos indivíduos posicionados entre os níveis -4 e +4.

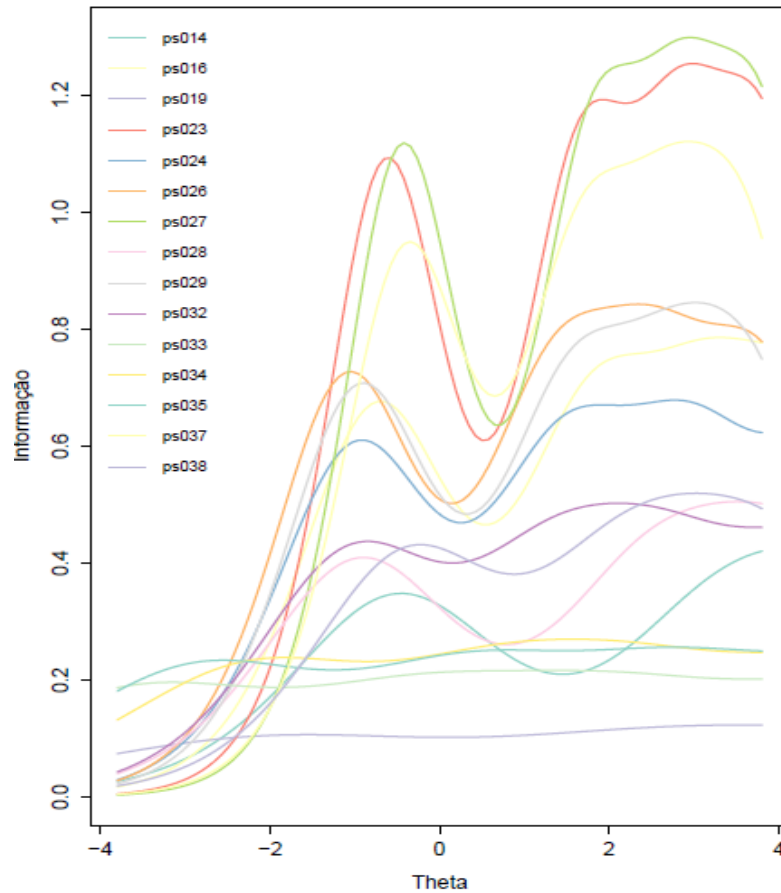
**Figura 14.** Histograma dos escores de frequência dos respondentes em relação ao aspecto afetivos da atitude



**Figura 15.** Informação Geral dos Itens da Escala Afetiva



**Figura 16.** Curva de Informação dos Itens da Escala Afetiva



Apesar da análise baseada na Teoria de Resposta ao Item indicar que a dicotomização das respostas seria mais adequada, a escala foi aplicada na população como uma escala *Likert* de 5 pontos, o que impede o teste dos itens neste formato, uma vez que para isso seria preciso criar um ponto de corte e assumir um valor para o ponto neutro de resposta (nem discordo, nem concordo).



## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta o desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala que se propõe a medir a atitude de educadores frente ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Para a construção dessa escala, utilizou-se de uma metodologia baseada em manuais da literatura que apresentam critérios para o rigor metodológico no estabelecimento de novas medidas (Pasquali, 1998; AERA, 2004; Coluci, et al., 2015). No que tange ao aspecto conceitual, priorizou-se por utilizar as bases teóricas da Psicologia Social Cognitiva, envolvendo os componentes cognitivos e afetivos da atitude, uma vez que o componente comportamental nem sempre existe ou é passível de percepção (Eagly & Chaiken, 1993b).

Neste sentido, utilizou-se três instrumentos adaptados e validados para a realidade brasileira, que avaliavam atitude ou um construto cognitivo ou afetivo da atitude. A utilização de instrumentos já existentes é considerada pela literatura como um recurso útil, uma vez que estes itens já foram testados anteriormente em relação a sua qualidade psicométrica, estratégia que economiza tempo trabalho do pesquisador (Hinkin, 1995; Keszei, et al., 2010; Coluci, et al., 2015). Dentre as escalas encontradas, duas foram criadas fazendo referências a atitudes acerca de usuários de álcool e outras drogas e uma avaliava a atitude acerca da população portadora de transtorno mental. Apesar destas diferenças, as formas de preconceito, estigma e atitude em relação aos dependentes de substâncias são similares àqueles com transtornos mentais, como sugere Corrigan et al. (2001) & Ritsher et al. (2003), o que possibilita a utilização de ambas as escalas.

Para a construção dos itens, foi necessário realizar a adaptação semântica e métrica da escala, considerada como primordial para uma melhor compreensão e avaliação posterior do itens (Coluci et al., 2015; AERA, 2004). Além disso, utilizou-se da participação de especialistas e juízes na construção dos itens para um maior rigor metodológico. A inclusão

de especialistas acerca da temática e do processo metodológico é um recurso importante uma vez que influencia consideravelmente na geração de itens mais potenciais para a escala (Streiner & Norman, 2008). Dentre as vantagens, da participação dos juízes e especialistas, destaca-se o cuidado com a criação dos itens no que se refere ao que possui de mais recente no conhecimento da área (Keszei, et al., 2010; Streiner & Norman, 2008).

Com o intuito de aproximar o item da linguagem utilizada pelo público alvo, o estudo realizou, ainda, um grupo focal com quatro participantes que fazem parte da população alvo, realizando, portanto, a triangulação metodológica (Morse, 1991), através de um processo interativo entre pesquisadores e os membros do grupo por meio de entrevistas e discussões para clarificar pontos controversos (Coluci et al., 2015). Dentre as principais divergências dos itens, destacou-se o item 27, o qual, durante o processo de adaptação, os especialistas apontaram a delimitação do gênero como um problema, que poderia influenciar diretamente no tipo de resposta e na visão preconceituosa acerca do determinante social.

Após a criação dos itens, o estudo realizou a última etapa, citada pela literatura como essencial no processo de criação, a realização do pré-teste (Coluci, et al., 2015), e também a avaliação das propriedades psicométricas da escala. Foi possível perceber que, mais da metade da população possuía contato com usuários de álcool e outras drogas, na própria escola, na família ou em outro ambiente. A literatura aponta que uma das formas de diminuição do estigma e preconceito acerca desta população e consequente atitude positiva, é o contato. Alguns estudos têm apontado uma relação entre o contato e um menor desejo de distância social em relação às pessoas com doença mental, e à menor discriminação estrutural (Angermeyer & Matschinger, 1997), constituindo-se, portanto, uma ferramenta eficaz na redução do preconceito, estigma e consequente atitudes positivas (Silveira, 2010). Por outro lado, existem evidências de que o contato com condições estigmatizantes é capaz de aumentar

a rejeição, por fatores como a generalização e a automaticidade das resposta àquela população (Corrigan, et al., 2005).

As análises de dados mostraram que o instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, com alto índice de confiabilidade (*Alpha de Cronbach*), assim como apresentados em demais estudos que avaliaram escalas de atitudes (Vargas & Luis, 2008; Pillon & Laranjeira, 2005; Gouveia, et al., 2005). Além disso, os resultados obtidos evidenciam que o construto está representado por duas dimensões distintas assim como proposto no delineamento do estudo. Mesmo com as propriedades psicométricas satisfatórias, a escala apresentou um valor considerado mediano à baixo de explicação da variância, no entanto, isso se deve ao fato do estudo não se propor a medir os três componentes da atitude. Uma vez que o estudo avalia o componente cognitivo e afetivo da atitude, este não propõe a explicar a atitude como um todo, o que faz com que a explicação da variância não influencia nas demais propriedades psicométricas satisfatórias apresentadas pela escala.

Após a análise fatorial, onze itens da escala foram excluídos por apresentarem saturação inferior a 0,40. Adotou-se este critério de exclusão ao considerar que itens com carga fatorial de 0.30 devem ser desprezados no processo de construção de instrumentos a medida que acredita-se que, um item representa bem um fator quando apresenta carga igual ou maior que 0,50 (Pasquali, 1999).

Após a análise fatorial confirmatória, a escala geral do construto atitude foi dividida em duas, sendo cada uma responsável por avaliar uma das dimensões, cognitiva e afetiva da atitude. Esta ação foi realizada uma vez que a dimensão cognitiva se adequou melhor a construção teórica do construto, diferentemente da dimensão afetiva que precisa de maiores investigações. Como neste estudo, alguns pesquisadores já trabalham com a distinção entre respostas cognitivas, afetivas e comportamentais não somente como categorias, mas como

diferentes componentes teóricos da atitude e, portanto, consideram a atitude como um construto multidimensional (Heidemann, Araújo & Veit, 2012).

Assim como no presente estudo, algumas pesquisas em ciências sociais, têm evidenciado inconsistência considerável entre os diferentes componentes atitudinais. Um grande exemplo disso é relatado por Heidemann, Araújo & Veit (2012), quando retrata a atitude de um indivíduo em relação a uma operação. Para o autor, um pessoa pode ter um sentimento ruim frente a um hospital (componente afetivo), mas, ao mesmo tempo, concordar que os médicos deste são qualificados (componente cognitivo) e aceitar ser submetido a uma operação (componente comportamental). Dessa forma, a distinção entre estas dimensões pode auxiliar na avaliação do construto.

Outro fator crucial, que pode estar relacionado principalmente com a dificuldade de medir a dimensão afetiva da atitude é a desejabilidade social. A atitude está muito relacionada com o aspecto cultural e social percebidos pelo indivíduo, que pode influenciar na manifestação ou não da afetividade (positiva ou negativa) que está relacionada ao objeto de atitude (Heidemann, Araújo & Veit, 2012).

Durante muitos anos, as escalas de auto relato são utilizadas para medir a atitude, como uma das medidas mais populares (Greenwald & Banaji, 1995). A lógica por trás dessas escalas é que as pessoas relatem com precisão suas atitudes, no entanto nem sempre esta condição é cumprida (Bohner & Dickel, 2011). As pessoas podem tentar esconder suas atitudes, a fim de se apresentar de forma positiva perante as relações sociais (Bohner & Dickel, 2011), efeito da desejabilidade social (Silveira, 2010).

Estes problemas associados a mensuração da atitude, se intensifica a medida que a escala proposta, mede a atitude relacionada ao uso de drogas. Determinados indivíduos, apesar de apresentarem crenças negativas acerca do uso de drogas, tendem a não expressá-las uma vez que esta atitude pode ser considerada negativa por parte da sociedade. Dessa forma, a

avaliação da atitude em relação a esta temática tem se tornado cada vez mais difícil, principalmente no que se refere ao seu aspecto afetivo e comportamental.

Com o intuito de diminuir a limitação das escalas de atitude em medir os seus aspectos implícitos, muitos pesquisadores utilizam-se de instrumentos indiretos para avaliar este construto, como o uso do *priming* e do método implícito IAT (*Implicit Association Test*). Todavia, estas técnicas também apresentam algumas dificuldades, como por exemplo o seu custo exacerbado (Cavazza, 2008). Dessa forma, apesar das limitações de uma escala, ela é considerada como uma das melhores medidas em termos de custo-benefício para avaliar um construto.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente escala, demonstrou índices de construção e pré-avaliação satisfatórios uma vez que foi estabelecida respeitando as etapas de criação dos principais manuais e artigos da área (Pasquali, 1999; AERA, 2004; Coluci et al., 2015). No entanto, o presente estudo possui uma limitação que deve ser destacada. A limitação do estudo está relacionada com a polarização das respostas de alguns itens escala. Através a Teoria de Resposta ao Item, pode-se sugerir a modificação da métrica da escala, passando-a para binária, com o intuito da mesma apresentar melhores propriedades psicométricas. No entanto, no presente estudo, a escala foi aplicada com *Likert*, e não foi possível aplicar novamente modificando sua semântica e sua métrica.

Apesar da não inclusão do componente comportamental da atitude na construção da medida, isto não se caracteriza como uma limitação deste estudo, uma vez que os autores não se propuseram a medir este componente nos objetivos do estudo. Apesar de ser um importante componente para a avaliação da atitude, sua dificuldade de mensuração fez com que os autores optassem pela não inclusão deste componente.

A escala, apesar de ter sido validada para uma população de educadores, ela não faz menção, em seus itens, a uma população específica. Podendo, portanto, ser avaliada em outras populações para verificar suas propriedades psicométricas e também ampliar a sua utilização.

Apesar da limitação, o estudo avança em termos de aplicabilidade, na medida que consegue avaliar de forma satisfatória a dimensão cognitiva e afetiva da atitude. E estas se fazem essenciais para uma melhor elaboração das práticas de prevenção do uso de drogas no contexto escolar, uma vez que a escola é ambiente estratégico dessas ações com as crianças e os adolescente.

## 8 REFERÊNCIAS

Allport, G.W. (1935). Attitudes. In: *Handbook of Social Psychology*, ed. C Murchinson. Worcester, MA: Clark Univ. Press.

American Educational Research Association (AERA). (2004). *AERA: Standard for Educational and Psychological Testing*. Washington, D.C.

Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131-141.

Armelin, M. G. (1999). Prevenção às drogas na escola. *O mundo da saúde*, 23(1), 48-52.

Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2011). *Psicologia Social* (3ª Edição). LTC Editora: São Paulo.

Babor, T. F. et al. (1986). Concepts of alcoholism among American, French-Canadian and French alcoholics. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 472, 99-109.

Babor T, et al. (2003). Alcohol: No ordinary, no commodity. *Research and Public Policy*. New York: WHO.

Bartlett, M. S. (1937). Properties of sufficiency and statistical tests. *Proceedings of the Royal Society of London Series A* 160, 268–282.

Beaton, D. E. et al. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Lippincott Williams & Wilkins*, 25(24); 3186-3191.

Beaton, D. E. et al. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health*. Disponível em <http://www.dash.iwh.on.ca>. Acesso em 21 maio 2015.

Bohner, G. & Dickel, N. (2011). Attitudes and Attitude Change. *Annu. Rev. Psychol.*, 62:391–417.

Brasil. (2012). Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*. Brasília: Editora UnB.

Broadus, A. D.; Hartje, J. A.; Roget, N. A. & Cahoon, K. L. (2010). Attitude about addiction: a national study of addiction educators. *J. Drug Education*, 40(3), 281-298.

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

Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Edições Loyola.

Chalmers, R., P. (2012). mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software*, 48(6), 1-29.

Coluci, M. Z. O.; Alexandre, N. M. C. & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936.

Corrigan, P. W. et al. (2001). Prejudice, Social Distance and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.

Corrigan, P. W. et al. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(1), 544-550.

Crano, W. D., & Prislin, R. (2006). Attitudes and persuasion. *Annual Review of Psychology*, 57:345-374.

Cronbach, L.J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.

Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.

Delamater, J. D., Michener, H. A. & Myers, D. J., (2005). *Psicologia Social*. Editora Thomson, 761 p.



Eagly, A. H. e Chaiken, S. (1993b). The nature of attitudes. In: Eagly, A. H. e Chaiken, S. (Eds.). *The psychology of attitudes*. Ted Buchhotz: Belmont, 1-21.

Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In: D.T. Gilbert, D. T, Fiske, S.T. & Lindzey, G. (Eds.), *The handbook of social psychology*. New York: MacGraw-Hill.

Ferreira, M. C. (2010). A Psicologia Social Contemporânea: Principais Tendências e Perspectivas Nacionais e Internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (especial), 51-64.

Ferreira, T. C. D.; Sanchez, Z. V. D. M; Ribeiro, L. A.; Oliveira, L. G. & Nappo, S. A. (2010). Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 14(34), 551-562.

Ferreira, L. M. S. (2012). *A Atitude dos Professores em Relação à Inclusão de Alunos com Deficiência Visual na Escola e na Sala de Aula*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa, Portugal.

Fonseca, P. N.; Gouveia, V. V.; Gouveia, R. S. V.; Pimentel, C. E. & Medeiros, E. D. (2007). Escala de atitudes frente à escola: validade fatorial e consistência interna - Medindo Atitudes Frente à Escola. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 11(2), 285-297.

Fox, J. & Weisberg, S. (2011). *An {R} Companion to Applied Regression*. Second Edition. Thousand Oaks CA: Sage. Retirado de <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>

Galduróz, J.C.F.; Noto A.R.; Fonseca, A.M. & Carlini, E.A. (2005). *V Levantamento sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do ensino Fundamental e Médio nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo : CEBRID

Gawronski B, Bodenhausen GV. (2007). Unraveling the processes underlying evaluation: attitudes from the perspective of the APE model. *Soc. Cogn.* 25:687–717

Gil, H. L. B.; Mello, D. F.; Ferriani, M. G. C. & Silva, M. A. I. (2008). Opiniões de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Perú. *Rev Latino-am Enfermagem*. 16(especial).

Gomide, H. P.; Lopes, T. M.; Soares, R. G.; Silveira, P. S.; Bastos, R. R. & Ronzani, T. M. (2010). Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora-MG, Brasil. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1),171-180.

Gouveia, V. V.; Pimentel, C. E.; Queiroga, F.; Meira, M. & Jesus, G. R. (2005). Escala de atitudes frente ao uso de maconha: comprovação da sua validade de construto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.*, 54(1), 5-12.

Greenwald, A. G. & Banaji, M. R.(1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychol. Rev.*, 102, 4–27.

Hanson, G. R. (2002). New vistas in Drug Abuse Prevention. *NIDA NOTES*. 16(6), 3-7.

Heidemann, L. A.; Araujo, I. S. & Veit, E. A. (2012). Um referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. *Revista Electrónica de Investigación em Educación em Ciencias*, 7(1), 1-10.

Hinkin, T. R. (1995). A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. *Journal of Management*, 21(5), 967-988.

Holgado-Tello, F. P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality & Quantity*, 44(1), 153–166. <http://doi.org/10.1007/s11135-008-9190-y>

Humphreys, L. G. & Montanelli, R. G. (1975). An investigation of the parallel analysis criterion for determining the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 10, 193-206.

Jolliffe, I. T. (2002). *Principal Component Analysis*, second edition, New York: Springer-Verlag New York.

Kaiser. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401–415.

Keszei, A. P.; Novak, M. & Streinerc, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 319–323.

LDB. (1996). Lei de Diretrizes e Bases da Educação - Lei nº 9.394/96. Brasília, DF: Ministério da Educação. Disponível: [http://www.presidencia.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm) (consultado em 16 de outubro de 2015).

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, pp. 5-53.

Link, B. G. et al. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*; 38(1), 177-190.

Lopes, G. T. & Luis, M. A. V. (2005). A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro – Brasil: Atitudes e Crenças. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(número especial), 872-9.

Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., et al. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331-1346.

Maio, G. & Haddock, G (2009). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage Publications: Wales.

Moreira, F. G.; Silveira, D. X. & Andreoli, S. B. (2006a). Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. *Rev. Saude Publica*, 40(5), 810-7.

Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Nursing Research*, 40(1), 120-123.

Mukoma, W. & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Prom. Int.*, 19(3), 357-68.

NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2003). *Monitoring the Future: National Results on Adolescents Drug Use- Overview of Key Findings* . Washington, DC, U.S. National NIH Publication 03- 5274.

Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5).

Pasquali, L. (1999) *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM & IBAPP.

Petty, R. E.; Briñol, P. & DeMarree, K. G. (2007). The Meta-Cognitive Model (MCM) of Attitudes: implications for attitude measurement, change, and strength. *Social Cognition*, 25(5), 657-686.

Pillon, S. C. & Laranjeira, R. R. (2005). Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J.*, 123(4), 175-80.

Peele, S. (1998). The results for drug reform goals of shifting from interdiction/punishment to treatment. *International Journal of Drug Policy*, 9, 43-56.

R Core Team. (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna (AT). Retirado de <http://www.R-project.org/>. Acesso em 15 de Junho de 2015.

Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. (1997). *Alcoolismo hoje*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

Rizopoulos, D. (2006) ltm: An R package for latent variable modelling and item response theory analyses. *Journal of Statistical Software*, 17(5), 1–25. URL <http://www.jstatsoft.org/v17/i05/>

Ritsher, J. B.; Otilingam, P. G. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.

Revelle, W. (2014) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. Retirado de <http://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 1.4.8.

Ronzani, T. M. (2013). Perspectivas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. In: Ronzani, T. M. (Ed.). *Ações integradas sobre drogas: prevenções, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora UFJF.

Ronzani, T. M. & Formigoni, M.L.O.S. (2008). Estratégias de Rastreamento e Intervenção Breve ao Uso de Álcool na APS: um pouco de realidade. In: USP. *Os novos velhos desafios da saúde mental*. Ribeirão Preto: FIERP/USP.

Sanchez, Z. V. D. M.; Oliveira, L. G. & Nappo, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1); 43-55.

Sartes, L. A. M. (2010). *Propriedades psicométricas da versão brasileira do addiction severity index 6 (asi 6): Uma abordagem pela Teoria de Resposta ao Item*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Schwarz N. 2007. Attitude construction: evaluation in context. *Soc. Cogn.* 25:638–56

Schwarz, N. & Bohner, G. (2001). The construction of attitudes. In: *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes*, Oxford, UK: Blackwell

Scivoletto S. (2001). Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. *Dependência química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Roca.

Silva, E.A. & De Micheli, D. (2011). *Adolescência. Uso e Abuso de Drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: UNIFESP.

Silveira, P.S. (2010). *Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

Simonson, M. & Maushak, N. (2001). Instructional technology and attitude change. In: D. Jonassen (Ed.), *Handbook of research for educational communications and technology*. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Siqueira, S. R. G. (2009). *Adaptação transcultural e confiabilidade da escala Community Attitudes Towards Mentally III (CAMI)*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Sloboda, Z. (Ed.) (2005). *Epidemiology of Drug Abuse*. New York: Springer-Verlag.

Sloboda, Z. & Bukoski, W.J. (2006). *Handbook of Drug Abuse Prevention*. New York: Springer.

Sodelli, M. (2007). A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. *Rev. Port. Int. Saude Mental*, 9(2), 3-58.

Sowa, P. A. & Cutter, H. S. (1974). Attitudes of hospital staff toward alcoholics and drug addicts. *J Stud Alcohol*; 35: 210-4.

Streiner, D. L. & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press, 4th ed.

Tavares, T.; Bonito, J. & Oliveira, M. M. (2013). O consumo de álcool pelos alunos do 9.º ano de escolaridade no distrito de Beja: fatores determinantes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(1).

Taylor, S. M. & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*; 7(2); 225-240.

Teixeira, J. M. S. (2006). *Consumo de álcool na adolescência: início, percursos e prevenção*. (Monografia). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Vargas, D. & Luis, M. A. V. (2008). Construção e validação de uma escala de atitude frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(5).

Vargas, D. & Lubate, R. C. (2006). Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. *Rev Bras Enferm*; 59(1): 47-51.

Visser, P.S. & Mirabile, R.R. (2004). Attitudes in the social context: the impact of social network composition on individual-level attitude strength. *J. Personal. Soc. Psychol.* 87, 779–95.

World Health Organization (WHO) (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Geneve: WHO.

Wynd C.A, Schmidt B., Schaefer M.A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*; 25(5), 508-518.

## 9 APÊNDICES

### 9.1 Apêndice A: Tabela completa de construção dos itens.

<b>Itens Originais da Escala</b>	<b>Itens após Adaptação Semântica e Métrica</b>	<b>Itens Após Avaliação dos especialistas e Juiz</b>	<b>Itens Finais após Grupo Focal</b>
Alcoolistas não têm força de vontade	Usuários de drogas não têm força de vontade	Usuários de drogas não têm força de vontade	Usuários de drogas não têm força de vontade.
Alcoolistas têm baixo status social	Usuários de drogas têm baixo status social	Usuários de drogas têm menos prestígio na sociedade.	Usuários de drogas têm menor destaque na sociedade.
Alcoolistas não são encontrados em cargos importantes	Usuários de drogas não são encontrados em cargos importantes	Usuários de drogas não podem ocupar cargos que exigem maior responsabilidade.	Usuários de drogas não podem ocupar cargos que exigem maior responsabilidade.
Alcoolismo é sinal de fraqueza de caráter	O uso de drogas é sinal de fraqueza de caráter	O uso de drogas representa uma fraqueza de caráter	O uso de drogas representa uma fraqueza de caráter.
Alcoolistas não se preocupam com seus problemas	Usuários de drogas não se preocupam com seus problemas	Usuários de drogas não se preocupam com si mesmos	Usuários de drogas não se preocupam com si mesmos.
Alcoolistas são pessoas moralmente fracas	Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas	Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas.	Usuários de drogas são pessoas moralmente fracas.
Alcoolistas são pessoas sem determinação	Usuários de drogas são pessoas sem determinação	Usuários de drogas são pessoas sem determinação	Usuários de drogas são pessoas sem determinação.
Alcoolistas não querem parar de beber	Usuários de drogas não querem parar de usar	Usuários de drogas não querem parar de usá-las.	Usuários de drogas não querem parar de usá-las.
Alcoolistas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.	Usuários de drogas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.	Usuários de drogas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.	Usuários de drogas raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.
Alcoolistas têm menos formação escolar do que a maioria das pessoas	Usuários de drogas têm menos formação escolar do que a maioria das pessoas	Usuários de drogas têm menor escolaridade do que a maioria das outras pessoas	Usuários de drogas têm menor escolaridade do que a maioria das outras pessoas.
A maioria dos alcoolistas está desempregada	A maioria dos usuários de drogas está desempregada	A maioria dos usuários de drogas está desempregada	A maioria dos usuários de drogas está desempregada.
Tratamento psicológico ou médico raramente ajuda	Tratamento psicológico ou médico raramente ajuda o usuário de drogas	O tratamento raramente ajuda o usuário de drogas.	O tratamento raramente ajuda o usuário de drogas.
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco.	Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de drogas.	Não se deve ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de drogas.	Não se deve ter grandes expectativas na relação com os usuários de drogas.
Usuários problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	Usuários problemático podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	Quem abusa de drogas pode aprender a diminuir o consumo, tendo-o sob controle novamente.	Quem abusa de drogas pode aprender a diminuir o uso, tendo-o sob controle novamente.



**Apêndice A:** Tabela completa de construção dos itens (Continuação)

Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”.	Eu acho que os usuários de drogas não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”.	Usuários de drogas não podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.	Usuários de drogas podem ser ajudados antes de chegarem ao “fundo do poço”.
Uma das principais causas da doença mental é a falta de auto disciplina e auto controle.	Uma das principais causas do uso de drogas é a falta de auto disciplina e auto controle	As principais causas do uso de drogas é a falta de disciplina e autocontrole	As principais causas do uso de drogas é a falta de disciplina e autocontrole.
A melhor forma de controlar os doentes mentais é mantê-los trancados.	A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los trancados	A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los isolados.	A melhor forma de controlar os usuários de drogas é mantê-los isolados.
Algumas características diferenciam os doentes mentais das pessoas normais.	Algumas características diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.	Existem características que diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.	Existem características que diferenciam os usuários de drogas das pessoas normais.
Uma pessoa sempre deve ser hospitalizada assim que apresente sinais de distúrbio mental.	Uma pessoa sempre deve ser hospitalizada assim que apresente sinais de uso de drogas.	Uma pessoa deve ser hospitalizada assim que apresentar sinais de uso de drogas.	Uma pessoa deve ser hospitalizada assim que apresentar sinais de uso de drogas.
Doentes mentais precisam do mesmo tipo de controle e disciplina que as crianças pequenas.	Usuários de drogas precisam do mesmo tipo de controle e disciplina que as crianças pequenas	Usuários de drogas precisam do mesmo tipo de controle e disciplina que as crianças.	Usuários de drogas precisam do mesmo tipo de controle e disciplina que as crianças.
Doença mental é uma doença como outra qualquer.	Dependência de substâncias é uma doença como outra qualquer.	A dependência de drogas é uma doença.	A dependência de drogas é uma doença.
Os doentes mentais não deveriam ser tratados como indesejáveis na sociedade.	Os usuários de drogas não deveriam ser tratados como indesejáveis na sociedade.	Os usuários de drogas são pessoas indesejáveis na sociedade.	Os usuários de drogas são pessoas indesejáveis na sociedade.
Deveria ser dada menos importância em proteger a sociedade dos doentes mentais.	Deveria ser dada menos importância em proteger a sociedade dos usuários de drogas.	A sociedade deveria dar menos importância em se proteger dos usuários de drogas	A sociedade não deveria se preocupar em proteger-se dos usuários de drogas.
Qualquer um pode se tornar um doente mental.	Qualquer um pode se tornar um usuário de drogas.	Qualquer pessoa pode se tornar um usuário de drogas.	Qualquer pessoa pode se tornar um usuário de drogas.
Nenhuma responsabilidade deveria ser dada ao doente mental.	Nenhuma responsabilidade deveria ser dada ao usuário de drogas.	Os usuários de drogas são responsáveis pelos problemas associados ao uso de drogas.	Os usuários de drogas são responsáveis pelos problemas associados ao uso de drogas.

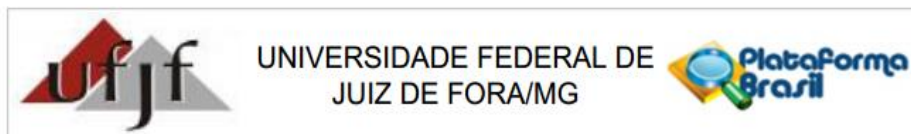
**Apêndice A:** Tabela completa de construção dos itens (Continuação)

Os doentes mentais deveriam ser isolados do resto da comunidade.	Os usuários de drogas deveriam ser isolados do resto da comunidade.	Os usuários de drogas devem ser isolados da comunidade.	Os usuários de drogas devem ser isolados da sociedade.
Uma mulher seria tola em se casar com um homem que tenha sofrido de doença mental, mesmo que ele parecesse completamente recuperado.	Uma mulher seria tola em se casar com um homem que tenha sido usuário de drogas, mesmo que ele parecesse completamente recuperado.	Uma pessoa seria ingênua em se casar com alguém que tenha sido usuário de drogas, mesmo que estivesse recuperado.	Uma pessoa seria ingênua em se casar com alguém que tenha sido usuário de drogas, mesmo que estivesse recuperado.
Eu não gostaria de ser vizinho de porta de alguém que tenha sido doente mental.	Eu não gostaria de ser vizinho de porta de alguém que tenha sido usuário de drogas.	As pessoas não gostariam de morar próximo a alguém que tenha sido usuário de drogas.	As pessoas não gostariam de morar próximo a alguém que tenha sido usuário de drogas.
Alguém que tenha uma história de doença mental deveria ser impedido de assumir qualquer emprego público.	Alguém que tenha uma história de uso de drogas deveria ser impedido de assumir qualquer emprego público	Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer emprego público.	Alguém que tenha um histórico de uso de drogas deve ser impedido de assumir qualquer cargo público.
Os doentes mentais não deveriam ser privados de seus direitos individuais.	Os usuários de drogas não deveriam ser privados de seus direitos individuais	Os usuários de drogas devem ser privados de seus direitos individuais	Os usuários de drogas devem ser privados de seus direitos individuais.
Doentes mentais deveriam ser encorajados a assumir responsabilidades de vida normal.	Usuários de drogas deveriam ser encorajados a assumir responsabilidades de vida normal.	Usuários de drogas devem ser encorajados a assumir a responsabilidade por suas atividades diárias.	Usuários de drogas devem ser encorajados a assumir sua responsabilidade por suas atividades diárias.
Ninguém tem o direito de excluir os doentes mentais de sua vizinhança.	Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.	Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.	Ninguém tem o direito de excluir os usuários de drogas de sua vizinhança.
Os doentes mentais oferecem menos perigo do que a maioria das pessoas pensa.	Os usuários de drogas oferecem menos perigo do que a maioria das pessoas pensam.	Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que a maioria das pessoas pensam.	Os usuários de drogas oferecem mais perigo do que as pessoas imaginam.
Os doentes mentais foram, por muito tempo, objetos de ridicularização.	Os usuários de drogas foram, por muito tempo, objetos de ridicularização.	Os usuários de drogas ainda são ridicularizados.	Os usuários de drogas ainda são ridicularizados.
Deveriam ser gastos mais recursos públicos no cuidado e tratamento dos doentes mentais.	Deveriam ser gastos mais recursos públicos no cuidado e tratamento dos usuários de drogas	Devem ser gastos mais recursos públicos financeiros no tratamento dos usuários de drogas	Devem ser gastos mais recursos públicos financeiros no tratamento dos usuários de drogas.

**Apêndice A:** Tabela completa de construção dos itens (Continuação)

Nós precisamos ser mais tolerantes com os doentes mentais na nossa sociedade.	Nós precisamos ser mais tolerantes com os usuários de drogas na nossa sociedade.	A sociedade precisa ser mais tolerante com os usuários de drogas.	A sociedade precisa ser mais tolerante com os usuários de drogas.
A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos doentes mentais.	A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.	A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.	A sociedade tem a responsabilidade de fornecer o melhor tratamento possível aos usuários de drogas.
Os doentes mentais não merecem nossa simpatia.	Os usuários de drogas não merecem nossa simpatia.	Os usuários de drogas merecem nossa empatia.	Os usuários de drogas merecem nossa simpatia.
Os doentes mentais são um peso para a sociedade.	Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.	Os usuários de drogas são um fardo para a sociedade.	Os usuários de drogas são um peso para a sociedade.
Aumentar as despesas com saúde mental é um desperdício de recursos públicos.	Aumentar as despesas com políticas de drogas é um desperdício de recursos públicos.	Aumentar as despesas com políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.	Aumentar o investimento nas políticas de drogas é um desperdício de dinheiro público.
Existem serviços de atendimento suficientes para os doentes mentais.	Existem serviços de atendimento suficientes para os usuários de drogas.	O número de serviços de tratamento para usuários de drogas é suficiente.	O número de serviços de tratamento é suficiente para o número de usuários de drogas.
É melhor evitar alguém que tenha problemas mentais.	É melhor evitar alguém que tenha problemas com drogas.	É melhor evitar alguém que tenha problemas com drogas.	É melhor evitar alguém que tenha problemas com drogas.

## 9.2 Apêndice B: Aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através da Plataforma Brasil



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Capacitação e Avaliação de Educadores de Escolas Públicas para Prevenção do Uso de Drogas entre Adolescentes.

**Pesquisador:** TELMO MOTA RONZANI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34536514.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências Humanas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 787.766

**Data da Relatoria:** 26/08/2014

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros e são passíveis de serem executados.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos descritos no projeto.

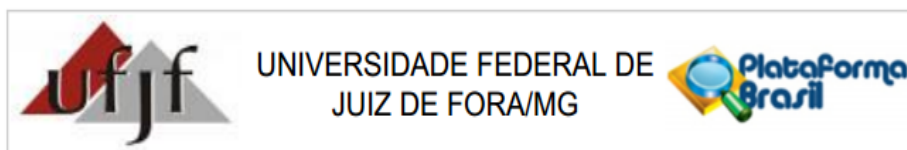
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem valor acadêmico e científico e foi bem estruturada na sua metodologia.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

**Apêndice B:** Aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através da Plataforma Brasil (Continuação)



Continuação do Parecer: 787.766

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2015.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

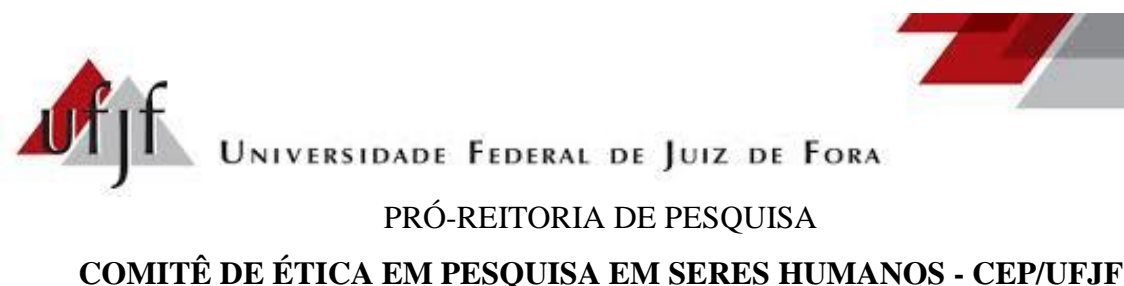
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 11 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
**(Coordenador)**

### 9.3 Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



9.3.1.1.1 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

9.3.1.1.2

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Capacitação e Avaliação de Educadores de Escolas Públicas para Prevenção do Uso de Drogas entre Adolescentes. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a capacitação dos profissionais das Escolas Públicas para trabalharem coletivamente na prevenção do uso de drogas na escola, através do desenvolvimento de uma escala que avalie a percepção social de educadores frente ao uso de drogas, da avaliação da mudança de atitude dos profissionais e da avaliação do processo de planejamento e implementação dos projetos desenvolvidos pelos educadores. O motivo que nos leva a estudar o tema é a necessidade de se entender as práticas de prevenção ao uso de álcool e drogas no Brasil. Estão sendo selecionados todos os profissionais que deram entrada no Curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de Escolas Públicas e sua participação não é obrigatória.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: a sua participação na pesquisa consistirá no preenchimento de um questionário virtual com duração máxima de 30 minutos. Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico bem como a avaliação da efetividade do curso, para posteriores melhorias. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo

**Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Continuação)**

de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética para que estes possam minimizar as consequências decorrentes deste risco. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados, estando à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na Universidade Federal de Juiz de Fora no Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) – Instituto de Ciências Humanas, onde os dados estarão seguros e trancados, visto que ninguém terá o acesso, somente os pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e artigos científicos da área. Você poderá salvar uma cópia deste termo em seu computador caso julgue necessário.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no CREPEIA e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa

**Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Continuação)**

“Capacitação e Avaliação de Educadores de Escolas Públicas para Prevenção do Uso de Drogas entre Adolescentes”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF  
 Pró-Reitoria de Pesquisa  
 CEP: 36036-900  
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani**

Endereço: Instituto de Ciência Humanas - Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Bairro São Pedro  
 CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG  
 Fone: (32) 2102-3195  
 E-mail: telmo.ronzani@ufjf.edu.br