

UNIAD
Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas



INPAD
Instituto Nacional de Ciência
e Tecnologia para Políticas Públicas
do Álcool e Outras Drogas



I LENAD
Levantamento Nacional
de Álcool e Drogas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Parceiros:



Ipsos Public Affairs
The Social Research and Corporate Reputation Specialists



Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

Relatório 2012

Organização:	Ronaldo Laranjeira
Coordenação:	Clarice Sandi Madruga
Comissão organizadora:	Ilana Pinsky Raul Caetano Sandro Sendin Mitsuhiro
Comitê de Estatística:	Clarice Sandi Madruga Raul Caetano Graziela Castello



Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Esta publicação pode ser reproduzida, total ou parcialmente, sem a autorização do detentor dos direitos autorais, desde que possua fins educativos gratuitos e que seja indicada a fonte. O INPAD agradecerá o envio de um exemplar de qualquer texto cuja fonte tenha sido a presente publicação. A presente publicação não pode ser usada para revenda, nem para nenhum outro fim comercial.

Coordenação Editorial: Clarice Sandi Madruga

INPAD / UNIAD / UNIFESP
Rua Borges Lagoa, 570, sala 82
Vila Clementino – São Paulo - SP
CEP: 04038-000

Sugestão para citação:

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014



Pesquisadores do LENAD

Ronaldo Laranjeira:

Médico formado pela Escola Paulista de Medicina em 1982, com residência em psiquiatria pela mesma instituição. Fez o PhD em Psiquiatria na Universidade de Londres (Maudsley Hospital) no setor de Dependência Química. Atualmente é professor titular do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP e coordena a UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) e o recém-criado INPAD (Instituto Nacional de Políticas sobre Álcool e Drogas) do CNPq. Tem grande experiência na área de tratamento da dependência química e coordena uma série de cursos de especialização nessa área, com mais de 1.000 alunos do Brasil inteiro formados. Tem mais de 180 artigos científicos publicados.

Clarice Sandi Madruga:

Graduada em Psicologia pela PUCRS, tem mestrado em Neurociências pela UFRGS e mestrado em Dependência Química pela Sussex University na Inglaterra. Foi pesquisadora associada no Kings College em Londres por 4 anos trabalhando com o Mental Health and Comorbidity Survey do Reino Unido e fez doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica na UNIFESP. É professora afiliada da UNIFESP e pesquisadora associada do INPAD. Atua na área de epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas.

Ilana Pinsky:

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo, mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo, doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo e pós-doutorado na Robert Wood Johnson Medical School. Atualmente é professora afiliada da Universidade Federal de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em dependência química, atuando principalmente nos temas: álcool e políticas públicas, propaganda de álcool, substâncias psicoativas entre adolescentes.

Raul Caetano:

Raul Caetano é psiquiatra com formação pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Ele tem mestrado em Saúde Pública e doutorado em Epidemiologia pela Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, em Berkeley. No momento ele é decano regional e professor de Epidemiologia na Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas.

Sandro Sendin Mitsuhiro:

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo e Doutorado em Ciências Médicas (Psiquiatria) pela Universidade Federal de São Paulo-Unifesp. É especializado em Psiquiatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Atualmente, é Professor Afiliado do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo e pesquisador executante, atuando como vice-coordenador do INPAD. Suas principais linhas de pesquisa são: políticas do álcool e outras drogas, organização de serviços de assistência ao dependente químico, modelos de tratamento em dependência química, transtornos relacionados ao uso de drogas e outros transtornos psiquiátricos em gestantes adolescentes, aspectos genéticos da dependência química.



Apresentação

As escolhas que devemos fazer na Saúde Pública devem levar em consideração as melhores evidências científicas existentes. Em relação ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam são o álcool e o crack. Embora o cigarro ainda seja a substância que mais mata os brasileiros, o seu consumo está em declínio, por uma série de políticas públicas corajosas. O álcool por sua vez é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil. O debate nacional e internacional sobre as melhores políticas a serem adotadas para o controle das drogas ilícitas está polarizado. Por um lado os proponentes da legalização acham que basta uma única mudança legislativa para resolver esse problema complexo. Por outro lado ainda existem pessoas que defendem a solução repressiva, exclusivamente penal. A verdade é que nenhuma dessas duas abordagens é humana, efetiva ou se baseia nas melhores evidências científicas disponíveis. Uma abordagem ideal coloca ênfase na prevenção e no tratamento, enquanto ao mesmo tempo defende que o sistema de justiça possa retirar os usuários de drogas não violentos que cometeram algum crime do sistema prisional para o sistema de tratamento. Precisamos o quanto antes mudar esse debate e assegurar uma política de drogas que seja bem balanceada, humana, com compaixão, e que seja baseada em evidências científicas sólidas.

O Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas é um estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira. Dependência de álcool, tabaco, maconha e cocaína também foram avaliados bem como possíveis fatores de risco e/ou proteção para o desenvolvimento de abuso e/ou dependência. O estudo visa contribuir no desenvolvimento de políticas de saúde pública fornecendo evidências concretas de uma amostra representativa da população brasileira.



Ronaldo Ramos Laranjeira
Professor Titular da Psiquiatria – UNIFESP - Presidente do INPAD



Glossário

INTRODUÇÃO	8
1. METODOLOGIA	9
1.1 Universo	9
1.2 Amostra	10
1.3 Tamanho da Amostra	11
1.4 Erro Amostral	11
1.5 Detalhamento do Sorteio	12
1.6 Plano Amostral	22
1.7 Instrumentos	24
1.8 Coleta de Dados	28
2. Perfil da Amostra	30
3. Consumo de Álcool na população brasileira (2006/2012)	34
4. Consumo de Tabaco na população brasileira (2006/2012)	44
5. Consumo de Substâncias Ilícitas na população brasileira (2012)	54
6. Fatores Associados ao Abuso e Dependência Química (2012)	60
6.1 Saúde Física	60
6.2 Saúde Mental	64
6.2.1 Qualidade de Vida	65
6.2.2 Depressão	67
6.3 Rede de Suporte Social	70
6.4 Eventos Negativos Recentes	72
6.5 Violência	73
6.5.1 Violência Urbana	73
6.5.2 Violência na Infância	75
6.5.3 Violência Doméstica	78
7. Política e Propaganda	80
PRODUÇÃO CIENTÍFICA	84
REFERÊNCIAS	85



Introdução

Em 2006 realizou-se o primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira com o objetivo primeiro investigar o conhecimento, atitudes, práticas e comportamento de vulnerabilidade relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas da população brasileira com 14 anos ou mais. Entre novembro de 2005 e abril de 2006 foram realizadas 3007 entrevistas da pesquisa, que foi a campo em 143 municípios brasileiros, de Norte a Sul do país. Tal iniciativa permitiu a elaboração de uma série de estudos descritivos e analíticos (1-13).

Tendo em vista a continuidade deste monitoramento, em 2012, a UNIAD - Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas/ Unifesp realizou o II Lenad - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. A operacionalização de ambas as medições (2006 e 2012) foi realizada pela Ipsos Public Affairs, e todos os procedimentos metodológicos realizados na primeira medição foram mantidos na segunda de forma a permitir a comparação dos indicadores na nova medição.

Neste relatório serão apresentados os resultados gerais dos diferentes blocos aferidos na pesquisa, bem com um capítulo metodológico detalhando dos os procedimentos adotados na pesquisa. O relatório está dividido em 7 capítulos, quais sejam: (i) *metodologia da pesquisa*; (ii) *perfil da amostra*; (iii) *consumo de álcool na população brasileira*; (iv) *Consumo de tabaco*; (v) *consumo de substâncias ilícitas*; (vi) *fatores de risco* e (vii) *políticas e propagandas sobre o uso de substâncias*.



1. Metodologia

Especificações:

- a - Área da Pesquisa: todo o território nacional.
- b - Universo da Pesquisa: população com 14 anos ou mais.
- c- Estudo transversal repetido (2006/2012)

A metodologia utilizada para seleção amostral foi a de amostra probabilística estratificada em 3 estágios (com arrolamento dos pontos amostrais (clusters)¹, e sorteio dos domicílios e de uma pessoa dentro de cada domicílio a ser entrevistada).

1.1. UNIVERSO CONSIDERADO NO ESTUDO

Para o estudo em questão, o Universo foi composto pela População Geral (urbana e rural) de todo o território nacional, com idade igual ou superior a 14 anos.

A área geográfica de abrangência foi nacional, subdividida em regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

A fonte de dados utilizada para realização da amostra foi a Sinopse Preliminar do Censo de 2010 - IBGE.

A opção pelo uso da Sinopse Preliminar do Censo 2010 se deu pela defasagem do dado do último censo divulgado (ano de 2000) em função das mudanças demográficas e, principalmente econômicas da última década. Os dados utilizados, apesar de preliminares, estavam oficialmente divulgados pelo IBGE na época do sorteio da amostra.

1.2. AMOSTRA

¹ Pontos Amostrais (Clusters), serão setores censitários como definidos pelo IBGE.



A amostra foi dividida em três partes, sendo uma de População Geral do Brasil, com 14 anos ou mais, outra chamada de *oversample* de Adolescentes, com pessoas de 14 a 17 anos do Brasil e uma terceira chamada *oversample* do Estado de São Paulo, composta de população geral com 14 anos ou mais do Estado de São Paulo. A amostra de População Geral teve 3000 entrevistas em todo o território nacional, a *oversample* de adolescentes, 800 entrevistas na mesma abrangência geográfica e a *oversample* do Estado de São Paulo, 400 entrevistas. Ao todo, teremos 4200 entrevistas.

A amostra foi estratificada de conglomerados com ppt (com probabilidade de seleção proporcional ao tamanho das unidades de amostragem) em quatro etapas:

A primeira etapa foi probabilística com ppt, composta da seleção sistemática de municípios dentro das Regiões da Federação, com base na Sinopse Preliminar do Censo de 2010 (4ª Unidade amostral)

A segunda etapa foi probabilística com ppt, composta da seleção sistemática de setores censitários com base na Sinopse Preliminar do Censo de 2010 (3ª Unidade Amostral).

A terceira etapa foi probabilística, composta da seleção aleatória simples de domicílios dentro dos setores, com base na Sinopse Preliminar do Censo de 2010 (2ª Unidade Amostral).

A quarta e última etapa foi probabilística, composta da seleção aleatória simples de indivíduos dentro dos domicílios, com base na Sinopse Preliminar do Censo de 2010 (UPA - Unidade Primária de Amostragem).

A estratificação explícita aplicada no desenho da amostra remeteu à dispersão geográfica e ao tamanho dos municípios (porte) dentro dos Estados da Federação e dentro das Regiões Geográficas.

Implicitamente, as variáveis utilizadas para garantir uma amostragem fidedigna ao Universo foram código da Unidade da Federação e Índice de urbanização das áreas.

1.3. TAMANHO DA AMOSTRA



O tamanho da amostra ideal foi calculado utilizando uma aproximação por amostragem aleatória simples (AAS), considerando amostras com populações infinitas, segundo a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z_{(\alpha)}^2 \hat{p}\hat{q}}{d^2}$$

Onde,

- n é o tamanho da amostra para uma população infinita
- $Z(\alpha)$ é o valor tabelado da distribuição normal (corresponde a 95% de confiança).
- \hat{p} é a proporção estimada da população para um dado atributo.

Considerou-se $p = 0,5$.

- $\hat{q} = (1 - \hat{p})$
- d é a tolerância máxima de erro (variância) para o tamanho da amostra.

Considerou-se $d = 0,05$.

1.4. ERRO AMOSTRAL

O erro amostral é um indicador que mensura o quanto os valores obtidos a partir das informações da amostra podem diferir do valor real do Universo.

Em qualquer estudo em que se realizam amostras existe o erro amostral.

Por exemplo:

Se a estimativa de consumo de álcool por adolescentes na região “H”, através dos dados coletados na amostra, fosse de 20% e o erro fosse de 3 pontos percentuais, então o valor real no Universo estará estimado com 95% de certeza em um intervalo entre 17% e 23% de consumo de álcool.

Detalhando esses conceitos estatisticamente temos:

- O erro amostral é calculado em função de:



- Tamanho da amostra (número de entrevistas)
- Heterogeneidade da amostra (distribuições das características: hábitos, motivações, intenções, etc.).
- Não existe erro único para toda a pesquisa, pois cada característica tem distribuição própria. Para cada percentual obtido na amostra há um erro diferente que só pode ser calculado após execução do estudo (erro à posteriori).
- O erro amostral descrito no documento é o erro à priori, que parte da premissa que a variância amostral apresenta-se em sua pior suposição, onde $p=q=0,5$.

1.5. DETALHAMENTO DO SORTEIO DA AMOSTRA

1.5.1. SORTEIO DOS MUNICÍPIOS

Os municípios foram a primeira unidade do sorteio.

Seguindo as mesmas premissas do estudo anterior, definiu-se que o tamanho ótimo do ponto amostral por conglomerado (setor censitário) seja 8. Definiu-se também por premissa que, na amostragem por ponto (seleção dos municípios), cada município teria minimamente dois conglomerados selecionados.

Esta decisão tem cunho empírico e já foi rigorosamente testada anteriormente de forma a não afetar nenhum resultado do estudo.

Desta forma, para 3000 entrevistas, foram utilizados aproximadamente 375 setores censitários (3000 entrevistas/8 entrevistas por setor).

Considerando-se um ponto amostral como 2 setores, tivemos 188 pontos amostrais a serem selecionados.

Dentre os 5565 municípios, foram considerados auto-representativos àqueles que tinham População superior a 1.014.535 habitantes (190.732.694 habitantes/188 pontos), uma vez que a probabilidade de serem selecionados foi igual a 1.

Tabela 1: Municípios auto-representativos.



Município	Região	População	Setores
Belém	Norte	1.392.031	3
Manaus	Norte	1.802.525	4
Fortaleza	Nordeste	2.447.409	5
Recife	Nordeste	1.536.934	3
Salvador	Nordeste	2.676.606	5
Belo Horizonte	Sudeste	2.375.444	5
Campinas	Sudeste	1.080.999	2
Guarulhos	Sudeste	1.222.357	2
Rio de Janeiro	Sudeste	6.323.037	12
São Paulo	Sudeste	11.244.369	22
Curitiba	Sul	1.746.896	3
Porto Alegre	Sul	1.409.939	3
Brasília	Centro-Oeste	2.562.963	5
Goiânia	Centro-Oeste	1.301.892	3
Total		39.123.401	77

Esses 14 municípios têm uma população total de 39.123.401 habitantes, o que corresponde proporcionalmente aos 77 setores censitários dos 375 sorteados. Esses 77 setores foram distribuídos proporcionalmente ao tamanho da População de cada município, e na Tabela 1 podemos verificar a quantidade de setores censitários sorteados por município.

Os 298 setores censitários restantes estão distribuídos proporcionalmente entre os outros municípios do Brasil.

No estudo anterior, também foi feita uma estratificação por faixas de renda, porém, como o estudo atual está sendo feito com a Sinopse Preliminar do Censo 2010, essa variável de renda ainda não está disponível.

As tabelas subsequentes indicam as etapas mencionadas nos parágrafos anteriores.

Tabela 2: Estratificações para o sorteio dos municípios.

Região	Porte	População total do estrato	Municípios Sorteados	Total de Municípios
--------	-------	----------------------------	----------------------	---------------------



Norte	1	2.530.865	3	280
Norte	2	2.548.754	3	90
Norte	3	2.536.447	3	47
Norte	4	2.610.551	3	23
Norte	5	2.444.505	3	7
Nordeste	1	9.289.390	9	1054
Nordeste	2	9.289.399	9	415
Nordeste	3	9.283.837	9	214
Nordeste	4	9.193.906	9	89
Nordeste	5	9.360.656	9	19
Sudeste	1	11.629.691	11	1255
Sudeste	2	11.650.501	11	256
Sudeste	3	11.631.586	11	92
Sudeste	4	11.359.550	11	40
Sudeste	5	11.836.190	10	20
Sul	1	4.849.798	5	842
Sul	2	4.830.147	5	216
Sul	3	4.890.950	5	82
Sul	4	4.826.144	5	32
Sul	5	4.830.941	5	14
Centro-Oeste	1	2.042.572	2	318
Centro-Oeste	2	2.030.688	2	91
Centro-Oeste	3	2.076.898	2	38
Centro-Oeste	4	1.906.006	2	13
Centro-Oeste	5	2.129.321	2	4
Total		151.609.293	149	551



Tabela 3: Municípios sorteados por UF.

Região	UF	Municípios Sorteados
Norte	RO	1
Norte	TO	2
Norte	AM	4
Norte	PA	8
Norte	RR	1
Norte	AP	1
Nordeste	BA	12
Nordeste	CE	7
Nordeste	MA	6
Nordeste	PB	4
Nordeste	PE	8
Nordeste	PI	3
Nordeste	RN	3
Nordeste	SE	3
Nordeste	AL	2
Sudeste	MG	16
Sudeste	RJ	10
Sudeste	SP	29
Sudeste	ES	4
Sul	PR	9
Sul	RS	12
Sul	SC	6
Centro-oeste	GO	5
Centro-oeste	MS	3
Centro-oeste	MT	3
Centro-oeste	DF	1
Total		163

1.5.2. SORTEIO DOS MUNICÍPIOS PARA A *OVERSAMPLE* DO ESTADO DE SÃO PAULO

O sorteio da *oversample* do Estado de São Paulo foi feito da mesma forma detalhada em 3.5.1, porém independentemente.

Desta forma, para 400 entrevistas, foram utilizados 50 setores censitários (400 entrevistas/8 entrevistas por setor).

Considerando-se um ponto amostral como 2 setores, tivemos 25 pontos amostrais a serem selecionados.



Dentre os 645 municípios do Estado de São Paulo, foram considerados auto-representativos àqueles que tinham População superior a 1.650.086 habitantes (41.252.160 habitantes/25 pontos), uma vez que a probabilidade de serem selecionados é igual a 1.

Para a amostra em questão, apenas a cidade de São Paulo foi considerada auto-representativa.

A cidade de São Paulo tem uma população total de 11.244.369 habitantes, o que corresponde proporcionalmente aos 14 setores censitários dos 50 sorteados.

Os 36 setores censitários restantes foram distribuídos proporcionalmente entre os outros municípios do Estado de São Paulo.

A tabela subsequente ilustra a estratificação do Estado de São Paulo:

Tabela 4: Estratificações para o sorteio dos municípios.

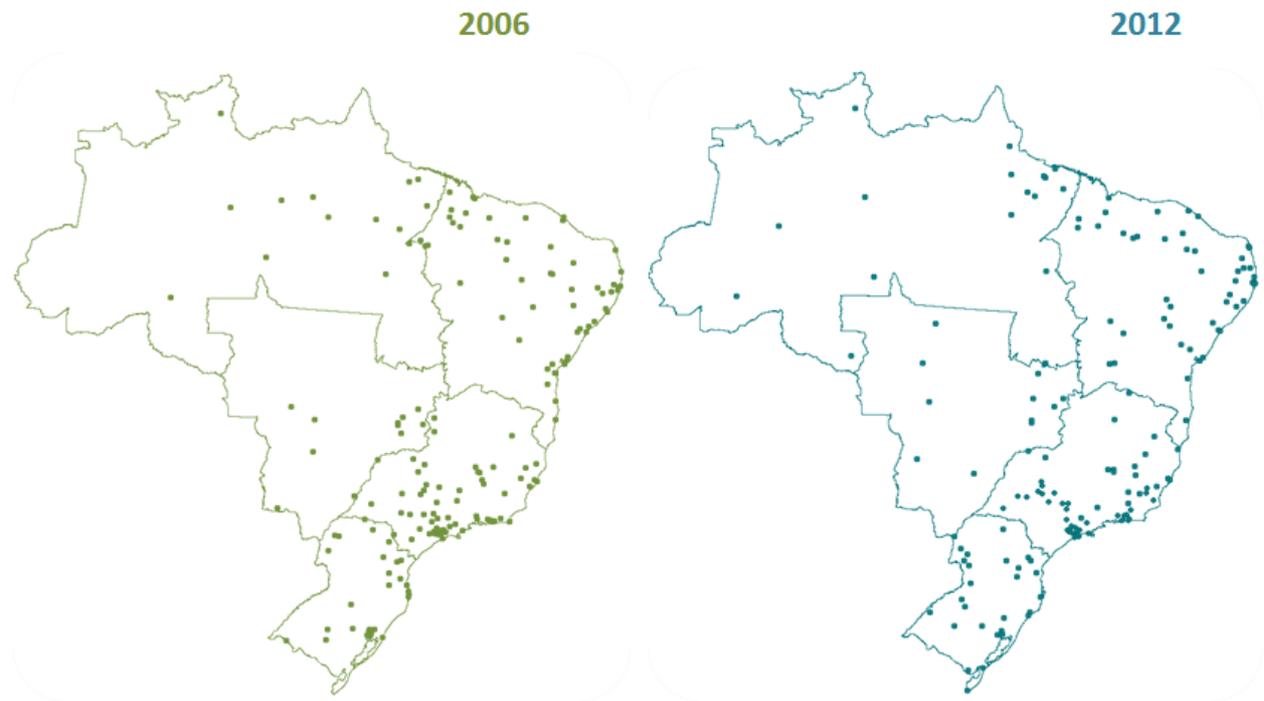
Região	Porte	População total do estrato	Municípios Sorteados	Total de Municípios
Sudeste	1	5.740.922	4	491
Sudeste	2	5.972.660	3	91
Sudeste	3	6.012.015	4	36
Sudeste	4	6.054.283	3	18
Sudeste	5	6.227.911	4	8
Total		30.007.791	18	644

Ao final de todo processo de sorteio dos municípios, a dispersão da amostra em 2012 ficou muito próxima ao estudo realizado em 2006, com esperado, uma vez que foi mantido o critério de proporcionalidade da amostra ao tamanho da população. Abaixo seguem mapas dos locais de realização da pesquisa nos dois anos, os pontos são os municípios sorteados nas amostras 2006 e 2012.

Figura 1: Ilustração dos municípios sorteados na primeira e segunda ondas do



LENAD.



1.5.3. SORTEIO DOS SETORES

No estudo anterior, foram feitas algumas estratificações implícitas por renda, porém ainda não foram publicados dados desta natureza para fazer as mesmas estratificações, então optou-se por fazer uma estratificação implícita pelo código de setor censitário, já que ele é composto pelo código da UF, código da cidade, código do distrito, código do sub-distrito e código do bairro, isso garante que a amostra é um retrato fidedigno do Universo.

1.5.4. SORTEIO DOS DOMICÍLIOS

O sorteio dos domicílios realizou-se após o arrolamento e a contagem de domicílios elegíveis (domicílios particulares permanentes do tipo casa e apartamento) dos setores sorteados.

O domicílio foi considerado não elegível, se o mesmo não era local fixo de residência para nenhum indivíduo. Temos como exemplo comércios, igrejas, casa de uso ocasional (casa de veraneio) e escolas.

O arrolamento dos setores foi feito com os seguintes critérios:



- Cada setor censitário teve dois sorteios: um para a população geral e outro para a *oversample* de adolescentes. Para cada setor censitário estava explícito o número de domicílios a serem sorteados em cada um dos dois sorteios. Esse sorteio foi feito pelo entrevistador através de uma folha de números aleatórios, exemplificada a seguir pela Tabela 5.
- Cada setor censitário teve sua própria tabela de números aleatórios.

Tabela 5: Números Aleatórios.

Linhas	Colunas				
	1	2	3	4	5
1	28550	70629	70525	48384	3883
2	72637	51632	95880	59726	91838
3	86048	60984	40444	19799	65861
4	2877	46689	56949	14480	26577
5	80147	33283	94821	60574	21816
6	41522	74654	99574	37034	35413
7	7702	11977	51950	19344	704
8	60497	39999	51964	63080	29280
9	61030	81985	91905	16171	38653
10	95699	27904	69549	64285	64061
11	78559	67881	82963	99862	65508
12	48482	74078	40897	75469	2084
13	65239	90110	92764	61286	15456
14	29833	14972	59188	4933	65470
15	15562	3276	98262	53473	75544
16	59517	39453	84352	43835	28425
17	42123	84913	50192	52347	25340
18	11300	85865	2979	76614	48910
19	2129	65744	94015	37771	73827
20	70898	10913	96697	79376	69418

- A tabela foi usada da seguinte forma:
 - Varredura vertical de dados, ou seja, cada domicílio a ser selecionado foi procurado em coluna, da linha 1 à linha 20;
 - Obteve-se o domicílio selecionado para ser entrevistado através da seleção dos três últimos números da tabela (veja exemplo1);
 - Caso este domicílio não existisse (o número seja maior do que a quantidade total de domicílios), pulou-se para a próxima linha da coluna;



- Quando o usuário chegou à coluna 1, linha 20, ele seguiu para a coluna 2, linha 1. Assim subsequentemente.

Exemplo do uso da tabela:

Suponha que o setor número 1 tenha 350 domicílios arrolados. Partindo da premissa que a tabela 5 é a selecionada para este setor, temos que:

O primeiro domicílio sorteado seria o 550 (em vermelho). Como 550 ultrapassa o valor do total de domicílios, seguimos para a coluna 1, linha 2, onde o selecionado é 637 (em azul). Novamente este número ultrapassa o tamanho do setor.

Seguimos, então, para a coluna 1, linha 3, onde o selecionado é o domicílio de número 048 (em amarelo). Este domicílio existe na listagem dentre os 350 e é o primeiro selecionado.

Figura 4: Ilustração do método de sorteio de números aleatórios.

Tabela 5 – Número Aleatórios

Linhas	1	2	3	4	5
1	28550	70629	70525	48384	3883
2	72637	51632	95880	59726	91838
3	86048	60984	40444	19799	65861
4	2877	46689	56949	14480	26577
5	80147	33283	94821	60574	21816
6	41522	74654	99574	37034	35413
7	7702	11977	51950	19344	704
8	60497	39999	51964	63080	29280
9	61030	81985	91905	16171	38653
10	95699	27904	69549	64285	64061
11	78559	67881	82963	99862	65508
12	48482	74078	40897	75469	2084
13	65239	90110	92764	61286	15456
14	29833	14972	59188	4933	65470
15	15562	3276	98262	53473	75544
16	59517	39453	84352	43835	28425
17	42123	84913	50192	52347	25340
18	11300	85865	2979	76614	48910
19	2129	65744	94015	37771	73827
20	70898	10913	96697	79376	69418

Legend:

- Descartado por não estar contido na contagem de domicílios (Red dashed line)
- Descartado por não estar contido na contagem de domicílios (Blue dashed line)
- DOMICÍLIOS SELECIONADOS (Yellow background)



Seguindo a regra de seleção, temos que os 7 próximos domicílios são selecionados e constam no exemplo acima.

E se houver esgotamento entre linhas e colunas? Ou seja, se até a coluna 5, linha 20 os 8 domicílios não estiverem contemplados?

Neste caso, o entrevistador voltará ao início da tabela e utilizará OS TRÊS PRIMEIROS NÚMEROS DA TABELA.

1.5.5. SORTEIO DOS INDIVÍDUOS

O indivíduo foi o respondente final do estudo.

O entrevistador listou todos os moradores elegíveis do domicílio, população de 14 anos ou mais para a população geral, e população de 14 a 17 anos para a *oversample* de adolescentes, e anotou a data de aniversário de cada um deles. O critério de seleção foi o morador com a data de aniversário mais próxima, tendo como data de referência a data da visita. Caso o morador fizesse aniversário na data de referência, esse seria o sorteado.

Exemplo da seleção do indivíduo:

Suponha que no domicílio 048 (selecionado inicialmente) possuísse 4 pessoas residentes. Estas pessoas foram listadas na data da visita, bem como suas datas de aniversário. Supondo que a data de referência, ou seja, data em que entrevistador listou as informações sobre todos os moradores do domicílio, fosse 25/08:

Tabela 6: Exemplo de método de seleção de participantes.

Ordem	Nome	Data	Selecionado
1	João	29/9/1958	x
2	Maria	31/10/1959	
3	Pedro	2/2/1985	
4	Rodrigo	3/4/1990	

Dado a lista de aniversários do domicílio, João seria o aniversariante mais próximo, logo, ele seria o respondente sorteado para realização da pesquisa.



1.6 Plano Amostral

A expectativa inicial era obter um mínimo de 3000 entrevistas na população brasileira (14 ou mais), 800 entre a *oversample* de adolescentes e 400 para *oversample* de São Paulo – conforme dados descritos na tabela a seguir.

Tabela 7: Expectativa inicial da amostra.

	Amostra	Erro Amostral
População Geral (14 anos ou mais)	3000	2%
<i>Oversample</i> de Adolescentes (14 a 17 anos)	800	3%
<i>Oversample</i> do Estado de São Paulo	400	5%
Total	4200	2%

Ainda assim, para atingir a expectativa das entrevistas previstas na tabela acima, considerando uma taxa de resposta de 70% - considerada aceitável nos padrões internacionais para amostragens probabilísticas e entre estudos que aferem Prevalências na população -, sorteou-se um número de domicílios 30% maior que a amostra final esperada. A perda esperada (base para cálculo da taxa de resposta) são casos de recusa, indisponibilidade de conceder entrevistas, entre outros. O cálculo da taxa de resposta é realizado pela divisão simples entre total de domicílios sorteados e total de entrevistas efetivamente realizadas.

Supondo que em um determinado setor censitário fossem sorteados 6 domicílios e em 3 destes tivéssemos obtido a entrevista, em 2 o respondente tivesse recusado dar a entrevista e em 1 o respondente sorteado estivesse ausente durante o período de campo (por exemplo, estivesse viajando) - teríamos obtido 3 entrevistas em 6 domicílios, ou sejam $3/6 = 0,50$ ou 50% de taxa de resposta naquele setor censitário.

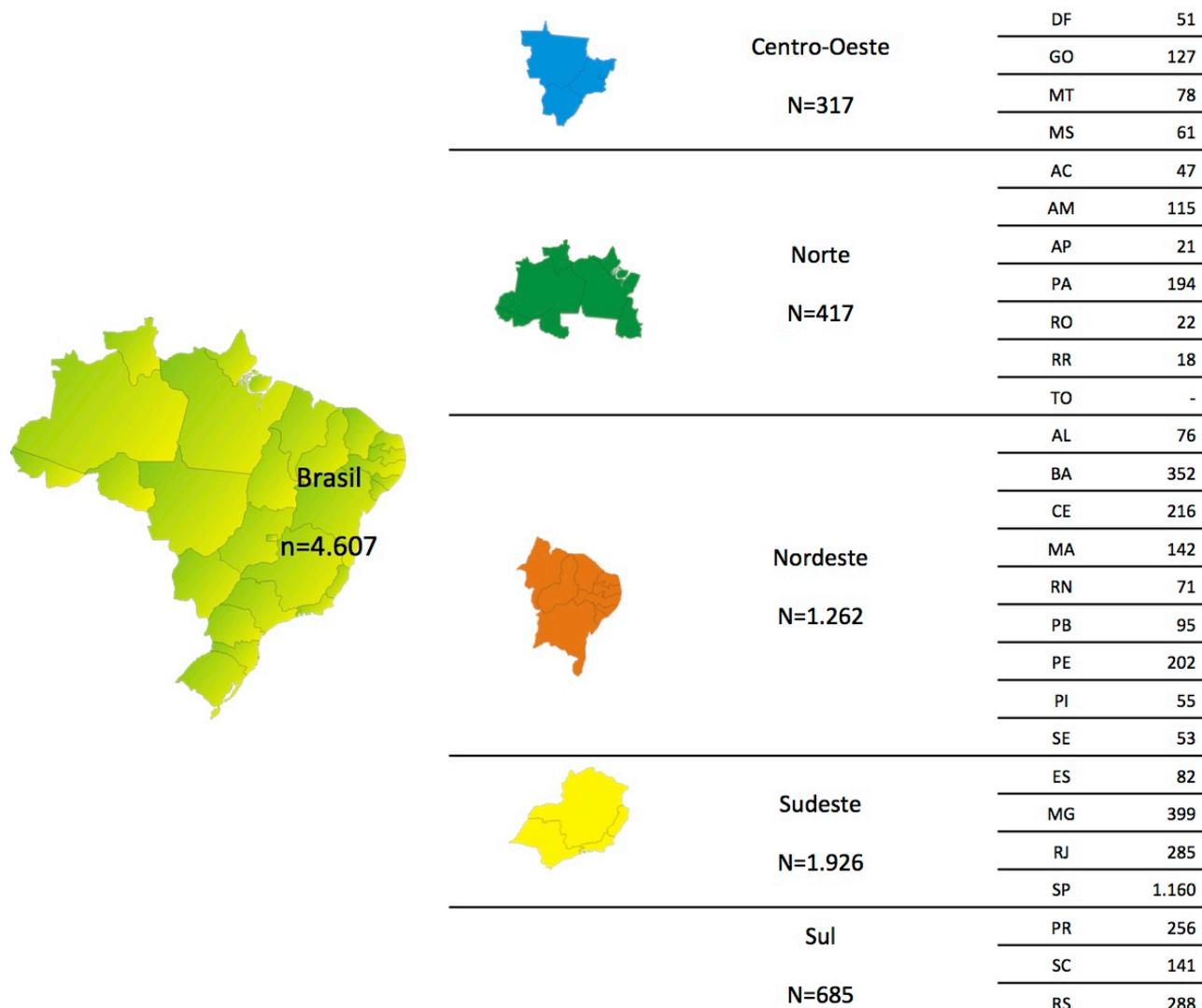
Dado a expectativa de se obter 4200 entrevistas ao final (considerando uma taxa de resposta de 70%), uma vez que no estudo de 2012 o total de entrevistas obtidas foi de 4607 entrevistas, a taxa de resposta do estudo foi de 77%, ou seja, superou os padrões internacionais recomendados para estudos desta natureza.



Tabela 8: Descrição das taxas de resposta obtidas por amostra e por unidade da federação.

	Amostra Nacional Regular (Entrevistas Previstas = 3000)		Amostra Over Adolescents (Entrevistas Previstas = 800)		Amostra Over São Paulo (Entrevistas Previstas = 400)	
	REALIZADAS	Taxa de Resposta	REALIZADAS	Taxa de Resposta	REALIZADAS	Taxa de Resposta
Total	3295	77%	908	79%	404	71%
UF						
AL	61	88%	15	79%		
AM	95	83%	20	67%		
AP	17	74%	4	67%		
BA	278	90%	74	90%		
CE	167	86%	49	94%		
DF	38	68%	13	81%		
ES	63	69%	19	79%		
GO	101	80%	26	79%		
MA	117	85%	25	68%		
MG	324	83%	75	72%		
MS	46	67%	15	79%		
MT	60	88%	18	100%		
PA	152	78%	42	81%		
PB	77	85%	18	72%		
PE	157	81%	45	88%		
PI	39	57%	16	89%		
PR	204	94%	52	90%		
RJ	218	62%	67	71%		
RN	54	78%	17	94%		
RO	17	74%	5	83%		
RR	15	68%	3	50%		
RS	229	80%	59	78%		
SC	115	84%	26	72%		
SE	43	96%	10	83%		
SP	572	64%	184	77%		
TO	36	78%	11	92%		

Figura 5: Ilustração descritiva do N amostral por região e estados.



1.7. Instrumentos

O questionário completo foi testado em duas fases, na primeira houveram 5 sessões de entrevistas cognitivas para validação das perguntas que não pertenciam a escalas previamente validadas. Na segunda fase houve a realização de um piloto em 10 residências na cidade de São Paulo para testar as técnicas de arrolamento e medir o tempo de aplicação do questionário completo. Nesta fase também houve a validação da técnica do envelope lacrado para a avaliação de uso de drogas ilícitas e perguntas pessoais. O questionário possui 9 escalas validadas.



a. Álcool

A sessão de consumo de álcool foi baseada no questionário HABLAS desenvolvido pelo Prof. Raul Caetano e possui uma sub-sessão de avaliação de abuso e dependência baseado no DSM-IV. Ambos questionários (2006/2012) apresentam também os critérios para a formação do diagnóstico de abuso/dependência de acordo com o DSM-V. O questionário de 2012 possui também a escala AUDIT traduzida do levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007*).²

b. Tabaco

A avaliação de consumo de tabaco é uma compilação adaptada das escalas NDSS (nicotine dependence syndrome scale) e a TDS (Tobacco Dependence screener).³

c. Escala SDS (*Severity Dependence Scale*) - Maconha e Cocaína

A escala SDS foi desenvolvida pelo National Cannabis Prevention and Information Centre (NCPIC) e utilizada pelo levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007*). A validação de sua capacidade de rastrear dependência foi estabelecida por Kaye et al em 2002 e seu uso foi estabelecido para o uso em usuários de cocaína na população brasileira em 2002 por Ferri et al.⁴

² REFERÊNCIAS:

Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., & Rodriguez, L. A. (2009). The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): the association between birthplace, acculturation and alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups. *Drug Alcohol Depend*, 99(1-3), 215-221.

14. CAETANO R., VAETH P. A. C., RAMISETTY-MIKLER S., RODRIGUEZ L. A. *The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey: Alcoholic Beverage Preference Across Hispanic National Groups, Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2009: 33: 150-159.*

Babor, T. F., J.R., D. I. F., Saunders, J., & Grant, M. (1992). Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]. American Psychiatric Association. *Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures* (pp. 460-462). Washington DC: American Psychiatry Association.

15. BABOR T. F., J.R. D. L. F., SAUNDERS J., GRANT M. Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]. American Psychiatric Association. *Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures*, Washington DC: American Psychiatry Association; 1992, p. 460-462.

³Piper, M. E., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res*, 8(3), 339-351.

Kawakami, N., Takatsuka, N., Inaba, S., & Shimizu, H. (1999). Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addict Behav*, 24(2), 155-166.

⁴Cuenca-Royo, A. M., Sanchez-Niubo, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., & Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav*, 37(6), 709-715.



d. Saúde Física

Escala de saúde geral é uma versão traduzida do levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England*).⁵

e. Escala de Dor

A escala de dor é uma tradução adaptada da usada no levantamento do grupo de pesquisa em demência 10/66.⁶

f. Escala de Atividade Física

A escala de atividade física advém do estudo longitudinal de Pelotas – RS.⁷

g. Escala de Dieta

A escala de dieta é uma versão adaptada (reduzida) do levantamento anual do Ministério da Saúde (VIGITEL).⁸

h. Eventos Adversos na Infância

Versão adaptada da *Conflict Tactics Scale Form R* desenvolvido por Straus (1998).⁹

Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19(4), 451-455.

Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97(6), 727-731.

⁵ NHS Information Centre (2009). *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*. London, UK: NHS.

⁶ Sousa R, Stewart R, Uwakwe R. The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme. *BMC Public Health*. 2007 Jul 20;7(1):165
Website: <http://www.alz.co.uk/1066/>

⁷ Hallal, P. C., Dumith, S. C., Ekelund, U., Reichert, F. F., Menezes, A. M., Victora, C. G., et al. (2012). Infancy and childhood growth and physical activity in adolescence: prospective birth cohort study from Brazil. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9(1), 82.

⁸ Souza Ade, M., Bezerra, I. N., Cunha, D. B., & Sichieri, R. (2011). Evaluation of food intake markers in the Brazilian surveillance system for chronic diseases--VIGITEL (2007-2009). *Rev Bras Epidemiol*, 14 Suppl 1, 44-52.



i. Violência Domestica

Versão adaptada da *Conflict Tactics Scale Form R* desenvolvido por Straus (1998).¹⁰

j. Escala Qualidade de Vida (WHOQOL)

A Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde e validada no Brasil pela equipe do grupo de estudos em qualidade de vida do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.¹¹

k. Escala CES-D Depressão

A Escala CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), foi desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos e validada no Brasil por Batistoni et al. na Universidade Estadual de Campinas.¹²

l. Escala Rede de Suporte Social (APMS)

Escala de Rede de Suporte Social é uma versão traduzida e adaptada do levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England – APMS*).¹³

⁹ Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl*, 22(4), 249-270.

Madruga, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Ribeiro, W., Zaleski, M., Pinsky, I., et al. (2011). Early Life Exposure to Violence and Substance Misuse in Adulthood - The first Brazilian National Survey *Addictive Behaviors*, 36, 251-255.

¹⁰ Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl*, 22(4), 249-270.

Hamby, S., Sugarman, D. B., & Boney-McCoy, S. (2006). Does questionnaire format impact reported partner violence rates?: An experimental study. *Violence Vict*, 21(4), 507-518.

Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010). Intimate Partner Violence and Contribution of Drinking and Sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey. *J Interpers Violence*, 25(4), 648-665.

¹¹ Grupo de Estudos em Qualidade de Vida - UFRGS (1998). *VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL)* Porto Alegre: UFRGS.

¹² Bradley, K. L., Bagnell, A. L., & Brannen, C. L. (2010). Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues Ment Health Nurs*, 31(6), 408-412.

Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Revista de Saude Publica*, 41(4).



m. Escala Eventos Negativos Recentes (APMS)

Escala de Eventos Negativos Recentes é uma versão traduzida e adaptada do levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England – APMS*).¹⁴

1.8 Coleta de Dados

Fase 1- Treinamento e supervisão dos entrevistadores:

- a. Uma equipe de 100 entrevistadores profissionais foram treinados pela Ipsos e coordenação do LENAD.
- b. Uma equipe permaneceu disponível para o atendimento de dúvidas dos entrevistadores durante toda a coleta.

Fase 2- Fiscalização:

- a. Os questionários, em sua totalidade (100%), foram checados quanto à consistência e ao seu preenchimento.
- b. 20% dos questionários executados por cada entrevistador foram fiscalizados para verificação de cuidado na aplicação do questionário e adequação do entrevistado às variáveis amostrais.

1.9. Aspectos Éticos

O levantamento foi aprovado pelo comitê de ética da UNIFESP (10-043802) e seguiu todas as requisições sugeridas. Um termo de consentimento foi preenchido pelos participantes autorizando a utilização dos dados para a pesquisa e garantindo o sigilo da identidade dos participantes. Nas entrevistas com participantes com idade inferior a 16 anos foi solicitada autorização formal dos pais ou responsáveis, de acordo com

¹³ Brugha, T. S., Morgan, Z., Bebbington, P., Jenkins, R., Lewis, G., Farrell, M., et al. (2003). Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households. *Psychological Medicine*, 33, 307-318.

¹⁴ Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*, 15(1), 189-194.



www.inpad.org.br/lenad



exigências do Código de Ética da ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa).



2. Perfil da Amostra

Conforme mencionado no capítulo sobre metodologia, a amostra planejava visava refletir integralmente o universo da população brasileira em 2012, seguindo exatamente os mesmos critérios da primeira edição do estudo, realizada em 2006. Em 2006, 3007 brasileiros foram entrevistados, em 2012 chegamos a 4607 entrevistas em todo Brasil. Ambas as amostras seguiram critérios rígidos para definição e sorteio e ambas são amostras probabilísticas em todas as etapas – desde a seleção dos municípios pertencentes na amostra, até a seleção de domicílios e respondentes.

Nesse sentido, a distribuição dos perfis sócio demográficos das populações de ambas as medições dos estudos são retratos fidedignos da realidade brasileira, ainda assim, as amostras foram desenhadas desproporcionalmente de maneira permitir leitura por diferentes regiões do país, bem como foram adicionadas amostras complementares (*oversamples*) em ambos os anos (adolescentes em 2006 e 2012; Estado de São Paulo em 2012) visando maximizar as possibilidades de leitura estatísticas de algumas populações. Em virtude do desenho amostral desproporcional, todos os dados apresentados a partir de agora são ponderados, proporcionalizando as amostras ao universo real de brasileiros em suas diferentes regiões (proporcional ao tamanho da população) e permitindo assim projeção das frequências para o total da população brasileira.

O presente capítulo apresentará o perfil da população estudada, dentre as informações sócio demográficas estão a idade, gênero, classe socioeconômica e renda familiar.

Tabela 1: Gênero dos Participantes.

Gênero do Respondente	Ano do Estudo	
	2006	2012
Masculino	47,9%	47,9%
Feminino	52,1%	52,1%
Total	100,0%	100,0%

Tabela 2: Grau de Instrução dos Participantes.

Escolaridade	Ano do Estudo	
	2006	2012
Até Primário Incompleto	23,3%	26,1%
Primário Completo	10,8%	5,2%
Ginásio Incompleto	19,6%	15,3%
Ginásio Completo	8,8%	9,3%
Ens Médio Incompleto	9,7%	9,4%
Ens Médio Completo	18,4%	20,5%
Ens Superior Incompleto	4,9%	5,7%
Ens Superior Completo	4,5%	8,5%
Total	100,0%	100,0%

A tabela 2 apresenta o grau de instrução da população estudada, nos anos 2006 e 2012, observa-se que algumas mudanças significativas na população brasileira em relação a escolaridade. Nota-se que houve um aumento em 2012 da população com Primário Incompleto, 26,1%, sendo que em 2006 era 23,3%. Já a porcentagem da população com grau de instrução no Primário Completo e no Ginásio Incompleto diminuiu em 2012, 5,2% e 15,3% respectivamente, sendo que em 2006 observava-se 10,8% com Primário Completo e 19,6% com Ginásio Incompleto. Entre 2006 e 2012 houve um aumento da população com o ensino Médio Completo e o Ensino Superior Incompleto, em 2006 eram 18,4% e 4,9% respectivamente, e em 2012 o número subiu para 20,5% e 5,7%, respectivamente. Destaca-se o aumento da população, em 2012, com o Ensino Superior Completo (8,5%), quase o dobro da proporção observada em 2006.

Tabela 3: Estado Civil dos Participantes.

Estado Civil	Ano do Estudo	
	2006	2012
Solteiro(a)	33,5%	31,7%
Casado(a) ou morando junto(a)	55,4%	57,2%
Viúvo(a)	5,4%	5,6%
Desquitado(a) ou Divorciado(a)	2,2%	2,3%
Separado(a)	3,5%	3,2%
Total	100,0%	100,0%

Entre os anos de 2006 e 2012 não houve diferença significativa no estado civil da população. Destaca-se uma diminuição no estado civil de solteiros em 2012, passou de 33,5% em 2002 para 31,7%. Conseqüentemente ocorreu um aumento no número da população que declarou-se casada ou morando junto, de 55,4%, em 2006, para 57,2%, em 2012.

Tabela 4: Proporção de Respondentes com carteira assinada.

Pessoas com carteira assinada	Ano do Estudo	
	2006	2012
Sim	22,6%	48,1%
Não	77,4%	51,9%
Total	100,0%	100,0%

Tabela 5: Classe Socioeconômica do Respondente.

Classe Sócio-Econômica	Ano do Estudo	
	2006	2012
A	2,8%	4,7%
B	15,4%	29,9%
C	34,0%	45,2%
D	39,0%	16,0%
E	8,7%	4,2%
Total	100,0%	100,0%

Houve um aumento considerável da proporção de brasileiros com carteira assinada em 2012 (48,1%), enquanto em 2006 somente 22,6% possuía carteira assinada. Outra mudança significativa no perfil da população diz respeito as classes socioeconômicas, a maior parte da amostra de 2006 encontrava-se nas classes socioeconômicas C e D (34% e 39%), somando 73%, enquanto em 2012 sua maioria da população pertencia as classes B e C (29,9% e 45,2%), totalizando 75,1%. Destaca-se, também, o aumento em 2012 na classe A, passando de 2,8% (2006) para 4,7%, e uma diminuição na classe E em 2012 que passou a ter 4,2% da população estudada.



Tabela 6: Idade dos Participantes.

Idade	Ano do Estudo	
	2006	2012
14 a 17 anos	10,4%	9,4%
18 a 29 anos	29,2%	26,3%
30 a 39 anos	19,4%	20,1%
40 a 49 anos	16,9%	16,9%
50 anos ou mais	24,1%	27,4%
Total	100,0%	100,0%

Tabela 7: Região de residência dos Participantes.

Região do País	ANO DO ESTUDO	
	2006	2012
Norte	8,0%	7,4%
Nordeste	26,7%	27,2%
Sudeste	44,0%	43,2%
Sul	15,1%	14,9%
Centro-Oeste	6,2%	7,2%
Total	100,0%	100,0%

A distribuição etária da população nas duas medições do estudo seguiu a mesma distribuição – refletindo a dispersão etária do país. A idade da população estudada em 2012 concentra-se entre 18 a 29 anos (26,3%) e com 50 anos ou mais (27,4%). A menor população estudada foi a de 14 e 17 anos, tanto em 2006 (10,4%) como em 2012 (9,4%).

Ambas as amostras ponderadas refletem de maneira fidedigna a distribuição da população brasileira nas diferentes regiões do país. Grande concentração da população na região Sudeste, seguida pela Nordeste e Sul, menores proporções de habitantes observadas no Norte e Centro-Oeste.



3. Consumo de Álcool na população brasileira (2006/2012)

O crescimento econômico do Brasil nos últimos 10 anos foi o maior da história. Evidências mostram que uma maior renda per capita está relacionada com aumento de consumo de álcool, o que torna o país um mercado promissor para a indústria do álcool. Embora o primeiro levantamento nacional de álcool (I LENAD) realizado em 2006 tenha mostrado que metade dos brasileiros não eram consumidores de álcool, também foi constatado que os índices de uso nocivo e dependência eram altos entre os bebedores. Desta forma, a investigação das mudanças no padrão do uso de álcool nos últimos 6 anos, através das comparações entre nossos dados de 2006 e 2012, é de extrema importância.

O capítulo agora apresentado revela os principais indicadores de consumo de bebidas alcoólicas no país, destacando especificamente prevalência de bebedores de álcool e proporção de abstinentes (aqueles que não consumiram álcool em nenhuma ocasião nos últimos 12 meses), revela ainda quantidades de álcool consumidas em dias habituais de consumo, frequência de consumo de álcool, frequência de consumo em *binge*, idade média de experimentação e de idade média de início consumo de álcool com regularidade. Os dados serão apresentados na primeira seção apenas para população adulta, revelando as comparações entre os indicadores de 2006 e 2012 e na seguinte seção serão apresentados os mesmos indicadores para população de adolescentes – considerados aqui jovens de 14 a 17 anos.

3.1 Consumo de álcool na população adulta (18 anos ou mais)



Tabela 8: Proporção de abstinentes (não consumiu álcool nos últimos 12 meses), população adulta (18 ou mais), 2006 e 2012.

Ano do Estudo		% Abstinentes		Total
		Abstinentes	Não Abstinentes	
2006	Homens	35%	65%	100%
	Mulheres	59%	41%	100%
	Total	48%	52%	100%
2012	Homens	38%	62%	100%
	Mulheres	62%	38%	100%
	Total	50%	50%	100%

A tabela acima ilustra a Prevalência de pessoas que consomem bebidas alcoólicas na população, consideram-se abstinentes aqueles que não beberam em nenhuma ocasião nos últimos 12 meses, os demais (não abstinentes) compõe a base de “bebedores” das amostras analisadas. A proporção de abstinentes entre 2006 e 2012 apresentou pequena variação: eram 48% do total da população em 2006 e passaram para 50% no último estudo. Em relação a esse indicador, não se notam mudanças específicas na população abstinate por gênero entre 2006 e 2012 – observa-se o mesmo padrão, proporção significativamente maior de bebedores entre os homens (o número de homens adultos não abstinentes observado em 2012 é 1,6 vezes maior que o número de mulheres em mesma condição).

Entre os homens a Prevalência de abstinência observada em 2006 era de 35% e chegou a 38% em 2012, entre as mulheres as mesmas Prevalências observadas foram de, respectivamente, 59% e 62%.

Ainda que a prevalência de bebedores não tenha apresentado mudanças significativas comparando os dois anos do estudo, analisando o tipo de consumo realizado é possível observar mudanças significativas nas quantidades e na rotina de consumo.



Tabela 9: Quantidade habitual de consumo de álcool em um dia regular de consumo, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do Estudo		Número de Doses Consumidas		Total
		Até 4 doses	5 doses ou mais	
2006	Homens	62%	38%	100%
	Mulheres	83%	17%	100%
	Total	71%	29%	100%
2012	Homens	53%	47%	100%
	Mulheres	73%	27%	100%
	Total	61%	39%	100%

A tabela acima ilustra a declaração dos indivíduos não abstinentes em relação a quantidade de bebida ingerida em um dia de consumo habitual. É possível observar um aumento considerável na proporção da população que em dias que bebe costuma beber 5 doses ou mais – em 2006, 71% dos não abstêmios declaravam beber até 4 doses em uma ocasião regular de consumo de bebida alcoólica e 29% declararam beber 5 doses ou mais. Em 2012, a proporção observada daqueles que bebem 5 doses ou mais em uma ocasião habitual passou para 39%, cresceu tanto entre homens quanto entre as mulheres aproximadamente 10 pontos percentuais em relação ao estudo anterior.

Tabela 10: Regularidade de consumo de álcool, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do Estudo		Regularidade de consumo de bebidas alcoólicas		Total
		Pelo menos 1 vez por semana	Menos de 1 vez por semana	
2006	Homens	54%	46%	100%
	Mulheres	27%	73%	100%
	Total	42%	58%	100%
2012	Homens	63%	37%	100%
	Mulheres	38%	62%	100%
	Total	53%	47%	100%

Além do crescimento observado na quantidade de doses de bebidas alcoólicas ingeridas pela população, também observou-se crescimento significativo na frequência de



consumo. Em 2006, 42% da população não abstinente declarou beber pelo menos 1 vez por semana e 58% bebiam menos de uma vez por semana, em 2012 a proporção daqueles que declararam beber pelo menos uma vez por semana subiu 11 pontos percentuais, ou seja, 53% dos não abstinentes bebem ao menos uma vez por semana. O crescimento relativo na população que consome álcool com frequência foi mais significativo entre as mulheres – passando de 27% delas em 2006 para 38% em 2012.

Tabela 11: Idade de experimentação de álcool, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do Estudo		Idade que experimentou bebidas alcoólicas				Total
		Até 11 anos	12 a 14 anos	15 a 17 anos	18 ou mais	
2006	Homens	5%	11%	41%	43%	100%
	Mulheres	1%	7%	28%	64%	100%
	Total	4%	9%	35%	52%	100%
2012	Homens	5%	19%	41%	35%	100%
	Mulheres	4%	13%	32%	51%	100%
	Total	5%	17%	37%	42%	100%

Outro dado que merece atenção é o crescimento da população que experimentou álcool mais cedo. Entre os brasileiros adultos em 2006, 13% tinham experimentado bebidas alcoólicas com menos de 15 anos. Em 2012, 22% declarou ter experimentado com menos de 15 anos. A constatação da maior precocidade na experimentação é aferível de maneira semelhante entre homens e mulheres. Entre os homens 16% declararam ter experimentado com menos de 15 anos em 2006, em 2012 essa população aumentou para 24%. Entre as mulheres a proporção das que experimentaram bebidas alcoólicas com menos de 15 anos passou de 8% em 2006 para 17% em 2012. Na mesma direção reduziu consideravelmente a proporção da população que declarou ter experimentado com 18 anos ou mais (idade permitida legalmente).



Tabela 12: Idade que começou a beber regularmente, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do Estudo		Idade que começou a beber regularmente			Total
		Até 15 anos	16 a 17 anos	18 ou mais	
2006	Homens	10%	19%	71%	100%
	Mulheres	6%	12%	82%	100%
	Total	8%	16%	76%	100%
2012	Homens	16%	18%	65%	100%
	Mulheres	10%	15%	75%	100%
	Total	14%	17%	69%	100%

Para além da experimentação, também observa-se crescimento na precocidade do consumo regular de bebidas alcoólicas. Em 2006, 8% da população adulta - 10% dos homens e 6% das mulheres - declaravam ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos. Em 2012, essa proporção subiu para 14% na população adulta - passando para 16% entre os homens e 10% entre as mulheres.

Outro dado bastante relevante e associado ao beber em risco refere-se a beber em *binge* - beber em binge é considerado beber 5 doses ou mais, no caso de homens, e 4 doses ou mais, no caso de mulheres, em uma mesma ocasião num intervalo de até 2 horas. A tabela abaixo ilustra a Prevalência do beber em binge nos últimos 12 meses na população brasileira. Em 2006, 45% dos não abstinentes declararam ter bebido em binge alguma vez nos últimos 12 meses - em 2012 subiu para 58% a Prevalência do beber em binge na população de bebedores; aumento de 13 pontos percentuais. Entre homens a proporção de indivíduos que bebeu em binge cresceu 12 pontos percentuais (54% em 2006 para 66% em 2012). Entre as mulheres o crescimento foi de 14 pontos percentuais (passando de 34% para 48% em 2012).

Tabela 13: População que bebeu em *binge* nos últimos 12 meses, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do Estudo		Bebeu em <i>binge</i> últimos 12 meses		Tota
		Sim	Não	
2006	Homens	51%	49%	100%
	Mulheres	36%	64%	100%
	Total	45%	55%	100%
2012	Homens	66%	34%	100%
	Mulheres	49%	51%	100%
	Total	59%	41%	100%

Gráfico 1: Prevalência de consumo em *binge* em 2006 e 2012 entre adultos bebedores.

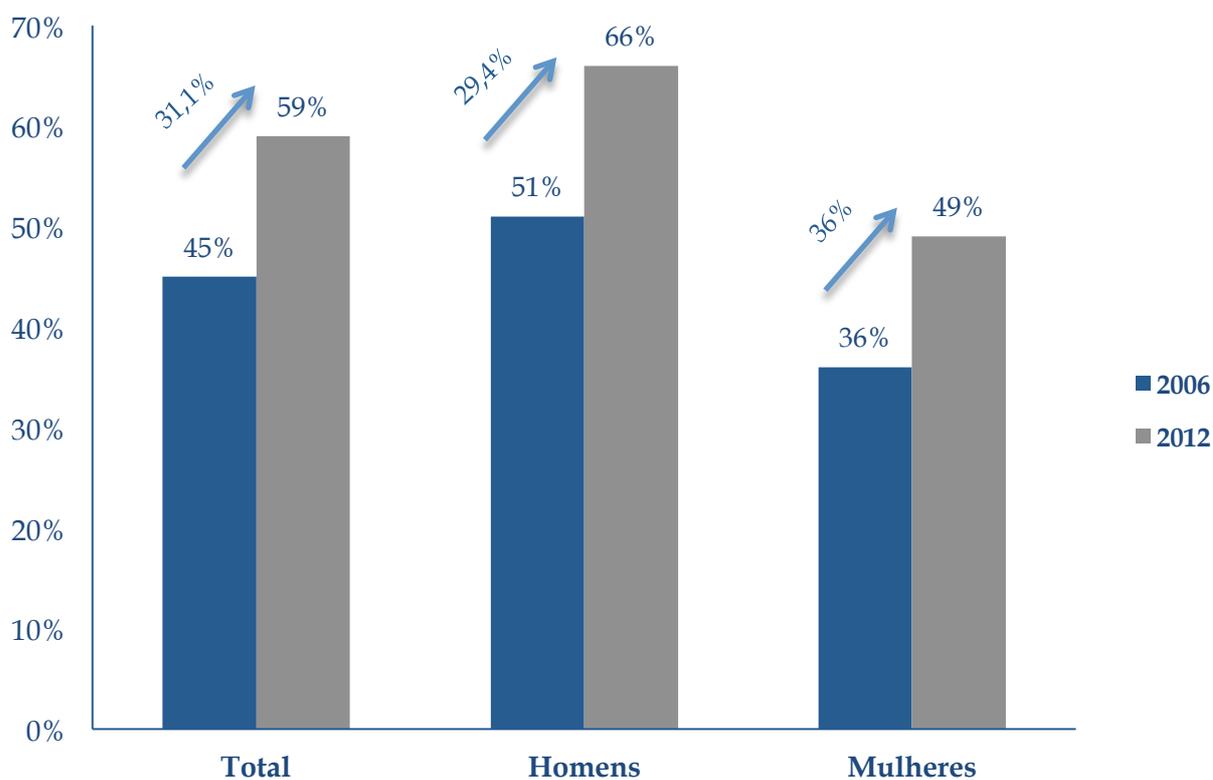


Gráfico 2: Prevalência de binge em 2006 e 2012 por classe social.

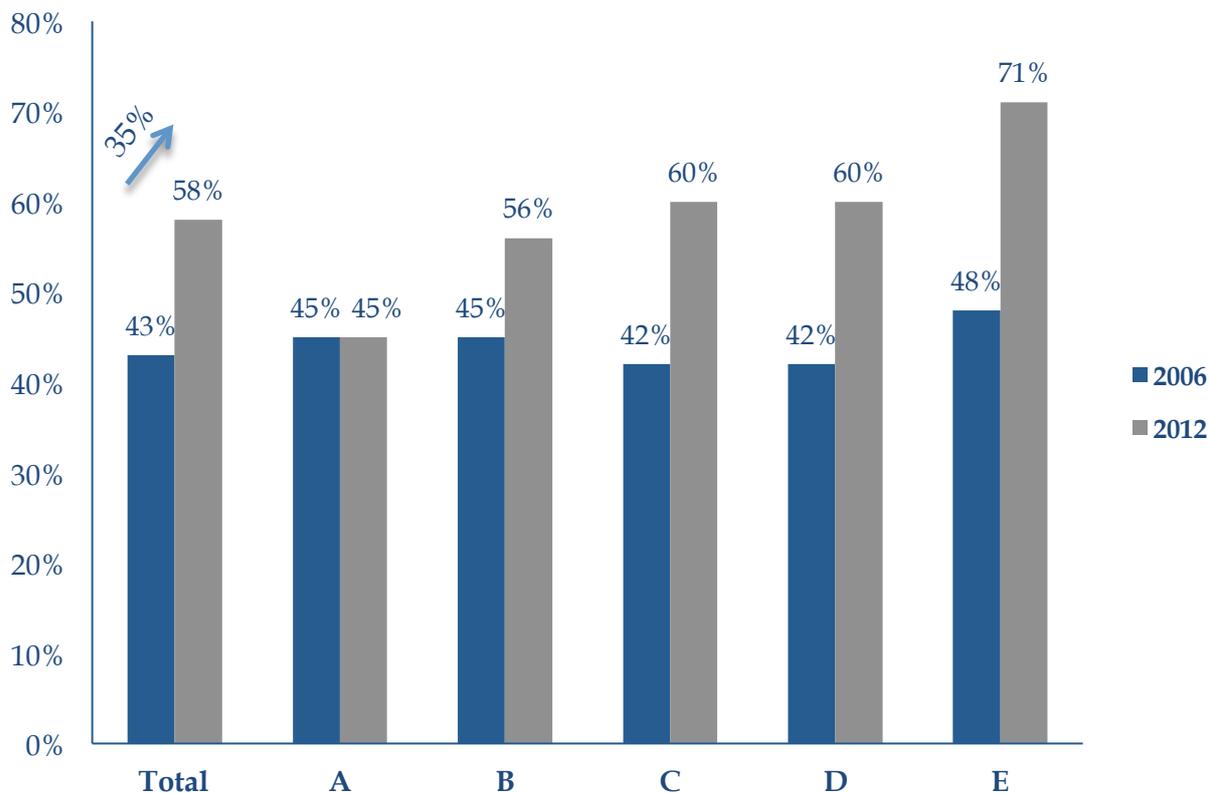
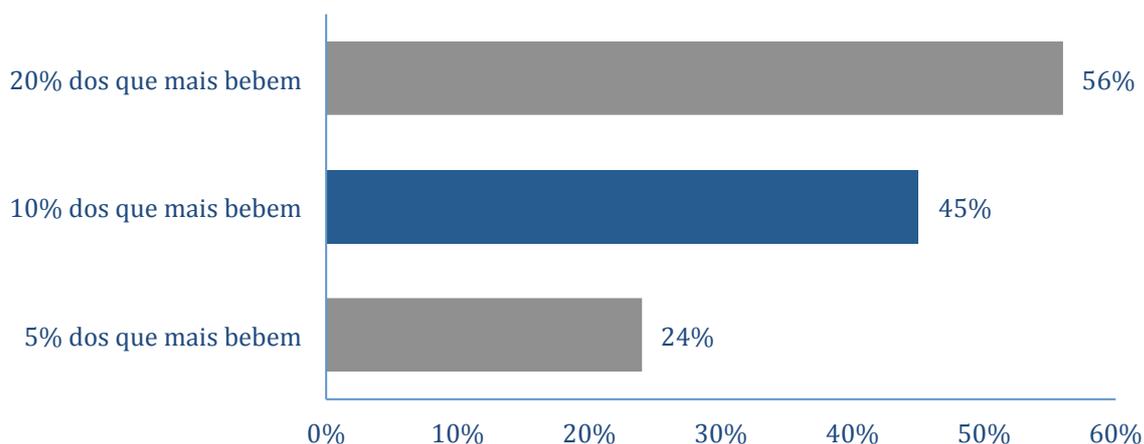
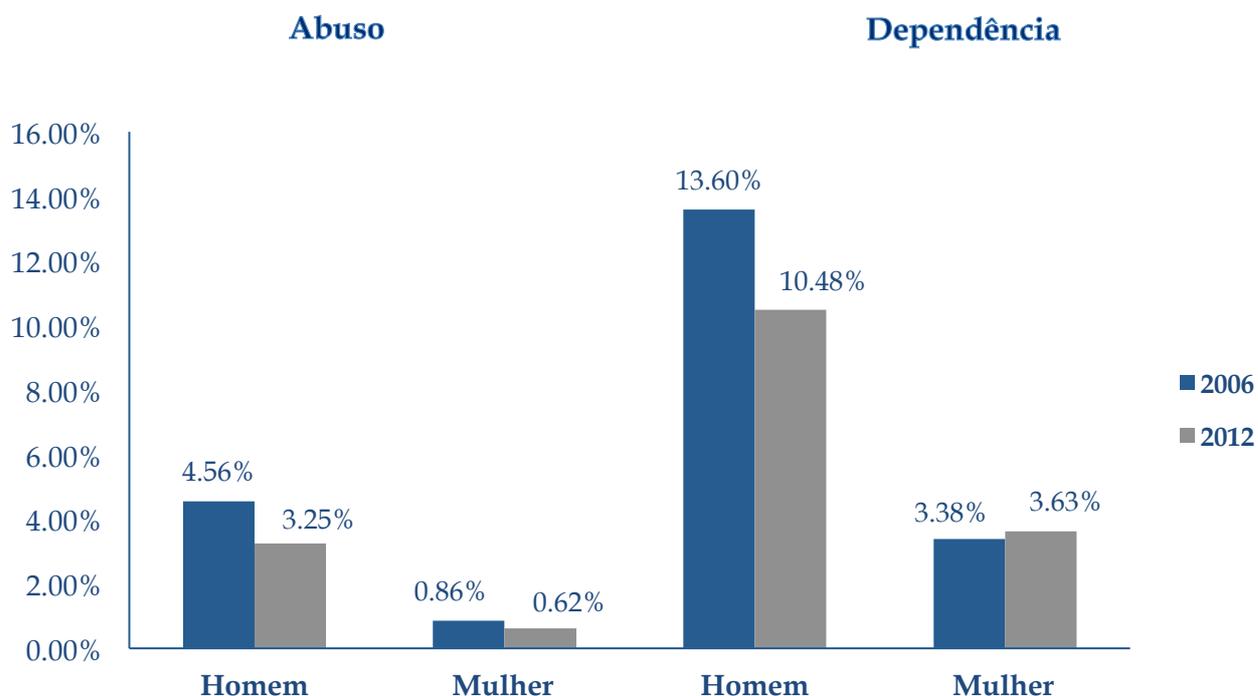


Gráfico 3: Prevalência de categorias de bebedores por consumo em 2012.



5% dos adultos que mais bebem, consomem 24% de todo álcool
 10% dos adultos que mais bebem, consomem 45% de todo álcool
 20% dos adultos que mais bebem, consomem 56% de todo álcool

Gráfico 4: Prevalência de Abuso e Dependência de Álcool de acordo com o DSM-IV por gênero em 2006 e 2012.



3.1 Consumo de álcool entre adolescentes (14 a 17 anos)

Os dados a seguir tratam da Prevalência e qualificação do consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes – considerados neste estudo como população de 14 a 17 anos.

Tabela 14: Proporção de abstinentes (não consumiu álcool nos últimos 12 meses), adolescentes (14 a 17 anos), 2006 e 2012.

Ano do Estudo		% Abstinentes		Total
		Abstinentes	Não Abstinentes	
2006	Homens	64%	36%	100%
	Mulheres	68%	32%	100%
	Total	66%	34%	100%
2012	Homens	74%	26%	100%
	Mulheres	75%	25%	100%
	Total	74%	26%	100%



Em relação aos jovens, diferentemente dos adultos, nota-se um aumento da proporção de abstinentes, ou seja, daqueles que não consumiram nenhuma bebida alcoólica nos últimos 12 meses – passando de 66% em 2006 para 74% em 2012. E assim, como observado em 2006, diferentemente da população de adultos, a Prevalência de bebedores não difere entre meninos e meninas de maneira significativa, tendo em 2012 74% de meninos abstinentes e 75% de meninas na mesma condição.

Tabela 15: Quantidade habitual de consumo de álcool em um dia regular de consumo, adolescentes (14 a 17 anos) não abstinentes, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do Estudo		Número de Doses Consumidas		Total
		Até 4 doses	5 doses ou mais	
2006	Homens	69%	31%	100%
	Mulheres	89%	11%	100%
	Total	78%	22%	100%
2012	Homens	76%	24%	100%
	Mulheres	80%	20%	100%
	Total	78%	22%	100%

Ainda que observada queda no número de bebedores, entre adolescentes, os dados da tabela acima revelam algumas mudanças importantes e que merecem atenção, apesar da proporção daqueles que bebem habitualmente 5 doses ou mais ter se mantido estável entre 2006 e 2012 – 22% entre a população de adolescentes bebedores, essa aparente estabilidade encobre diferenças significativas de gênero. Observou-se queda importante na proporção de meninos que bebem 5 doses ou mais em uma ocasião regular passando de 31% em 2006 para 24% em 2012, mas em contrapartida, nota-se crescimento expressivo do número de meninas nessa condição, passando de 11% em 2006 para 20% em 2012 – crescimento de 9 pontos percentuais.

Para além das importantes diferenças de gênero observadas na quantidade regular consumida de bebidas, nota-se ainda diferenças significativas no comportamento de meninos e meninas em relação à idade de início de consumo. Entre meninos e meninas observar-se que a idade de experimentação de bebidas alcoólicas se manteve estável entre 2006 e 2012. Contudo, a despeito da idade de consumo regular ter se mantido estável entre meninos ao longo do tempo, entre as meninas cresceu significativamente o



número que declarou ter começado a beber regularmente até os 15 anos, a proporção era de 69% em 2006 e passou para 74% em 2012.

Tabela 16: Idade de experimentação de álcool, adolescentes (14 a 17 anos) não abstinentes, por gênero, 2006 e 2012.

ANO DO ESTUDO		Idade que experimentou bebidas alcoólicas			Total
		Até 11 anos	12 a 14 anos	15 a 17 anos	
2006	Homens	7%	55%	38%	100%
	Mulheres	9%	51%	40%	100%
	Total	8%	53%	39%	100%
2012	Homens	10%	49%	41%	100%
	Mulheres	9%	51%	40%	100%
	Total	9%	50%	41%	100%

Tabela 17: Idade que começou a beber regularmente, adolescentes (14 a 17 anos) não abstinentes, por gênero, 2006 e 2012.

ANO DO ESTUDO		Idade que começou a beber regularmente		Total
		Até 11 anos	12 a 14 anos	
2006	Homens	69%	31%	100%
	Mulheres	69%	31%	100%
	Total	69%	31%	100%
2012	Homens	69%	31%	100%
	Mulheres	74%	26%	100%
	Total	72%	28%	100%



4. Consumo de Tabaco na população brasileira (2006/2012)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabaco é um dos fatores mais determinantes da Carga Global de Doenças no mundo. Metade da população dos homens e um décimo da população das mulheres, em torno de 30 milhões de pessoas, serão fumantes a cada ano e quando envelhecerem. Fumar tabaco é um comportamento que geralmente começa na adolescência e é -ainda- aceito socialmente em praticamente todas as culturas. O uso crônico, assim como os efeitos do uso em indivíduos que não fumam, mas estão expostos à fumaça (o fumante passivo), determinam uma alta taxa de mortalidade, hoje calculada maior que a somatória de várias doenças e comportamentos de risco juntos, como por exemplo, a AIDS, a tuberculose e os acidentes no trânsito. Por ano, morrem prematuramente cerca de 400.000 pessoas de câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, perinatais e decorrentes de incêndios causados pelo cigarro.

Neste capítulo serão apresentados dados referentes a prevalência de fumantes na população brasileira, idade de experimentação do tabaco, idade de início de consumo regular, bem como média de cigarros consumidos por dia entre a população fumante. Na primeira parte serão apresentados dados para população adulta (18 anos ou mais) e na segunda parte serão apresentadas as Prevalências entre adolescentes (pessoas entre 14 e 17 anos).



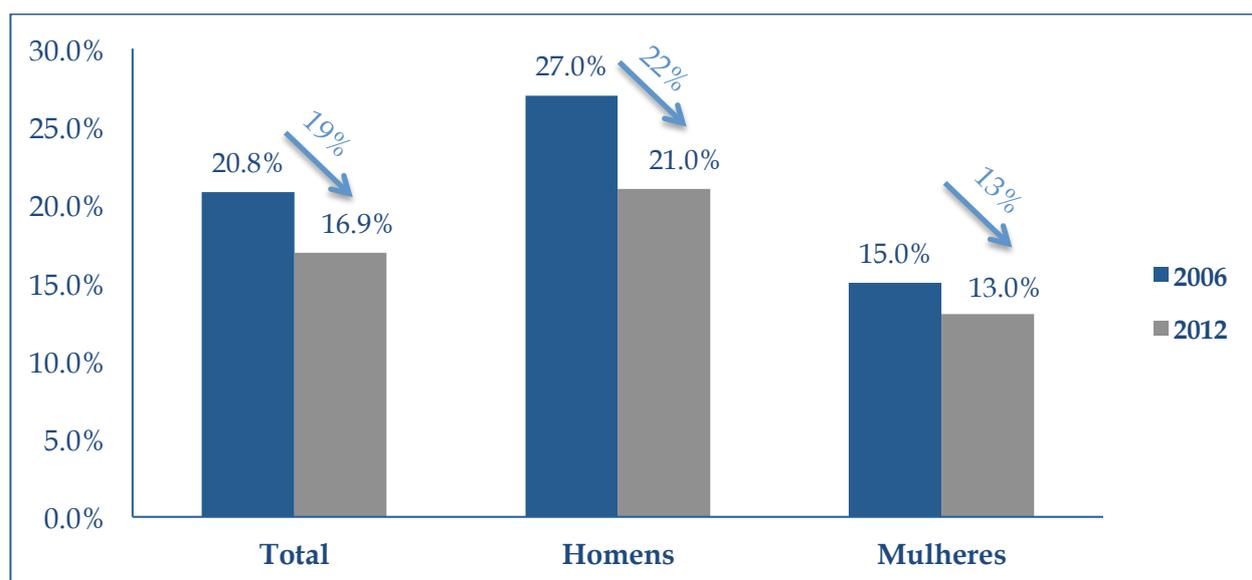
4.1 Prevalências de Fumantes na População Adulta Brasileira (18 anos ou mais), 2006 - 2012.

Tabela 18: Prevalência de Fumantes na População Adulta por Gênero (2006 – 2012).

ANO DO ESTUDO		Gênero do respondente		Total
		Masculino	Feminino	
2006	Fumantes	27,1%	15,1%	20,8%
	Não Fumantes	72,9%	84,9%	79,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	21,4%	12,8%	16,9%
	Não Fumantes	78,6%	87,2%	83,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Em 2012 a prevalência de fumantes entre os brasileiros adultos diminuiu 3,9 pontos percentuais em relação a 2006, ano em que 20,8% do total de brasileiros declararam-se fumantes. A prevalência de fumantes é maior entre os homens, tanto em 2006 (27,1%) como em 2012 (21,4%), enquanto entre mulheres 15,1% se declaravam fumantes em 2006 e 12,8% 2012.

Gráfico 5: Prevalência do consumo de tabaco entre adultos por gênero.



Apesar da queda observada no número de fumantes tanto entre homens quanto entre mulheres – analisado os dados de 2006 e 2012, nota-se que a redução no número de fumantes foi mais expressiva entre os homens, enquanto houve uma diminuição de 5,7

pontos percentuais na prevalência de fumantes entre os homens, entre as mulheres a redução da Prevalência foi de 2,3 pontos percentuais entre os anos de 2006 e 2012.

Tabela 19: Prevalência de Fumantes na População Adulta por Região (2006 – 2012).

Ano do Estudo		Regiões do País					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
2006	Fumantes	17,9%	17,3%	21,8%	25,9%	19,6%	20,8%
	Não Fumantes	82,1%	82,7%	78,2%	74,1%	80,4%	79,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	14,4%	14,2%	17,7%	20,2%	17,0%	16,9%
	Não Fumantes	85,6%	85,8%	82,3%	79,8%	83,0%	83,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A tabela acima apresenta a Prevalência de fumantes na população adulta por região do país. A região Sul manteve-se com a maior proporção de fumantes do país, sendo 25,9% do total em 2006 e 20,2% em 2012. Em seguida as regiões Sudeste e Centro Oeste, sendo 17,7% e 17%, respectivamente, em 2012. As regiões com as menores Prevalências continuam sendo as regiões Norte e Nordeste, em 2006 17,9% e 17,3%, respectivamente, e em 2012 com Prevalências de 14,4% e 14,2%.

Gráfico 6: Prevalência de fumantes por região em 2006 e 2012

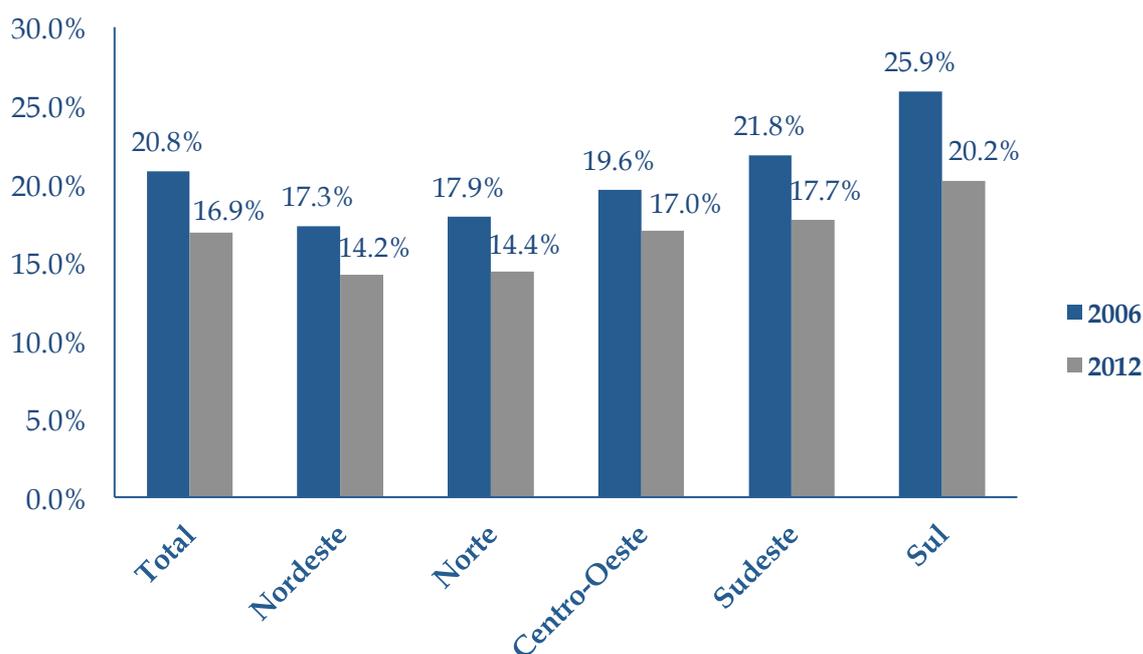


Tabela 20: Prevalência de Fumantes na População Adulta por Idade (2006 – 2012).



Ano do Estudo		Idade_Categorica				Total
		18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 anos ou mais	
2006	Fumantes	18,1%	21,3%	25,6%	20,4%	20,8%
	Não Fumantes	81,9%	78,7%	74,4%	79,6%	79,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	13,3%	17,6%	19,0%	18,5%	16,9%
	Não Fumantes	86,7%	82,4%	81,0%	81,5%	83,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A faixa etária com maior número de fumantes é a de 40 a 49 anos, em 2006 eram 25,6% dos indivíduos nesta faixa etária eram fumantes, em 2012 essa proporção é 19% - apesar da redução significativa, continua sendo a faixa com maior proporção de fumantes. De maneira geral, observou-se a mesma queda da proporção de fumantes nas diferentes faixas etárias, quando comparados os estudos de 2006 e 2012 - redução entre 4 e 5 pontos percentuais - próxima a média de redução total, apenas entre a população mais velha a redução foi um pouco menor, de apenas 2 pontos percentuais: enquanto 20,4% das pessoas com 50 anos ou mais se declaravam fumantes em 2006, em 2012 a proporção observada era de 18,5%.

Tabela 21: Prevalência de Fumantes na População Adulta por Classe (2006 - 2012).

Ano do Estudo		Classe			Total
		AB	C	DE	
2006	Fumantes	13,2%	21,8%	23,0%	20,8%
	Não Fumantes	86,8%	78,2%	77,0%	79,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	12,4%	19,1%	19,9%	16,9%
	Não Fumantes	87,6%	80,9%	80,1%	83,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A tabela acima demonstra a concentração de fumantes por classe socioeconômica e nota-se que em 2006 a população de fumantes na classe DE (23%) era significativamente maior que na classe AB (13,2%), uma diferença de 10 pontos percentuais. Apesar de essa diferença continuar bastante significativa, de acordo com os dados de 2012 - 12,4% dos brasileiros da classe AB são fumantes enquanto na classe DE a proporção de fumantes é de 19,9% -; observa-se que relativamente a queda no número de fumantes



foi mais expressiva entre os da classe DE (queda de 3,1 pontos percentuais), enquanto na classe AB a queda entre 2006 e 2012 não chegou a 1 ponto percentual.

Tabela 22: Média de idade que experimentou cigarro pela primeira vez, população adulta, por gênero (2006 -2012).

Ano do Estudo		Média	Desvio Padrão
2006	Masculino	15,7	4,5
	Feminino	16,7	6,7
	Total	16,2	5,7
2012	Masculino	16,2	4,7
	Feminino	16,7	5,9
	Total	16,5	5,3

Tabela 23: Média de idade que começou a fumar regularmente, população adulta, por gênero (2006 -2012).

Ano do Estudo		Média	Desvio Padrão
2006	Masculino	16,8	4,2
	Feminino	17,7	6,6
	Total	17,2	5,3
2012	Masculino	17,0	4,6
	Feminino	17,7	6,2
	Total	17,3	5,3

Analisando a idade de experimentação do cigarro e início de consumo regular, nota-se que não foram observadas variações relevantes entre os dois anos analisados, tampouco diferenças significativas por gênero. Analisando os dados entre a população adulta brasileira observa-se que a média de idade de experimentação do cigarro é em torno da 16 anos idade (com desvio padrão de 5,3). Já a idade média de consumo regular é 17 anos.

Tabela 24: Média de cigarros que fuma por dia, população adulta fumante, por gênero (2006 -2012).



Ano do Estudo		Média	Desvio Padrão
2006	Masculino	13,6	10,6
	Feminino	12,3	10,8
	Total	13,1	10,7
2012	Masculino	14,5	10,2
	Feminino	13,1	9,6
	Total	14,0	10,0

Apesar da importante redução da proporção de fumantes observada e da estabilidade da média de início de consumo do cigarro analisando os dois anos de realização do estudo, um dado importante observado foi um pequeno aumento no número médio declarado de cigarros fumados por dia: o estudo constatou que os brasileiros em 2006 fumavam em média 13,1 cigarros por dia, já em 2012 o número de cigarros fumados pela população adulta passou a serem em média 14 cigarros. Observa-se que tanto os homens como as mulheres passaram a fumar mais em 2012, enquanto em 2006 os homens fumavam em média 13,6 cigarros e as mulheres 12,3, em 2012 esse número aumentou para 14,5 cigarros fumados pelos homens e 13,1 pelas mulheres em média.

4.2 Prevalência de Fumantes na População Adolescente Brasileira (14 a 17 anos), 2006-2012.

Nesta seção serão apresentados os indicadores de fumo na população adolescente, dadas as especificidades do estudo – jovens entre 14 e 17 anos. A tendência de redução do número de fumantes também foi observada entre os jovens, assim como na população adulta. Ainda assim, algumas especificidades merecem destaque, as descrições pormenorizadas desses indicadores seguem nas tabelas abaixo.

Tabela 25: Prevalência de Fumantes entre Adolescentes (14 a 17 anos) por Gênero (2006 – 2012).

Ano do Estudo		Gênero do respondente		Total
		Masculino	Feminino	
2006	Fumantes	7,8%	4,6%	6,2%
	Não Fumantes	92,2%	95,4%	93,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	5,2%	1,6%	3,4%
	Não Fumantes	94,8%	98,4%	96,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Entre os adolescentes o número de fumantes em 2006 era de 6,2% e esse número caiu em 2012, passando a ser somente 3,4% do total de adolescentes. O estudo nos mostra que há uma maior Prevalência de fumantes entre os meninos enquanto em 2006 a porcentagem de meninos que fumavam era de 7,8%, a de meninas era de 4,6%, e em 2012 o índice de meninos fumando passou a ser 5,2% e entre as meninas esse número era de 1,6%.

Tabela 26: Prevalência de Fumantes entre Adolescentes (14 a 17 anos) por Região (2006 – 2012).

Ano do Estudo		Regiões do País					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
2006	Fumantes	2,9%	7,6%	4,6%	8,9%	9,5%	6,2%
	Não Fumantes	97,1%	92,4%	95,4%	91,1%	90,5%	93,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	5,4%	1,5%	2,5%	4,1%	11,9%	3,4%
	Não Fumantes	94,6%	98,5%	97,5%	95,9%	88,1%	96,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A tabela acima mostra a prevalência de fumantes por Região. Nota-se que em 2006 a Região que concentrava mais adolescentes fumantes era o Centro Oeste com 9,5%, em seguida a Região Sul, 8,9%, enquanto o norte concentrava o menor índice de



adolescentes fumantes. Em 2012 esse quadro muda consideravelmente, mesmo com a Região Centro Oeste ainda concentrando o maior número de adolescentes fumantes, com 11,9%, o Norte que em 2006 concentrava o menor número de fumantes passou a ser a segunda Região com maior índice de fumantes na adolescência com 5,4%. A Região Nordeste do país, em 2012, concentrou o menor número de fumantes entre os adolescentes do Brasil com 1,5%, no primeiro estudo em 2006 a região concentrava 7,6% dos fumantes sendo a terceira região do país que mais concentrava adolescentes fumantes.

Tabela 27: Prevalência de Fumantes entre Adolescentes (14 a 17 anos) por Classe (2006 – 2012).

Ano do Estudo		Classe Social			Total
		AB	C	DE	
2006	Fumantes	4,3%	4,3%	7,9%	6,2%
	Não Fumantes	95,7%	95,7%	92,1%	93,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2012	Fumantes	0,8%	3,3%	5,6%	3,4%
	Não Fumantes	99,2%	96,7%	94,4%	96,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A classe DE, concentrava a maior proporção de adolescentes fumantes no Brasil, em 2006, com 7,9%, esse cenário não se alterou em 2012, apesar da queda na proporção de fumantes nesta classe (5,6% em 2012) ainda continua com o maior número de fumantes proporcionalmente. Nota-se que de 2006 para 2012 houve uma grande diminuição de adolescentes fumantes na classe AB, enquanto em 2006 eram 4,3%, em 2012 passou a ter somente 0,8% de adolescentes fumantes.



Tabela 28: Média Idade que experimentou cigarro pela primeira vez, entre Adolescentes (14 a 17 anos), por gênero (2006 -2012).

Ano do Estudo		Média	Desvio Padrão
2006	Masculino	13,3	2,3
	Feminino	13,6	2,0
	Total	13,5	2,1
2012	Masculino	12,7	2,6
	Feminino	13,5	1,9
	Total	13,0	2,4

Tabela 29: Média Idade que começou a fumar regularmente, entre Adolescentes (14 a 17 anos), por gênero (2006 -2012).

Ano do Estudo		Média	Desvio Padrão
2006	Masculino	14,3	1,5
	Feminino	13,2	1,9
	Total	13,9	1,7
2012	Masculino	14,1	1,4
	Feminino	14,6	2,2
	Total	14,2	1,6

A média de idade que os adolescentes experimentaram pela primeira vez cigarro não teve alteração entre 2006 e 2012, sendo em média 13 anos. Também não foram observadas diferenças significativas na idade de início do uso regular. Em 2006 os adolescentes meninos passavam a fumar com regularidade em média a partir dos 14 anos e as meninas costumavam a começar a fumar regularmente um pouco mais cedo, em média com 13 anos. Em 2012 o estudo constatou que as diferenças de idade de início de uso frequente continuam pouco significativas por gênero e que também não foi observada alteração na média de idade para o uso regular comparando o estudo de 2006 e o de 2012.

Por outro lado, observa-se um aumento significativo na média de cigarros fumados diariamente por adolescentes fumantes entre 2006 e 2012 (como observado na tabela abaixo). Em média os adolescentes passaram a fumar 3 cigarros a mais por dia – analisando as diferenças do primeiro e do segundo estudo: em 2006, os meninos



fumavam em média 12 cigarros (11,6) e entre as meninas a média de cigarros fumados por dia declarados era de 9,5. Já em 2012, as médias de cigarros consumidos diariamente observadas foram de 14,7 e 12,6, respectivamente.

Tabela 30: Média de cigarros que fuma por dia, entre Adolescentes (14 a 17 anos), por gênero (2006 -2012).

Ano do Estudo		Média	Desvio Padrão
2006	Masculino	11,6	9,6
	Feminino	9,5	7,7
	Total	10,8	9,0
2012	Masculino	14,7	8,7
	Feminino	12,6	7,1
	Total	14,2	8,4



5. Consumo de Substâncias Ilícitas na população brasileira (2012)

Em publicação recente da UNODC, o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi) – está aumentando enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo.

Embora a sociedade brasileira esteja ciente deste importante problema de saúde pública, seu conhecimento acerca dos padrões de consumo, da dependência, bem como dos problemas associados ao uso de cocaína, ainda são incipientes. A maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo. Tendo em vista o contexto sócio-cultural e político que o Brasil está vivendo é fundamental o conhecimento do fenômeno do uso de maconha, sua proporção e consequências.

O capítulo a seguir apresenta as prevalências de diferentes drogas ilícitas na população brasileira, os dados trazem tanto a proporção de indivíduos que consumiu algumas das substâncias alguma vez na vida, como o uso de determinadas substâncias nos últimos 12 meses. As tabelas a seguir resumem os principais resultados, é importante ressaltar que os números absolutos (N) são projeções calculadas a partir das frequências observadas – as projeções foram calculadas com base na ponderação da amostra e, nesse sentido, resguardam os pesos relativos dos indivíduos na amostra e podem, portanto, serem aferidas como total na população brasileira.

Os dados aqui apresentados são apenas do estudo realizado em 2012, o método para levantamento desta informação diferiu da primeira edição do estudo em 2006 e, portanto, não são passíveis de serem comparados e por isso não serão apresentados. Os dados apresentados a seguir, do estudo de 2012, são fruto de um bloco de questões respondidas via autopreenchimento, ou seja, sem exposição das respostas ao entrevistador. Após o preenchimento deste questionário o respondente o colocava em



um envelope disponibilizado pelo entrevistador e este era devidamente lacrado na frente do respondente – tentando minimizar assim os constrangimentos oriundos desse tipo de questão.¹⁵

Tabela 31: Proporção de indivíduos que utilizaram determinada substância alguma vez na vida (2012)

Substância (Consumo na vida)	Adolescentes		Adultos	
	%	N	%	N
Cocaína	2,3	316.040	3,8	5.131.954
Estimulantes	1,3	182.302	2,7	3.694.737
Ritalina	0,6	87.050	0,4	568.249
Crack	0,8	108.867	1,3	1.766.438
OXI	0,5	66.454	0,3	420.099
Tranquilizantes	2,5	342.209	9,6	12.842.014
Solventes	2	275.460	2,2	2.907.375
Ecstasy	0,5	70.985	0,7	949.804
Morfina	0,1	14.258	0,8	1.105.167
Heroína	0,2	25.854	0,2	208.958
Esteroides	0,8	112.212	0,6	862.833
Alucinógenos	1,4	191.646	0,9	1.208.616
Anestésicos	0,4	52.091	0,5	695.600
Cristal	0,3	40.079	0,3	364.322
Maconha	4,3	597.510	6,8	7.831.476
Total População		13.947.197		134.370.019

¹⁵ Abdalla, R. R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2014). Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addictive Behaviors*, 39, 297–301.

Tabela 32: Proporção de indivíduos que utilizaram determinada substância nos últimos 12 meses (2012)

Substância (Consumo no último ano)	Adolescentes		Adultos	
	%	N	%	N
Cocaína	1,6	225.655	1,7	2.287.720
Estimulantes	0,9	124.620	1,1	1.482.951
Ritalina	0,2	33.927	0,3	379.478
Crack	0,1	18.235	0,7	898.285
OXI	0,1	7.119	0,3	454.830
Tranquilizantes	1,4	198.278	6	8.067.462
Solventes	1,2	171.911	0,5	614.861
Ecstasy	0,1	20.412	0,2	317.374
Morfina	0,1	14.258	0,6	750.547
Heroína	0,1	7.119	0,2	256.641
Esteróides	0,6	87.613	0,3	352.093
Alucinógenos	0,8	111.263	0,5	714.574
Anestésicos	0,4	53.460	0,3	414.168
Cristal	0,2	21.811	0,3	455.295
Maconha	3,4	478.103	2,5	3.374.242
Total População		13.947.197		134.370.019

A substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado a substância alguma vez na vida – ou seja, 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha pelo menos uma vez na vida. Entre os adolescentes esse número é de 597 mil indivíduos (4,3%) dentre quase 14 milhões de adolescentes brasileiros. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declaram ter usado e 3,4% dos adolescentes – representando mais de 3 milhões de adultos e 478 mil adolescentes em todo país.

A prevalência uso da cocaína uma vez na vida pela população adulta observada é de 3,8%, representando cerca de 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, sendo que a Prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada é de 1,7% - representando mais de 2 milhões de brasileiros. No caso dos adolescentes, 2,3% dos adolescentes declararam ter utilizado pelo menos uma vez na vida cocaína e



1,6% deles declararam ter utilizado nos últimos 12 meses – representando cerca de 225 mil adolescentes em todo país.

O estudo levantou ainda que 9,6% da população com 18 anos ou mais já utilizou pelo menos uma vez na vida tranquilizantes, observa-se que dentre as substâncias estudadas, o tranquilizante é o mais consumido entre a população adulta nos os últimos 12 meses, representando aproximadamente 8 milhões de usuários no último ano em todo país. As Prevalências de uso de tranquilizantes entre adolescentes são consideravelmente menores que as observadas entre adultos, mas ainda assim expressiva – 2,5% dos adolescentes declararam já ter utilizado tranquilizantes na vida e 1,4% utilizou nos últimos 12 meses (população de aproximadamente 198 mil adolescentes).

Estimulantes aparecem como a substância com a quarta maior prevalência entre adolescentes, apenas atrás de maconha, cocaína e solventes (como cola de sapateiro, por exemplo). A Prevalência do uso de estimulantes é de 1,3% alguma vez na vida e 0,9% nos últimos 12 meses. Entre adultos a prevalência dessa mesma substância é de 2,7% alguma vez na vida e de 1,1% nos últimos 12 meses – representando quase 1,5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais.

O estudo revela que a prevalência do uso de crack nos últimos 12 meses na população adulta brasileira é de 0,7% - representando mais de 800 mil brasileiros. Vale destacar que por ser um estudo probabilístico domiciliar, a população de rua não está contemplada na amostra, nesse sentido, a prevalência reflete a população de brasileiro que não vive em situação de rua. Já a prevalência do uso de crack alguma vez na vida observado foi de 1,3% - representando mais de 1,7 milhões de brasileiros, vale lembrar que as projeções apresentadas levaram em consideração os pesos relativos dos indivíduos na amostra. Entre adolescentes (jovens de 14 a 17 anos) a Prevalência do uso de crack na vida e nos últimos 12 meses observadas foram de respectivamente 0,8% e 0,1%

Gráfico 7: Consumo na vida e no último ano de maconha entre adultos e adolescentes, 2012.

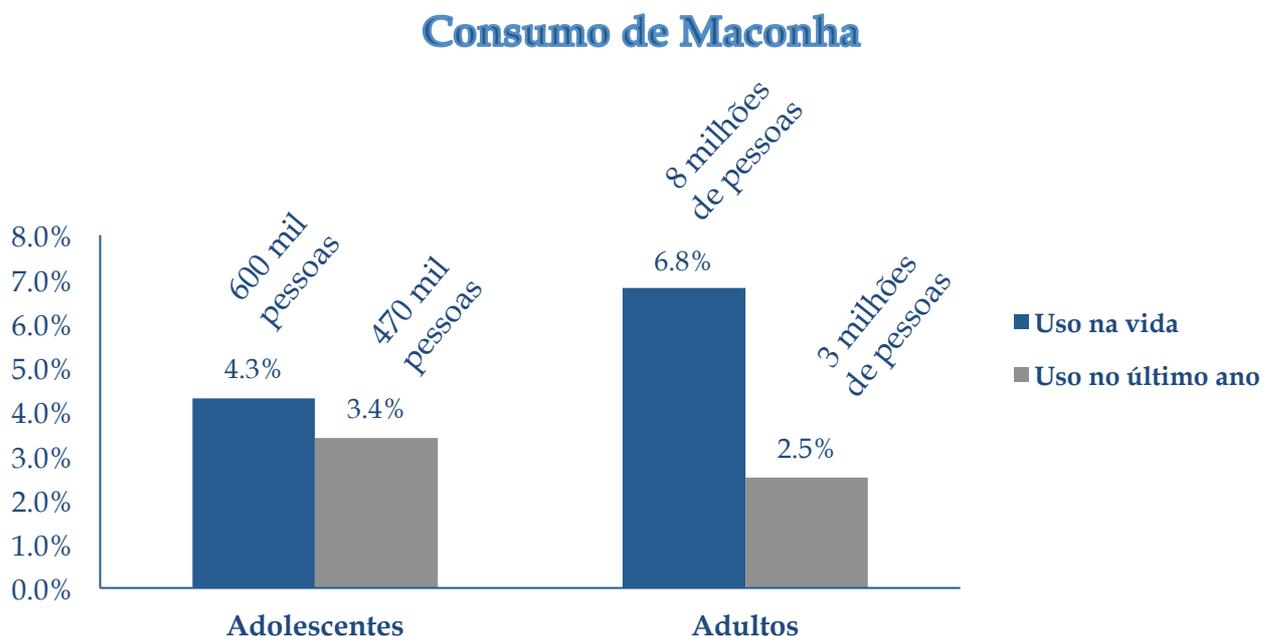


Gráfico 8: Consumo na vida e no último ano de cocaína aspirada entre adultos e adolescentes, 2012.

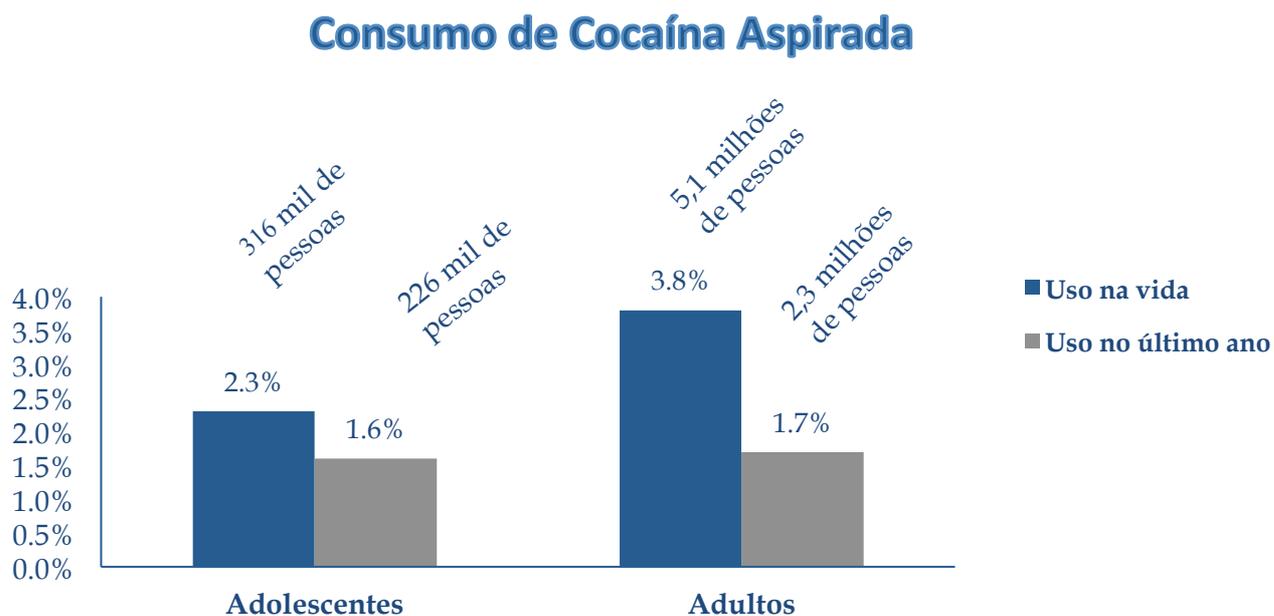
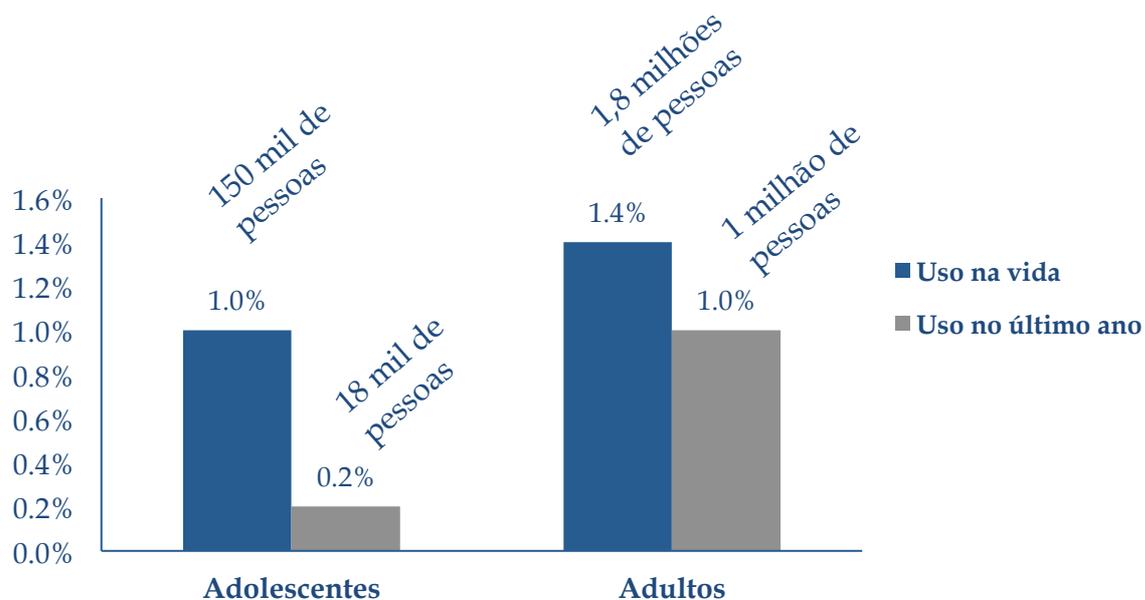




Gráfico 9: Consumo na vida e no último ano de cocaína fumada (Crack e Oxi) entre adultos e adolescentes, 2012.

Consumo de Cocaína Fumada (Crack e Oxi)





6. Fatores Associados ao Abuso e Dependência Química (2012)

O estudo realizado, para além de aferir as prevalências e questões de qualificação em relação ao uso de bebidas alcóolicas, tabacos e drogas ilícitas, também teve por objetivo analisar potenciais fatores de risco que poderiam estar mais ou menos associados a uso dessas substâncias e ao desenvolvimento de dependência química.

Nesse sentido, diferentes temas foram abordados, resultando em uma série de diferentes questões que possibilitam análises estatísticas mais refinadas de associação entre potenciais fatores de risco e uso (danoso ou não) de determinadas substâncias. Neste relatório não serão apresentadas estas análises, aqui serão apenas descritas as frequências gerais dos eventos mensurados possibilitando identificar as potencialidades do estudo para o tema em questão, bem como possíveis outros recortes analíticos.

As diferentes baterias de questões e escalas que foram inseridas no instrumento e são chamadas aqui de 'fatores de risco' são advindas de estudos prévios, nacionais e internacionais e habitualmente são trabalhadas com agregações específicas e como scores pré-definidos para análises de associação. Para os propósitos deste relatório, foram trabalhados 5 grandes grupos de fatores de risco, relativos a: *saúde física da população, saúde mental, rede de suporte social, eventos recentes e violência*.

6.1. Saúde Física

A bateria de questões relativas à saúde física traz a prevalência de diferentes doenças na população. Foram abordadas as ocorrências dessas doenças em três domínios: alguma vez na vida, no último ano e se já foi tratada por um profissional. As tabelas abaixo sinalizam as frequências dessas doenças tanto em adultos (18 ou mais) quanto em adolescentes (pessoas entre 14 e 17 anos).



Entre adolescentes 'alergias' foi o tipo de doença com maior Prevalência observada tanto como ocorrência nos últimos 12 meses, quanto alguma vez na vida; respectivamente, a Prevalência observada é de 16% e 25% nessa população. Já entre adultos pressão alta apareceu com as maiores proporções - 27% dos adultos mencionaram já ter sofrido de pressão alta alguma vez na vida e 22% nos últimos 12 meses.

Chama atenção o fato de que ansiedade aparece como um sintoma vivido por 17% dos adolescentes alguma vez na vida e ainda por 12,7% como tendo vivido nos últimos 12 meses. Entre adultos, a proporção daqueles que declararam ter sofrido de ansiedade também apresenta frequência significativa 18,5% declarou ter sofrido de ansiedade nos últimos 12 meses e 23,9% declarou ter sofrido alguma vez na vida. Ainda entre adultos, a proporção de indivíduos que declarou ter sofrido de enxaqueca e depressão alguma vez na vida também é bastante significativa, respectivamente 21,6% e 15,1%.

Tabela 33: Prevalência de ocorrência de doenças físicas na vida entre adolescentes e adultos

Saúde Física (alguma vez na vida)	Adolescentes		Adultos	
	%	N	%	N
Câncer	0,0	0	1,2	1.634.317
Diabetes	0,4	60.194	6,6	8.930.553
Epilepsia	0,6	80.289	1,0	1.382.140
Enxaqueca	14,7	2.056.415	21,6	28.975.871
Demência ou Alzheimer	0,2	21.966	1,0	1.333.384
Ansiedade	17,1	2.386.922	23,9	32.066.219
Depressão	3,1	429.363	15,1	20.353.289
Outro problema mental	0,2	23.008	1,1	1.531.398
Catarata	0,1	19.546	6,1	8.222.157
Problemas de ouvido	10,3	1.433.786	10,7	14.400.623
Derrame	0,0	0	1,6	2.186.495
Ataque Cardíaco	0,1	18.173	1,6	2.088.623
Pressão Alta	2,8	388.254	27,0	36.264.129
Bronquite	8,8	1.228.349	6,3	8.406.241
Asma	4,4	610.833	3,6	4.872.917
DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis)	0,3	37.084	1,0	1.364.431
Alergias	25,1	3.500.769	20,5	27.523.019
Úlcera de Estômago	1,0	138.344	4,9	6.598.545
Problemas no Fígado	1,7	235.577	4,1	5.548.542
Problemas no Intestino	2,3	317.597	5,0	6.774.825
Problemas na Bexiga	1,9	267.402	4,5	6.102.083
Artrite	0,1	10.305	4,0	5.321.326
Problemas nos ossos, músculos ou juntas	4,0	563.615	16,9	22.682.369
Doença Infecciosa (Pneumonia, Infecção Urinária, Intestinal, Etc.)	9,1	1.275.759	12,2	16.367.778
Problemas de Pele	4,1	566.237	5,1	6.828.683
Problemas Reprodutivos (Não conseguir ou ter dificuldade em ter filhos)	0,0	0	1,4	1.875.134
Total População		13.947.197		134.370.019

Tabela 34: Prevalência de ocorrência de doenças físicas no último ano entre adolescentes e adultos

Saúde Física (nos últimos 12 meses)	Adolescentes		Adultos	
	%	N	%	N
Câncer	0,0	0	0,4	576.600
Diabetes	0,3	39.970	5,5	7.364.624
Epilepsia	0,3	44.549	0,5	695.004
Enxaqueca	10,5	1.468.185	15,3	20.519.470
Demência ou Alzheimer	0,1	16.795	0,9	1.161.695
Ansiedade	12,7	1.766.176	18,5	24.876.476
Depressão	2,2	308.435	9,4	12.688.452
Outro problema mental	0,1	18.269	0,7	955.743
Catarata	0,1	19.546	4,3	5.774.714
Problemas de ouvido	3,1	427.092	5,6	7.589.722
Derrame	0,0	0	0,6	813.251
Ataque Cardíaco	0,03	3.555	0,7	974.389
Pressão Alta	2,0	280.696	22,3	30.030.844
Bronquite	3,3	460.497	2,7	3.620.237
Asma	1,8	248.387	1,3	1.715.440
DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis)	0,2	23.588	0,3	421.970
Alergias	16,1	2.239.959	13,4	17.973.445
Úlcera de Estômago	0,9	121.818	2,5	3.344.057
Problemas no Fígado	0,8	109.439	2,1	2.860.609
Problemas no Intestino	1,5	215.243	3,9	5.226.715
Problemas na Bexiga	1,2	165.693	2,7	3.693.759
Artrite	0,1	10.305	3,5	4.697.434
Problemas nos ossos, músculos ou juntas	2,7	373.766	14,3	19.183.588
Doença Infecciosa (Pneumonia, Infecção Urinária, Intestinal, Etc.)	4,2	579.310	5,2	6.959.175
Problemas de Pele	3,1	435.538	3,3	4.456.115
Problemas Reprodutivos (Não conseguir ou ter dificuldade em ter filhos)	0,0	0	0,8	1.019.825
Total População		13.947.197		134.370.019

Tabela 35: Prevalência de doenças físicas que foram tratadas entre adolescentes e adultos

Saúde Física (procurou tratamento)	Adolescentes		Adultos	
	%	N	%	N
Câncer	0.0	0	98.3	1,606,043
Diabetes	59.1	35,563	89.9	8,029,873
Epilepsia	49.2	39,475	76.4	1,056,352
Enxaqueca	49.0	1,007,332	54.8	15,884,576
Demência ou Alzheimer	23.2	5,096	54.8	731,096
Ansiedade	20.7	494,246	40.1	12,847,436
Depressão	53.4	229,380	63.8	12,986,047
Outro problema mental	0.0	0	63.3	969,733
Catarata	55.6	10,869	70.8	5,824,512
Problemas de ouvido	65.0	932,339	65.9	9,486,353
Derrame	0.0	0	92.8	2,028,906
Ataque Cardíaco	80.4	14,618	86.8	1,812,569
Pressão Alta	58.6	227,658	87.7	31,795,206
Bronquite	80.8	992,389	80.0	6,727,012
Asma	71.3	435,515	70.5	3,435,739
DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis)	100.0	37,084	90.7	1,237,397
Alergias	69.0	2,414,543	65.7	18,090,613
Úlcera de Estômago	72.1	99,698	84.0	5,545,813
Problemas no Fígado	84.7	199,602	70.3	3,899,045
Problemas no Intestino	81.7	259,594	68.8	4,658,131
Problemas na Bexiga	65.7	175,592	82.1	5,008,463
Artrite	100.0	10,305	68.8	3,658,676
Problemas nos ossos, músculos ou juntas	55.6	313,560	65.5	14,853,210
Doença Infecciosa (Pneumonia, Infecção Urinária, Intestinal, Etc.)	91.8	1,171,609	88.0	14,401,448
Problemas de Pele	81.4	460,747	73.8	5,037,668
Problemas Reprodutivos (Não conseguir ou ter dificuldade em ter filhos)	0.0	0	55.8	1,045,811

6.2. Saúde Mental

As questões sobre saúde mental foram tratadas em dois sub-blocos de baterias distintos, um sobre qualidade de vida – que trazem indicadores de percepção da população sobre a avaliação que fazem da qualidade de suas vidas –; e o segundo sobre depressão – aqui tratam-se de sintomas e características presentes em pessoas com depressão, para a aferição da proporção de indivíduos com depressão objetivamente as variáveis devem



ser tralhadas em conjunto e via scores específicos – nesse sentido, a existência ou frequência de determinado sintoma ou característica dentre a bateria de questões aplicadas não se traduzem imediatamente em caracterização de depressão.

6.2.1 Qualidade de vida

As questões de percepção sobre qualidade de vida foram trabalhadas em escalas de 5 pontos entre as possíveis respostas que variavam entre nada e extremamente, perguntadas de maneira estimulada a todos os indivíduos. Algumas frequências merecem destaque:

- ✓ Quando indagados sobre oportunidades de lazer, 14,1% dos adolescentes disseram não ter “nada” ou “muito pouco”, entre adultos essa proporção é de 25,7%, ou seja, $\frac{1}{4}$ dos adultos brasileiros consideram não ter pouca ou nenhuma oportunidade de lazer.
- ✓ 13,7% dos adultos disseram “bastante ou extremamente” quando perguntados sobre o quanto precisam de tratamento médico para levar sua vida diária. Entre adolescentes a proporção é de 7,2%.

Tabela 36: Prevalência dos indicadores da Escala de Qualidade de Vida entre adultos

Adultos (18 anos ou mais)	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	%	%	%	%	%
O3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	62,0	16,7	12,1	7,9	1,2
O4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	55,5	18,1	12,8	11,7	2,0
O5. O quanto você aproveita a vida?	2,5	8,4	23,2	54,0	11,9
O6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0,8	2,4	12,0	59,3	25,6
O7. O quanto você consegue se concentrar?	1,2	6,2	21,7	57,5	13,4
O8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1,3	5,1	21,4	60,3	11,9
O9. Quão saudável é o ambiente em que você vive (clima, barulho, poluição, atrativos)?	2,0	6,4	25,1	54,1	12,4
O10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1,5	5,9	20,7	51,4	20,5
O11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1,0	3,6	16,6	53,0	25,8
O12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	9,3	24,6	39,2	19,9	6,9
O13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	2,1	14,2	31,4	42,4	9,9
O14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	6,7	19,0	30,2	36,3	7,7

Tabela 37: Prevalência dos indicadores da Escala de Qualidade entre adolescentes

Adolescentes (14 a 17 anos)	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	%	%	%	%	%
O3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	77,3	11,0	4,9	6,0	0,8
O4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	77,1	9,2	6,5	6,3	0,9
O5. O quanto você aproveita a vida?	0,8	4,5	14,8	56,9	23,0
O6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1,0	1,6	11,6	54,9	30,9
O7. O quanto você consegue se concentrar?	1,5	6,5	20,9	51,9	19,2
O8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1,6	4,3	20,5	56,1	17,5
O9. Quão saudável é o ambiente em que você vive (clima, barulho, poluição, atrativos)?	2,9	5,9	24,6	49,3	17,2
O10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1,1	2,9	9,2	51,1	35,7
O11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0,9	1,8	9,4	52,4	35,5
O12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	13,7	22,9	30,7	21,4	11,3
O13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	2,6	11,3	25,3	44,8	16,0
O14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	3,3	10,8	22,2	42,7	21,0

6.2.2 Depressão

O bloco referente a questões que avaliam possíveis sinais de depressão apresenta diferentes tipos de perguntas. As frequências apresentadas aqui tratam de respostas relativas a sensação de determinado sintoma na última semana em uma escala de resposta de 4 pontos que variava entre raramente/nenhuma vez até na maioria das vezes/o tempo todo – as respostas foram estimuladas, com exceção daqueles que declararam não saber ou preferiram não responder (neste caso, foram menções espontâneas). Os resultados estão explicitados das tabelas a seguir, a primeira trata das frequências gerais entre a população adulta (18 anos ou mais) e a segunda trata das frequências observadas entre adolescentes (14 a 17 anos).



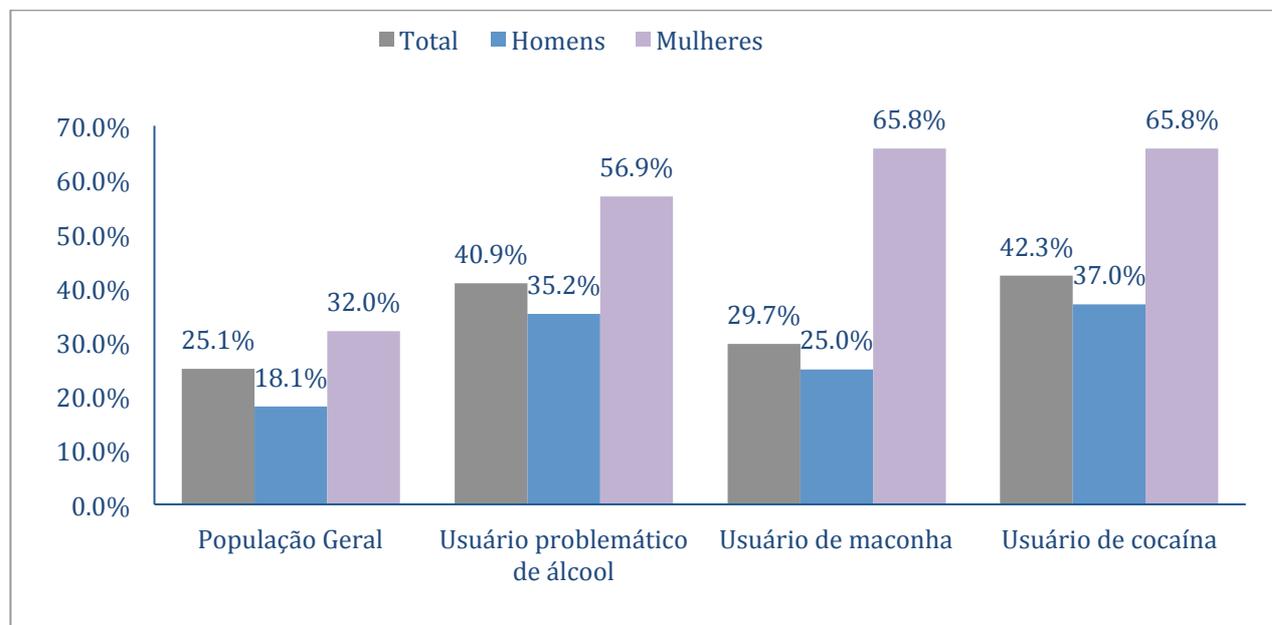
Tabela 38: Prevalência dos indicadores de depressão advindos da escala CES-D entre adultos.

Adultos (18 anos ou mais) - <i>Quantas vezes você sentiu na semana passada...</i>	Raramente /Nenhuma vez	As vezes / muito poucas vezes	Ocasionalment e / um número razoável de vezes	Na maioria das vezes / o tempo todo	NS/ NR
	%	%	%	%	%
P1. Eu não tive vontade de comer; eu estive sem apetite.	68,8	23,8	5,2	2,2	0,1
P2. Eu me senti tão desanimado que nem minha família ou amigos podiam ajudar	74,2	18,1	5,2	2,3	0,2
P3. Eu senti que eu era tão bom quanto os outros	29,8	15,9	16,0	37,4	0,8
P4. Eu tive dificuldade em me concentrar no que estava fazendo	60,8	26,5	8,5	3,9	0,2
P5. Eu me incomodei com coisas que normalmente não me incomodariam	63,5	26,4	6,7	3,0	0,3
P6. Eu me senti deprimido	69,8	21,4	4,7	4,0	0,1
P7. Eu senti que tudo que fiz precisou de esforço	54,8	24,3	10,6	10,1	0,2
P8. Eu me senti esperançoso/a quanto ao futuro	12,8	13,3	18,9	54,6	0,4
P9. Eu pensei que minha vida é um fracasso	79,6	13,4	4,3	2,4	0,2
P10. Eu senti medo	68,1	24,1	4,9	2,7	0,2
P11. Meu sono foi agitado	62,2	24,8	8,0	4,9	0,1
P12. Eu me senti feliz	6,0	11,5	19,1	63,1	0,3
P13. Eu falei menos do que o normal	57,2	29,8	8,2	4,5	0,2
P14. Eu me senti sozinho	67,7	21,3	6,0	4,7	0,3
P15. Eu achei que as pessoas foram antipáticas/ frias	68,3	21,3	7,1	3,0	0,2
P16. Eu aproveitei a vida	10,1	14,6	22,0	53,1	0,3
P17. Eu tive crises de choro	74,1	16,6	5,0	4,1	0,3
P18. Eu me senti triste	60,5	27,3	7,2	4,9	0,1
P19. Eu achei que as pessoas não gostavam de mim	74,5	17,9	4,7	2,8	0,1
P20. Não tive vontade de fazer nada	65,6	24,5	6,4	3,4	0,0

**Tabela 39:** Prevalência dos indicadores de depressão advindos da escala CES-D entre adolescentes.

Adolescentes (14 a 17 anos) - <i>Quantas vezes você sentiu na semana passada....</i>	Raramente /Nenhuma vez	As vezes / muito poucas vezes	Ocasionalment e / um número razoável	Na maioria das vezes / o tempo todo	NS/ NR
	%	%	%	%	%
P1. Eu não tive vontade de comer; eu estive sem apetite.	73,2	19,7	4,1	2,7	0,3
P2. Eu me senti tão desanimado que nem minha família ou amigos podiam ajudar	78,7	16,5	3,6	0,9	0,2
P3. Eu senti que eu era tão bom quanto os outros	33,7	16,5	14,0	35,5	0,3
P4. Eu tive dificuldade em me concentrar no que estava fazendo	57,4	28,9	8,7	4,9	0,1
P5. Eu me incomodei com coisas que normalmente não me incomodariam	67,8	24,4	4,3	3,1	0,5
P6. Eu me senti deprimido	76,7	17,9	3,4	2,0	
P7. Eu senti que tudo que fiz precisou de esforço	62,2	22,9	6,1	8,3	0,5
P8. Eu me senti esperançoso/a quanto ao futuro	16,8	14,5	17,1	51,1	0,5
P9. Eu pensei que minha vida é um fracasso	83,6	11,0	2,8	2,3	0,2
P10. Eu senti medo	67,1	24,9	4,7	3,4	
P11. Meu sono foi agitado	70,8	21,1	5,2	2,9	
P12. Eu me senti feliz	5,5	9,2	14,4	70,7	0,2
P13. Eu falei menos do que o normal	59,8	27,3	6,5	6,0	0,4
P14. Eu me senti sozinho	71,4	21,2	3,5	3,1	0,8
P15. Eu achei que as pessoas foram antipáticas/ frias	71,4	20,7	3,5	3,8	0,7
P16. Eu aproveitei a vida	9,9	11,1	19,8	59,0	0,2
P17. Eu tive crises de choro	76,8	17,1	3,4	2,6	
P18. Eu me senti triste	67,3	25,7	4,7	2,2	0,1
P19. Eu achei que as pessoas não gostavam de mim	77,0	17,3	3,1	2,6	0,1
P20. Não tive vontade de fazer nada	68,2	23,7	5,0	3,2	

Gráfico 10: Prevalência de indivíduos com indicadores para depressão entre a população geral, com abuso e/ou dependência de álcool (DSM-IV), consumidores de maconha (uso no último ano) e consumidores de cocaína (uso no último ano), por gênero.



A relação entre depressão e problemas com consumo de álcool são largamente exploradas na literatura. Nosso levantamento mostrou que a prevalência de depressão é significativamente maior entre abusadores de álcool.

Nosso estudo também detectou que 5% dos brasileiros já tentaram tirar a própria vida. Destes, em mais de dois a cada dez casos (24%), a tentativa estava relacionada ao consumo de álcool.

6.3 Rede de Suporte Social

Nas questões relativas à rede de suporte social, foram levantadas percepções em relação a fatores subjetivos das relações pessoais com familiares e amigos – no bloco de questões apresentado abaixo, foram indagadas questões de concordância em uma escala de resposta (estimulada) de três pontos, na qual os entrevistados respondiam se *discordavam*, *concordavam parcialmente* ou *concordavam totalmente* de algumas afirmações. Alguns resultados merecem atenção:



- ✓ 4,8% dos adultos brasileiros discordam da seguinte afirmação: “*existem pessoas na minha família ou amigos que perceberiam se eu precisasse de ajuda*”. Essa proporção é de 3% entre os adolescentes no país.
- ✓ 75% dos adolescentes e 70,6% dos adultos acreditam com segurança (concordam totalmente) que existem pessoas na família ou amigos os fazem sentirem amados.

Tabela 40: Prevalência dos indicadores da Escala de Suporte Social entre adultos

Adultos (18 anos ou mais) - <i>Existem pessoas na minha família ou amigos que:....</i>	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	%	%	%
Q1. Fazem coisas para me deixar feliz	3,7	29,9	66,5
Q2. Fazem eu me sentir amado	3,0	26,4	70,6
Q3. Com quem eu posso contar em qualquer situação	3,9	27,1	69,0
Q4. Que perceberiam se eu precisasse de ajuda	4,8	29,5	65,7
Q5. Que me aceitam do jeito que eu sou	2,8	24,7	72,5
Q6. Que me fazem sentir uma parte importante de suas vidas	3,1	25,6	71,3
Q7. Que me apoiam e me encorajam	3,1	25,7	71,3

Tabela 41: Prevalência dos indicadores da Escala de Suporte Social entre adolescentes.

Adolescentes (14 a 17 anos) - <i>Existem pessoas na minha família ou amigos que:....</i>	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
	%	%	%
Q1. Fazem coisas para me deixar feliz	2,2	26,9	70,9
Q2. Fazem eu me sentir amado	2,1	22,9	75,0
Q3. Com quem eu posso contar em qualquer situação	2,7	23,1	74,2
Q4. Que perceberiam se eu precisasse de ajuda	3,0	25,7	71,3
Q5. Que me aceitam do jeito que eu sou	2,0	23,9	74,1
Q6. Que me fazem sentir uma parte importante de suas vidas	2,8	22,2	74,9
Q7. Que me apoiam e me encorajam	2,2	22,2	75,6

6.4 Eventos negativos recentes



A pesquisa aferiu ainda alguns eventos negativos vividos recentemente pela população, entendidos aqui como eventos vividos nos últimos 12 meses.

- ✓ Pouco mais de 19% dos adolescentes e adultos brasileiros viveram a morte de algum membro da família, 17% dos adultos e 15% dos adolescentes tiveram um membro da família que sofreu uma doença grave e pessoalmente 5% dos adultos e 2% dos adolescentes entrevistados teve uma doença grave nos últimos 12 meses.
- ✓ Avaliando problemas de trabalho e financeiros na população adulta, 11,7% dos brasileiros adultos declararam ter vivido problema financeiro grave, 3,8% foram demitidos nos últimos 12 meses e 6,3% tiveram sentimentos de insegurança no trabalho.
- ✓ 2,7 % dos adultos e 2,2% dos adolescentes afirmaram ter vivido um assalto a mão armada ou sequestro nos últimos 12 meses também.

Tabela 42: Prevalência dos indicadores da Escala de Eventos Adversos entre adultos e adolescentes.

<i>Algum desses eventos ocorreram na sua vida nos últimos 12 meses:</i>	Adolescentes	Adultos
	% (sim)	% (sim)
R1a. Você teve uma doença grave	2,2	5,1
R2a. Doença grave de um membro da família	15,2	17,2
R3a. Morte de um membro da família	19,7	19,5
R4a. Foi forçado a mudar de casa	2,2	2,9
R5a. Teve problema financeiro grave	5,5	11,7
R6a. Perdeu moradia em desastre natural	0,8	0,2
R7a. Sofreu assalto a mão armada/sequestro	2,2	2,7
R8a. Está sendo processado	0,0	0,9
R9a. Perdeu a guarda de um filho	0,0	0,2
R10a. Divórcio ou separação	0,6	2,9
R11a. Foi demitido (a)	1,3	3,8
R12a. Teve sentimento de insegurança no trabalho	2,1	6,3



6.5 Violência

Os fatores de risco associados à violência foram trabalhados entre percepções e situações de violência vividas pelos brasileiros. Aqui serão apresentadas as frequências gerais de experiências relativas a três esferas de violência: violência geral (cotidiano, urbana, etc), violência na infância e violência doméstica.

6.5.1 Violência Urbana

Neste caso foram abordadas experiências vividas recentemente pela população entrevistadas em relação a situações de violência. Abaixo são destacadas tabelas com três indicadores dessa perspectiva, temos como principais resultados:

- ✓ 17,7% da população adulta e 19,5% dos adolescentes relataram ter deixado pelo menos alguma vez de ir a algum lugar por questão de segurança no último mês (30 dias).
- ✓ 2,3% dos adultos e 6,1% dos adolescentes disseram ter entrado em uma briga com agressão física no último ano. Chama atenção o fato de que a proporção entre adolescentes é quase 3 vezes maior que a de adultos.
- ✓ Quase 5% dos adultos e adolescentes brasileiros foram vítimas de assalto nos últimos 12 meses.

Tabela 43: Prevalência de indicadores da Escala de Suporte Social entre adultos.

Durante os últimos 30 dias, quantos dias você não foi a algum lugar por questão de segurança?	Nunca	Alguma Vez	NS/NR	Total
Adolescentes	80,3%	19,5%	0,2%	100,0%
Adultos	82,0%	17,7%	0,2%	100,0%
Total	81,9%	17,9%	0,2%	100,0%
Nos últimos 12 meses, quantas vezes você entrou em uma briga com agressão física?	Nunca	Alguma Vez	NS/NR	Total
Adolescentes	93,6%	6,1%	0,3%	100,0%
Adultos	97,7%	2,3%	0,0%	100,0%
Total	97,3%	2,6%	0,1%	100,0%
Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi vítima de um assalto?	Nunca	Alguma Vez	NS/NR	Total
Adolescentes	95,3%	4,6%	0,0%	100,0%
Adultos	95,2%	4,8%	0,0%	100,0%
Total	95,2%	4,7%	0,0%	100,0%

Gráfico 11: Frequência de indivíduos que relatam ter andado armado no último ano por região.

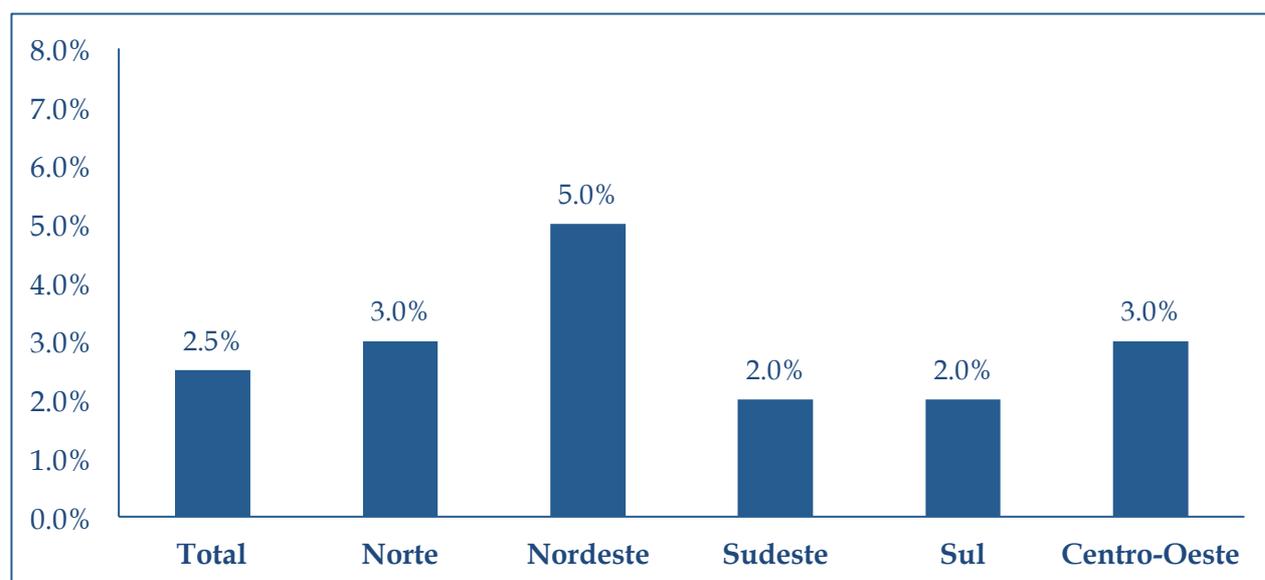


Gráfico 12: Prevalência de vítimas de assaltos e de envolvimento em brigas com agressão física no último ano por gênero.

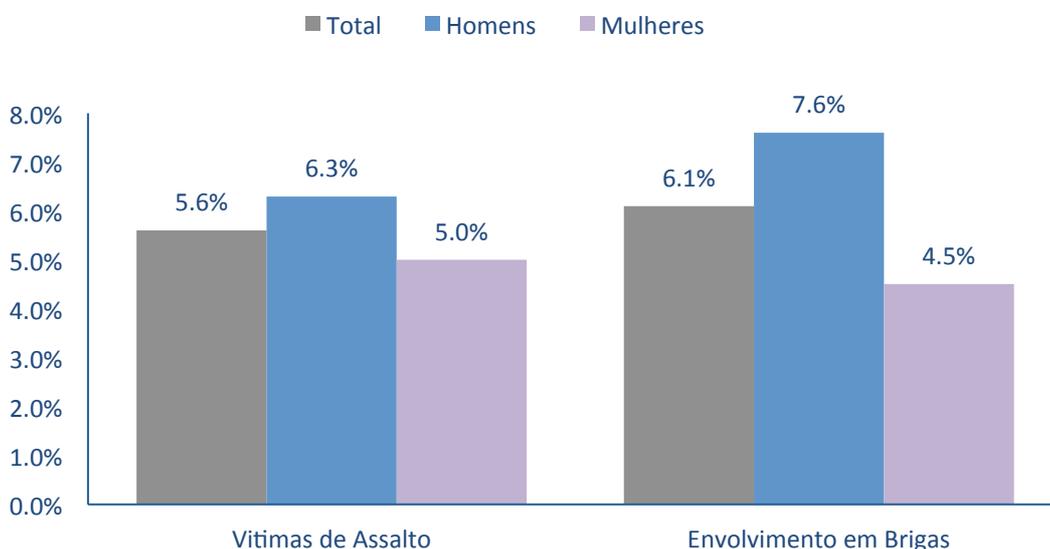
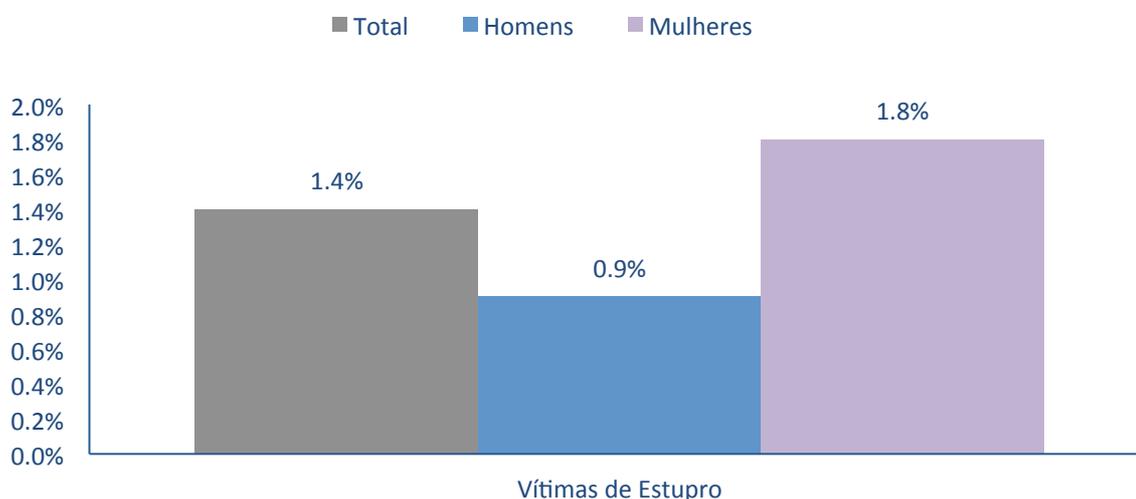


Gráfico 13: Prevalência de vítimas de estupro no Brasil por gênero.



6.5.2 Violência na Infância

As questões apresentadas a seguir remetem a frequências de eventos ocorridos na infância dos brasileiros, fundamentalmente eventos de violência praticados pelas pessoas que os indivíduos entrevistados.



De maneira geral, os eventos mais mencionados por adolescentes também são os mais mencionados por adultos. Os indicadores gerais, que trazem a intensidade do tipo de violência vivido estão explicitados nas tabelas a seguir, alguns indicadores apresentaram considerável e preocupante frequência na população:

- ✓ 12,2% dos adultos e 8,2% dos adolescentes afirmaram que seus pais e/ou responsáveis os bateram na infância até causar marcas alguma vez.
- ✓ 9,6% dos adultos e 6,5% dos adolescentes disseram que alguma vez seus pais e/ou responsáveis os insultaram ou humilharam publicamente. 1,1% dos adultos disseram que isso ocorria muito frequentemente em sua infância.

Tabela 44: Prevalência de indicadores de violência na infância entre adultos.

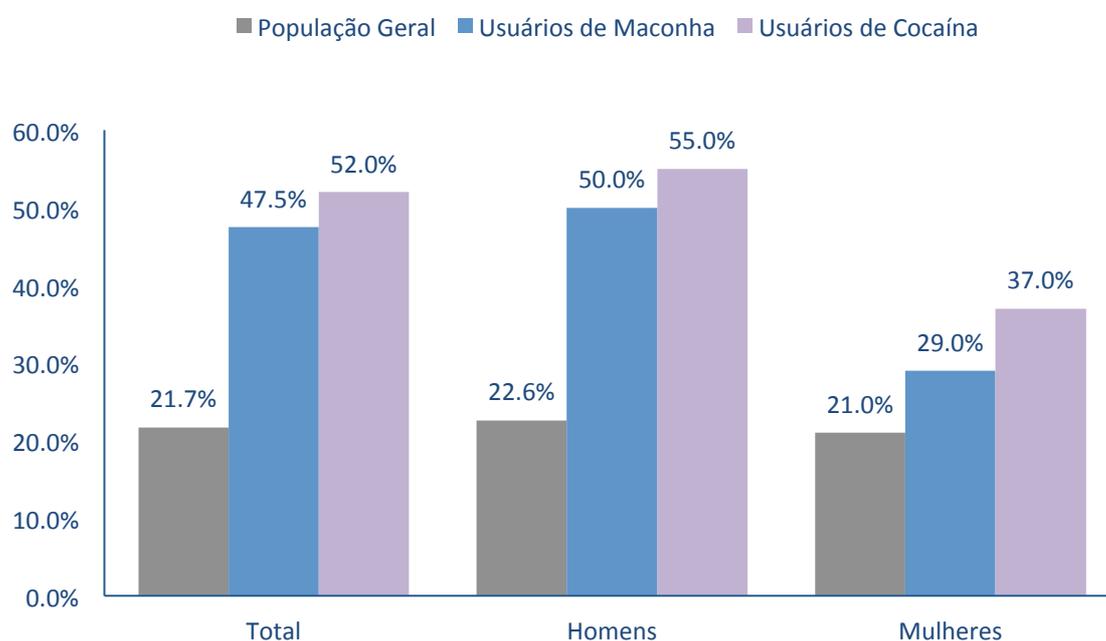
Adultos (18 anos ou mais) – Diga com qual frequência na sua infância e adolescência, seus pais ou as pessoas que o criaram fizeram...	Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
	%	%	%	%
M1a. Insultaram ou humilharam você publicamente	90,4	6,8	1,7	1,1
M2a. Ameaçaram você com uma faca ou com uma arma	98,2	1,4	0,3	0,1
M3a. Empurraram, arranharam, beliscaram ou derrubaram você	87,4	9,8	1,9	0,9
M4a. Machucaram você com algum objeto	93,9	4,7	0,9	0,5
M5a. Bateram em você até causar marcas	87,8	9,8	1,6	0,8
M6a. Intencionalmente te queimaram ou jogaram água quente	99,3	0,6	0,1	0,1
M7a. Atiraram em você com uma arma ou atingiram com uma faca	99,4	0,6	0,1	0,0

Tabela 45: Prevalência de indicadores de violência na infância entre adolescentes.



Adolescentes (14 a 17 anos) - Diga com qual frequência na sua infância e adolescência, seus pais ou as pessoas que o criaram fizeram...	Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
	%	%	%	%
M1a. Insultaram ou humilharam você publicamente	93,5	5,2	1,1	0,3
M2a. Ameaçaram você com uma faca ou com uma arma	98,8	1,0	0,2	0,0
M3a. Empurraram, arranharam, beliscaram ou derrubaram você	89,8	8,8	1,1	0,3
M4a. Machucaram você com algum objeto	96,4	3,3	0,1	0,2
M5a. Bateram em você até causar marcas	91,8	7,4	0,5	0,3
M6a. Intencionalmente te queimaram ou jogaram água quente	99,8	0,2	0,0	0,0
M7a. Atiraram em você com uma arma ou atingiram com uma faca	99,6	0,4	0,0	0,0

Gráfico 14: Frequência de ocorrência de pelo menos 1 evento violento na infância entre a indivíduos da população geral, entre usuários de maconha (uso no último ano) e usuários de cocaína (uso no último ano) por gênero.





6.5.3 Violência Doméstica

Os dados apresentados a seguir abordam apenas a população que era casada ou vivia com parceiro (a) durante a realização da entrevista – representando 57,2% das pessoas entrevistadas em 2012.

Entre as pessoas que viviam com companheiro (a) durante a realização das entrevistas, observamos as seguintes frequências de eventos de violência doméstica:

- ✓ 6,2% deles mencionaram ter empurrado, agarrado ou sacudido seu (sua) parceiro (a) nos últimos 12 meses;
- ✓ 4,2% afirmou ter dado tapas em seu companheiro (a) no último ano;
- ✓ 3,6% atiraram algo em seu parceiro (a) e 1,3% afirmou ter agredido seu parceiro(a) com chutes ou dentadas nos últimos 12 meses.

Tabela 46: Prevalência de indicadores de violência doméstica entre adultos.

População Total (14 anos ou mais) <i>Nos últimos 12 meses, alguma vez você já:</i>	Sim	Não	NS/ NR
	%	%	%
N1A. Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)	3,6	96,3	0,0
N2A. Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)	6,2	93,7	0,0
N3A. Deu tapas nela (nele)	4,2	95,8	0,0
N4A. Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)	1,3	98,7	0,0
N5A. Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa	2,6	97,3	0,0
N6A. Queimou ou escaldou ela (ele)	0,0	99,9	0,0
N7A. Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você	0,2	99,7	0,0
N8A. Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver.	0,6	99,3	0,0
N9A. Atingiu ou tentou atingir ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver.	0,4	99,4	0,1



7. Política e Propaganda (2012)

Por fim, no estudo de 2012 algumas questões foram avaliadas em relação à percepção da população sobre possíveis políticas em relação as bebidas alcoólicas. Além das opiniões em relação às políticas, questões sobre exposição a propagandas e anúncios sobre bebidas e cigarros foram contempladas no estudo. Neste caso, a exposição é medida pela lembrança da população em relação aos anúncios e propagandas. Os resultados gerais sobre essas percepções serão descritos a seguir.

7.1 Álcool - Percepção da População em relação à Possíveis Políticas (2012)

Foram perguntadas aos entrevistados 17 diferentes questões sobre possíveis políticas em relação a bebidas alcólicas (elencadas na tabela acima). Analisando as frequências gerais das questões testadas, nota-se padrão bastante semelhante nas opiniões tanto de adolescentes (14 a 17 anos) quanto de adultos (18 anos ou mais). Quase que universalmente a população se coloca a favor da disponibilização obrigatória de tratamentos gratuitos para o alcoolismo em instituições de saúde (postos, ambulatórios e hospitais) – 96% dos adolescentes e 94,2% dos adultos. Também é quase unânime a percepção de que deveriam aumentar a fiscalização dos comerciantes em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade, bem como que deveriam existir mais programas de tratamento para o alcoolismo.



Tabela 47: Opinião sobre as políticas de saúde pública entre adolescentes e adultos

<i>Destas medidas que o governo pode criar p/ diminuir problemas:</i>	Adolescentes	Adultos
	% (Sim)	% (Sim)
K1. Você acha que os impostos sobre as bebidas alcoólicas deveriam ser aumentados?	62,5	65,5
K2. Você acha que a idade mínima legal para venda de bebidas alcoólicas - 18 anos - deveria ser aumentada?	60,8	65,1
K3. Você acha que os programas de prevenção ao uso de álcool em escolas deveriam ser aumentados?	90,8	92,2
K4. Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser aumentados?	92,9	93,3
K5. Em sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber três doses ou mais: Deveria ter que pagar multas?	91,9	89,9
K6. Em sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber três doses ou mais: Deveria ter sua carteira de habilitação suspensa?	83,8	81,9
K7. Em sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber três doses ou mais: Deveria ser condenada à prisão?	53,5	52,2
K8. Você acha que deveria haver restrição de horário para a venda de bebidas alcoólicas?	73,9	76,4
K9. Você acha que deveria haver mais esforços por parte dos estabelecimentos para evitar que continuem a servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados?	86,2	87,6
K10. Você acha que deveria ser proibida a venda de bebidas alcoólicas em padarias, confeitarias e mercearias?	75,2	72,8
K11. Você acha que deveria haver mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos... "Beba com moderação"?	91,6	89,5
K12. Você acha que deveria ser proibida a propaganda de bebidas alcoólicas na televisão?	67,7	71,7
K13. Você acha que as companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?	60,6	63,9
K14. Você acha que as propagandas de bebidas alcoólicas deveriam reservar um espaço para mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas?	92,9	91,0
K15. Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser gratuitos e obrigatórios em Postos de Saúde, Ambulatórios da Rede Pública e Hospitais Gerais?	96,0	94,2
K16. Você concorda com...: na maior parte do Brasil, é muito fácil para um menor de 18 anos comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda, mesmo sendo proibido por lei	92,6	93,5
K17. Você acha que deveria haver um aumento na fiscalização dos comerciantes, em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade?	93,5	95,2

Apesar de ser quase unânime a percepção de que se uma pessoa for pega dirigindo após ter ingerido mais de 3 doses ela deveria pagar multas (91,9% dos adolescentes concorda com isso e 89,9% dos adultos) e ter a carteira de habilitação suspensa (mais de 80% dos adolescentes e adultos concordam com isso), nota-se que metade da população



(53,5% dos adolescentes e 52,2% dos adultos) é a favor das pessoas serem presas por isso.

Por fim, destaca-se a percepção generalizada na população em relação à facilidade de um menor de idade comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda, mesmo sendo proibido por lei, 92,6% dos adolescentes e 93,5% dos adultos concordam que é muito fácil.

7.2 Álcool e Tabaco – Lembrança de Anúncios e Propagandas (2012)

Tabela 48: Frequência de exposição a campanhas de álcool ou tabaco entre adultos

População Geral (14 anos ou mais)	Nenhu ma vez	Menos de uma vez por mês	1-3 vezes por mês	Pelo menos 1 vez por semana ou mais	NS/NR
	%	%	%	%	%
K18. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/anúncios em outdoors, revistas, jornais, na tv ou na rádio de: BEBIDAS ALCOÓLICAS	22,4	8,3	16,2	51,9	1,3
K18. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/anúncios em outdoors, revistas, jornais, na tv ou na rádio de: CIGARROS	43,4	12,8	14,0	28,0	1,9
K19. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de prevenção em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio de: BEBIDAS ALCOÓLICAS	52,5	13,6	13,2	19,2	1,3
K19. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de prevenção em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio de: CIGARROS	55,5	13,6	12,9	16,6	1,3
K20. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/anúncios na internet ou visitou o site das companhias de: BEBIDAS ALCOÓLICAS	84,6	4,9	3,7	4,3	2,4
K20. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/anúncios na internet ou visitou o site das companhias de: CIGARROS	87,5	4,3	2,5	3,1	2,5

Dentre algumas questões do estudo que visavam medir a lembrança da população em relação a anúncios e propagandas de cigarros e/ou bebidas – tanto aquelas voltadas à comercialização quanto aquelas voltadas à prevenção, alguns resultados merecem destaque: (i) a lembrança na população de anúncios para comercialização de bebidas é muito maior que a lembrança de anúncios para comercialização de cigarros – apenas 22,4% dos entrevistados disseram não ter visto nenhuma propaganda/anúncio de



bebidas alcoólicas em qualquer mídia (exceto Internet) nos últimos 30 dias, essa proporção é de 43,4% da população em relação a anúncios de cigarro; (ii) por outro lado, a lembrança de anúncios relativos à prevenção é quase idêntica na população comparando bebidas alcoólicas e cigarros.



Produção Científica

I. Processo de solicitação do banco de dados

O banco de dados do LENAD II está disponível para qualquer pesquisador capacitado interessado em desenvolver trabalhos para publicação em revistas científicas.

A solicitação do banco ocorrerá a partir da submissão de uma proposta ao comitê de estatística.

Para evitar a desatualização do banco, cada proposta terá um prazo limite de 6 meses para submissão à revista de interesse, a partir da data da aprovação da proposta pelo comitê. O prazo limite para a publicação será de um ano, a partir do qual, o tema poderá ser reaberto para outros pesquisadores.

Todos os manuscritos deverão ser enviados para o comitê de estatística para a revisão das análises. Tal procedimento garante a consistência dos dados publicados por diferentes grupos.

As autorias das publicações deverão ser determinadas juntamente com a equipe do LENAD II.

II. Regras para submissão de proposta:

As propostas devem conter os seguintes tópicos:

- Tema
- Pergunta de pesquisa/Hipótese
- Plano de análise
- Revista de interesse
- Data de prevista para a submissão



REFERÊNCIAS

Referências Publicações LENAD I:

1. MADRUGA C. S., FERRI C. P., PINSKY I., BLAY S. L., CAETANO R., LARANJEIRA R. Tobacco use among the elderly: The first Brazilian National Survey (BNAS), *Aging And Mental Health* 2010: 14: 720-724.
2. MADRUGA C., LARANJEIRA R., CAETANO R., PINSKY I., ZALESKI M., FERRI C. P. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil – A national survey, *Addictive Behaviors* 2012: 37: 1171-1175.
3. CAETANO R., MADRUGA C., PINSKY I., LARANJEIRA R. Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados en Brasil, *Adicciones* 2013: 25: 287-293.
4. MADRUGA C. S., LARANJEIRA R., CAETANO R., RIBEIRO W., ZALESKI M., PINSKY I. et al. Early Life Exposure to Violence and Substance Misuse in Adulthood - The first Brazilian National Survey *Addictive Behaviors* 2011: 36: 251-255.
5. ZANOTI-JERONYMO D., ZALESKI M., PINSKY I., CAETANO R., FIGLIE N., LARANJEIRA R. Prevalence of physical abuse in childhood and exposure to parental violence in a Brazilian sample, *Cad Saude Publica* 2009: 25: 2467-2479.
6. ZANOTI-JERONYMO D., LARANJEIRA R., FIGLIE N. Effects of alcohol abuse on domestic violence against children: a bibliographical survey, *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008.
7. JUNGERMAN F., MENEZES P., PINSKY I., ZALESKI M., CAETANO R., R L. Prevalence of cannabis use in Brazil: Data from the I Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addictive Behaviors* 2009.
8. CASTRO-COSTA E., FERRI C., LIMA-COSTA M., ZALESKI M., PINSKY I., CAETANO R. et al. Alcohol consumption in late-life – The first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS), *Addictive Behaviors* 2008: 33: 1598-1601.
9. WOLLE C. C., SANCHES M., ZILBERMAN M. L., CAETANO R., ZALESKI M., LARANJEIRA R. R. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil, *Rev Bras Psiquiatr* 2011: 33: 367-373.
10. LARANJEIRA R., PINSKY I., SANCHES M., ZALESKI M., CAETANO R. Alcohol use patterns among Brazilian adults, *Rev Bras Psiquiatr* 2009.
11. ZALESKI M., PINSKY I., LARANJEIRA R., RAMISETTY-MIKLER S., CAETANO R. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian National Alcohol Survey, *J Interpers Violence* 2010: 25: 648-665.
12. PINSKY I., ZALESKI M., LARANJEIRA R., CAETANO R. [First national survey on patterns of alcohol consumption in the Brazilian population], *Rev Bras Psiquiatr* 2010: 32: 214-215.
13. POLANCZYK G., LARANJEIRA R., ZALESKI M., PINSKY I., CAETANO R., ROHDE L. A. ADHD in a representative sample of the Brazilian population: estimated prevalence and comparative adequacy of criteria between adolescents and adults according to the item response theory, *Int J Methods Psychiatr Res* 2010: 19: 177-184.



Referências Instrumentos e Método:

- Bradley, K. L., Bagnell, A. L., & Brannen, C. L. (2010). Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues Ment Health Nurs, 31*(6), 408-412.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med, 15*(1), 189-194. **Nenhuma entrada de índice remissivo foi encontrada.**
- Brugha, T. S., Morgan, Z., Bebbington, P., Jenkins, R., Lewis, G., Farrell, M., et al. (2003). Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households. *Psychological Medicine, 33*, 307-318.
- Caetano, R., Vaeth, P. A. C., Ramisetty-Mikler, S., & Rodriguez, L. A. (2009). The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey: Alcoholic Beverage Preference Across Hispanic National Groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33*(1), 150-159.
- Cuenca-Royo, A. M., Sanchez-Niubo, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., & Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav, 37*(6), 709-715.
- Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review, 19*(4), 451-455.
- Hallal, P. C., Dumith, S. C., Ekelund, U., Reichert, F. F., Menezes, A. M., Victora, C. G., et al. (2012). Infancy and childhood growth and physical activity in adolescence: prospective birth cohort study from Brazil. *Int J Behav Nutr Phys Act, 9*(1), 82.
- Hamby, S., Sugarman, D. B., & Boney-McCoy, S. (2006). Does questionnaire format impact reported partner violence rates?: An experimental study. *Violence Vict, 21*(4), 507-518.
- Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction, 97*(6), 727-731.
- Madrugá, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Ribeiro, W., Zaleski, M., Pinsky, I., et al. (2011). Early Life Exposure to Violence and Substance Misuse in Adulthood - The first Brazilian National Survey *Addictive Behaviors, 36*, 251-255.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug Alcohol Depend, 83*(1), 90-93.
- NHS Information Centre (2009). *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*. London, UK: NHS.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl, 22*(4), 249-270.