

**MARCOS JOSÉ BARRETO ZALESKI**

**1º LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE  
ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: METODOLOGIA, ESTUDO DA  
VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E CONSUMO DE ÁLCOOL  
DURANTE O EVENTO.**

**Tese apresentada à  
Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina  
para obtenção do  
título de Doutor em Ciências.**

**São Paulo  
2009**

Zaleski, Marcos José Barreto

**1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira: metodologia, estudo da violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento.**

Marcos José Barreto Zaleski. — São Paulo, 2009. xviii, 284 folhas.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Título em Inglês: I Brazilian National Alcohol Survey: methodology, study of intimate partner violence and alcohol consumption during the event.

1. Metodologia. 2. Padrão de consumo. 3. Violência entre parceiros íntimos.  
4. Pesquisa brasileira. 5. Álcool.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilana Pinsky

Co- orientador: Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

**MARCOS JOSÉ BARRETO ZALESKI**

**1º LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE  
ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: METODOLOGIA, ESTUDO DA  
VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E CONSUMO DE ÁLCOOL  
DURANTE O EVENTO.**

**Tese apresentada à  
Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina  
para obtenção do  
título de Doutor em Ciências.**

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilana Pinsky

Co- orientador: Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

**São Paulo  
2009**

**Marcos José Barreto Zaleski**

**1º LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE  
ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: METODOLOGIA, ESTUDO DA  
VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E CONSUMO DE ÁLCOOL  
DURANTE O EVENTO.**

**BANCA EXAMINADORA**

Presidente da banca: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ilana Pinsky

Examinadores:

Prof. Dr. Erico de Castro e Costa

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Pereira Lima

Prof. Dr. Renato Sérgio de Lima

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Cristina Pillon

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Regina Noto (suplente)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Ribeiro Caldas Ratto (suplente)

## DEDICATÓRIA

*À minha amada esposa Tânia  
Aos meus maravilhosos filhos Fernanda e Felipe  
Agradeço a Deus por ter vocês em minha vida*

## DEDICATÓRIA

*Aos meus Pais João (in memoriam) e Miriam  
Exemplos e lições de vida*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ilana Pinsky, pelo exemplo de competência e profissionalismo, pela paciência na orientação, e, em especial, pelo respeito e estímulo em todos os momentos. Tem sido um grande privilégio tê-la como orientadora.

Ao meu co-orientador, referência de ideal e caráter, Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, pelo apoio e amizade nas horas de dificuldade e incentivo ao saber e ao ensino. Os agradecimentos pelas muitas oportunidades e pela confiança na realização deste projeto.

Ao nosso consultor internacional, Prof. Dr. Raul Caetano, a admiração pela disponibilidade, grande capacidade de coordenação, liderança e, sobretudo, simplicidade. Agradeço em especial pelo suporte e orientação durante o período de convívio na Universidade do Texas.

Aos professores da Pós-graduação da UNIFESP, em especial ao coordenador, Prof. Dr. Jair de Jesus Mari, pelos ensinamentos.

Aos professores e pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas, pela recepção e capacidade de ensino.

À equipe de trabalho da Ipsos Opinion, especialmente ao coordenador, Paulo Cidade e ao estatístico, Marcos Sanches, pela atenção, experiência e capacidade.

À professora de estatística da equipe do Dr. Raul Caetano, Prof<sup>a</sup>. Dra<sup>a</sup> Suziannah Ramisetty-Mikler - ou Suzy, como é chamada - pela orientação na análise de dados e grande conhecimento.

A todos os colegas da pós-graduação da UNIFESP, em especial à Daniela Zanoti Jeronymo, pela troca de idéias e companheirismo.

À ex-secretária da pós-graduação, Vivianne Rocha, e à atual secretária, Thaís Marchi, pela gentileza e atenção.

A todos os funcionários da UNIFESP e da Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas em Dallas, que sempre contribuíram para uma convivência harmoniosa.

À grande amiga Ana Cecília Marques, pela coragem e solidariedade, especialmente nos momentos difíceis.

Aos colegas de trabalho que souberam compreender as dificuldades em conciliar a atividade médica e a vida acadêmica, em especial aos amigos João Ernani Leal e Marco Antônio Rocha.

Aos casais amigos de todas as horas, Silvana e André, Euza e Ênio, Márcia e Sérgio, Giovanna e Sérgio, representando os amigos, que certamente não conseguiríamos - minha esposa Tânia e eu - nominar a todos.

Ao meu irmão João e à minha cunhada Márcia, pelo carinho e compreensão.

Ciente de que seria impossível lembrar-me de todos os que me ajudaram, gostaria, através dos nomes da Rose e do Sr. Altino, agradecer a todos os colegas que trabalham ou são associados à UNIAD.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

### Artigo 1

Table 1. Self-representative cities .....	73
Table 2. Initial Response Rate obtained for the normal sample and the extra quota.....	74
Table 3. Arrangement of Interviews at the End of the Final Stage of Field Work by Region of the Country: Normal Sample (in percentage).....	75
Table 4. Events in the extra quota (in percentage.....	76
Table 5. Summary of the Final Response Rate.....	77

### Artigo 2

Table 1. Prevalence of any IPV, perpetration and victimization in the Past 12 Months.....	105
Table 2. Drinking During Intimate Partner Violence (IPV) Event in the Past 12 Months.....	106
Table 3. Bivariate association between Male to Female Perpetration Violence (MFPV) and Female to Male Perpetration Violence (FMPV) and Sociodemographic Factors.....	107
Table 4. Sociodemographic Predictors of Male to Female Perpetration Violence (MFPV) and Female to Male Perpetration Violence (FMPV) (OR and 95 Percent CI).....	108

### Artigo 3

Tabela 1. Prevalência de Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) nos Últimos 12 meses.....	129
Tabela 2. Consumo de Bebida Alcoólica Durante Evento de Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) nos Últimos 12 Meses.....	130

## SUMÁRIO

Dedicatórias.....	vi
Agradecimentos.....	viii
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xiv
Resumo.....	xvi
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1. Histórico do consumo de bebidas alcoólicas.....	1
1.2. O custo social do álcool.....	4
1.3. Padrões de consumo de álcool.....	8
1.4. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool .....	11
1.5 Considerações gerais do estudo metodológico.....	17
1.5.1 Convergência dos estudos sobre álcool.....	20
1.6. O 1º levantamento sobre os padrões de consumo de álcool na população Brasileira.....	21
1.6.1 O levantamento e o presente estudo.....	23
1.7. Objetivos .....	24
1.7.1 Objetivos gerais do 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de Álcool na População Brasileira.....	24
1.7.2. Objetivos específicos do presente estudo .....	25
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>28</b>
2.1. Cronograma de implantação do estudo.....	28
2.2. Metodologia do 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira.....	30

2.2.1. Amostra populacional e questionário utilizado.....	30
2.2.2. Estágios da amostra.....	32
2.3. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento.....	37
2.3.1. Métodos.....	37
2.3.2. Análise estatística.....	40
2.4. Cuidados éticos.....	41
2.5. Financiamento.....	41
<b>3. RESULTADOS &amp; DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
3.1. Disposição dos Resultados e Discussão em artigos.....	42
3.2. Artigos.....	43
3.2.1. Artigo 1: “ <i>I Brazilian alcohol survey: field work challenges</i> ” (“1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira: desafios do trabalho de campo”).....	45
3.2.2. Artigo 2: “ <i>Intimate Partner Violence and Contribution of Drinking and Sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey</i> ”.....	78
3.2.3. Artigo 3: “Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento: 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira.”.....	109
<b>4. CONCLUSÕES.....</b>	<b>131</b>
4.1. Metodologia do 1º levantamento sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira.....	131
4.2. Violência entre parceiros íntimos e o consumo de álcool durante o evento.....	133
4.3. Pontos fortes e limitações do estudo.....	135
4.4. Perspectivas futuras.....	137

<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>140</b>
5.1. Anexo 1: Aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo.....	141
5.2. Anexo 2: Carta de apresentação aos moradores.....	142
5.3. Anexo 3: Carta de apresentação aos síndicos de condomínios .....	143
5.4. Anexo 4: Carta-convite para estágio na Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas.....	144
5.5. Anexo 5: Questionário utilizado como instrumento do 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira.....	145
5.6. Anexo 6: Cartões-resposta e cartões com fotos (para visualização e identificação de doses de diferentes tipos de bebidas alcoólicas) utilizados no questionário.....	230
5.7. Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	268
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>269</b>
ABSTRACT.....	283

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABRABE	Associação Brasileira de Bebidas
APA	American Psychiatric Association
BNAS	Brazilian National Alcohol Survey
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEBRID	Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CI	Confidence Interval
CID 10	Classificação Internacional das Doenças da OMS, 10 <sup>a</sup> versão
DALY's	Disability Adjusted Life Years
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Text Revision
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
HMVP	Violência entre Parceiros de Homens contra Mulheres
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MHVP	Violência entre Parceiros de Mulheres contra Homens
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUDAAN	Software for Survey Data Analysis

UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
US\$	Dólar Norte-americano
UTSW	University of Texas Southwestern
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos
USA	United States of America
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
WHO	World Health Organization
$\chi^2$	Teste do chi quadrado

## RESUMO

**Introdução:** este estudo apresenta duas etapas distintas: a metodologia do 1º levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população Brasileira, seguida pela análise dos dados sobre violência entre parceiros íntimos (VPI) e consumo de álcool durante o evento.

**Objetivos:** descrever a metodologia do trabalho de campo e os desafios de sua realização. Analisar os índices de prevalência de violência entre parceiros íntimos (VPI) entre casais brasileiros, avaliando a contribuição do álcool e de fatores sócio-demográficos ao risco de VPI.

**Metodologia:** a metodologia foi desenhada para ter abrangência do território nacional, apresentando um perfil da população brasileira a partir de 14 anos de idade. A amostra populacional total foi composta por 2.522 indivíduos de 14 anos e mais, e uma cota extra de 485 indivíduos entre 14 e 17 anos de idade, totalizando 3.007 entrevistas, com a sub-amostra analisada para os dados de VPI foi composta por 1445 homens e mulheres casados ou vivendo em união estável. Foram selecionados aleatoriamente 143 municípios brasileiros totalizando 325 setores censitários. A amostra foi feita em 03 estágios. Estágio 1: sorteio sistemático dos municípios, selecionados probabilisticamente pelo método PPT (Probabilidade Proporcional ao Tamanho), sendo a população de cada município tomada como base para tal seleção. Estágio 2: seleção probabilística dos setores censitários também pelo mesmo método (PPT). Estágio 3: contagem e sorteio aleatório simples dos domicílios e sorteio do respondente, dentro dos domicílios sorteados. As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2005 e abril de 2006.

**Resultados:** a taxa de resposta final global obtida foi de 66%, variando de 80 a 56% nas diferentes regiões do Brasil. A maior parte dos casos de não-resposta estava associada a dificuldades no acesso a domicílios em condomínios fechados. Procedimentos especiais de trabalho-de-campo efetuados nas áreas de baixa taxa de resposta tiveram um efeito positivo, aumentando a taxa de resposta final global em cerca de 11 pontos percentuais. Com relação à aos dados de VPI, as análises indicaram uma prevalência de 10,7% de violência de parceiro íntimo homem contra mulher e uma prevalência de 14,6% de violência de parceiro íntimo mulher contra homem (incluindo episódios classificados como agressão mútua, somente perpetração e somente vitimização). Os homens consumiam álcool em 38,1% dos casos de VPI e mulheres em 9,2%. A parceira do homem consumia álcool em 30,8% dos atos de VPI e o parceiro da mulher em 44,6%. Foram encontradas associações bivariadas para fatores sócio-demográficos como idade e renda familiar (para ambos os sexos), e ainda para nível educacional com relação à violência perpetrada pela mulher. A análise de regressão logística indicou que o grupo a idade mais jovem (14-29 anos) é um significativo fator preditor tanto de perpetração de violência de parceiro homem contra mulher (HMVP) quanto de violência de parceiro mulher contra homem (MHVP). Além do mais, homens que informaram não ter religião têm maior envolvimento em HMVP quando comparado aos Católicos, o maior grupo religioso da amostra. Finalmente, foi observado que ser dona-de-casa é um fator protetor para MHVP, quando comparado ao grupo de mulheres empregadas.

**Conclusões:** o estudo apresenta uma metodologia pioneira nessa área e sua dificuldade de implantação em âmbito nacional, além de trazer um maior conhecimento do relacionamento dinâmico entre VPI e consumo de bebidas alcoólicas durante o evento. Esses dados fornecem importantes evidências científicas, auxiliando na implantação de políticas públicas para prevenção da violência, assim como para a prevenção e tratamento do uso abusivo do álcool e redução do seu custo social.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. HISTÓRICO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O histórico das bebidas alcoólicas mostra que o álcool serve a muitos propósitos individuais e na sociedade. O álcool pode ser ao mesmo tempo um alimento, uma droga, e um instrumento cultural e/ou religioso com significados simbólicos, além do seu uso medicinal em tempos antigos (Heath, 1984).

Os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelo ser humano datam de aproximadamente 6.000 a.C., com bebidas alcoólicas produzidas de forma artesanal. Passando pelo Velho Testamento da Bíblia – como na citação em que “Noé planta a videira e conhece a embriaguês” (Gênesis 9:20) - e pelas civilizações egípcia, grega e romana, vemos o consumo de álcool associado a diversas cerimônias religiosas e divindades, como Osíris, Dionísio - filho de Zeus - e Baco, deuses do vinho das culturas egípcia, grega e romana, respectivamente. Na mitologia grega, citações da Odisséia de Ulisses e da Ilíada, descritas por Homero, o álcool era elemento fundamental em rituais religiosos e também em festas pagãs ou da nobreza. As orgias do Império Romano, por exemplo, eram conhecidas como “Bacantes” (Lima, 2008).

Já na Idade Média, a cultura da uva se desenvolve, passando a servir de marcante referência cultural e comunitária, representando, como produto nacional, valores e peculiaridades da região. No entanto, as técnicas de produção e de armazenagem eram incipientes, o que tornava este produto pouco acessível, de baixa durabilidade e difícil estocagem. Apesar da escassa legislação existente, havia fatores sociais e econômicos suficientes para

controlar o consumo de álcool em larga escala, como a lei promulgada pelo rei da França, François I, que punia qualquer pessoa que fosse encontrada embriagada pelas ruas. (Monteiro & Levav, 2006).

Somente a partir do fim do século XVIII, com o início da Revolução Industrial - onde os “*pubs*”, tavernas e bares passam a integrar em grande número o ambiente urbano - é que o uso excessivo de bebidas alcoólicas passou a ser visto como uma doença ou desordem (Jerome, 1993).

No início do século XIX, surge nos Estados Unidos o movimento chamado “Temperança” com o objetivo de controlar o uso de álcool. Esse movimento estava estruturado nos conceitos morais da época. Paralelo a isso os médicos discutiam o conceito de doença versus moral (Babor, 1986). Isso levou a proibição da fabricação e do uso do álcool por meio da “Lei Seca” (1919-1932), gerando um movimento contrário que levou a revogação da Lei pelo presidente Franklin Roosevelt. A disponibilidade do álcool e problemas relacionados ao seu consumo abusivo proporcionou um estímulo a pesquisas sobre o alcoolismo (Fortes, 1975).

Os estudos científicos sobre a etiologia e tratamento do alcoolismo somente avançaram apenas na segunda metade do último século. Este fato deve-se, em parte, à crença de que a perda do controle na ingestão de substâncias etílicas estava relacionada a fraqueza de caráter ou questões de cunho moral. Tal crença foi a responsável pela fundação da Irmandade de Alcoólicos Anônimos (AA), no ano de 1935, na cidade de Akron, Ohio, Estados Unidos da América. Iniciada com apenas duas pessoas, esta irmandade conta

hoje com milhões de adeptos em todo o mundo, tendo como proposta reuniões periódicas em grupos de auto-ajuda, onde é sugerida a adoção de um sistema de recuperação conhecido como o “programa de doze passos” (VVAA, 1994).

O próprio conceito estruturado de alcoolismo foi inicialmente realizado não por um médico, mas sim por um assistente social da Universidade de Yale, cujo trabalho “O Conceito de Alcoolismo como Doença” é considerado um marco na abordagem desse transtorno (Jellinek 1960). Mais tarde, o psiquiatra inglês Griffith Edwards descreveu a Síndrome de Dependência do Álcool (Edwards, 1976). Suas observações serviram como base para o diagnóstico de alcoolismo feito pela Classificação Internacional de Doenças – CID - da Organização Mundial de Saúde - OMS, atualmente em sua décima versão (WHO, 1993), sendo também amplamente utilizado para este diagnóstico o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-R - da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2000).

Com o objetivo de estabelecer um uso mais preciso do termo “alcoolismo”, o Conselho Nacional de Alcoolismo e Dependência a Drogas Norte Americano criou um comitê para estudar a definição e critérios para o diagnóstico deste transtorno mental. O resultado deste estudo levou à seguinte definição: “O alcoolismo é uma doença primária, crônica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e manifestações”. A doença é freqüentemente progressiva e fatal. É caracterizada pela perda do controle sobre as doses ingeridas, preocupação com a droga ‘álcool’, uso do álcool apesar de conseqüências adversas e distorções do pensamento,

especialmente a negação da doença. Cada um destes sintomas pode ser contínuo ou periódico.” (Morse & Flavin, 1992).

## **1.2. O CUSTO SOCIAL DO ÁLCOOL**

Recentemente, pesquisadores vêm tentando mudar o conceito geral de que o álcool é um produto qualquer, como se fosse apenas um alimento comum. O álcool é um produto importante com uma cadeia complexa de distribuição e uma fonte considerável de emprego, mas os benefícios associados à produção, à venda e ao uso deste produto gera um custo enorme à sociedade (Edwards & Holder, 2000).

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que os custos atribuídos ao consumo de bebidas alcoólicas no gasto total da saúde pública na América do Sul giram em torno de 8% a 15%, sendo 4% a taxa mundial (WHO, 2004).

Os prejuízos causados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas vão muito além da dependência causada a um indivíduo, e que atinge de 10 a 12% da população mundial. Apesar de a dependência de álcool ser diagnosticada pelos médicos apenas se atingir os critérios mínimos da CID 10 ou do DSM IV, evidências recentes sugerem fortemente que graus leves de hábitos, abuso ou dependência estão largamente distribuídos na população e estão associados com um aumento de problemas, afetando a saúde pública de forma bastante significativa (Babor et al., 2003).

O desafio para a saúde pública é o de identificar políticas que reduzam a probabilidade de bebedores se tornarem dependentes, e por conseqüência,

reduzam os danos crônicos resultantes de padrões de comportamento do indivíduo, que geram grandes custos sociais.

Com o crescimento econômico de países em desenvolvimento como o Brasil, a indústria do álcool local se desenvolve, resultando em um aumento de disponibilidade e de consumo e um maior número de problemas relacionados ao álcool (Room et al., 2002).

O Brasil está situado em um modesto 63º lugar do uso per capita de álcool na faixa etária de 15 anos, entre 153 países. Porém, quando a OMS compara a evolução do consumo per capita entre as décadas de 1970 e 1990, em 137 países, o Brasil apresenta um crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas. Há um aumento do consumo de cervejas no país, da ordem de 3 a 5% ao ano com uma produção anual, estimada para 2005, de 9.884 milhões de litros (Galduróz & Caetano, 2004). A cachaça teve, em 2002, uma produção nacional de 1,3 bilhões de litros, dos quais 14,8 milhões de litros foram exportados. Já o consumo de vinho teve, em 2000, uma produção de 2,3 milhões de litros. Convém não esquecer da produção ilegal de bebidas alcoólicas em nosso país. A Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE), em 1984, estimava que quase metade do consumo de destilados no Brasil era produzida ilegalmente (Masur & Jorge, 1986). Dentre os fatores que influenciam o consumo de bebidas alcoólicas entre os mais jovens estão as estratégias de publicidade, especialmente entre os adolescentes (Hurtz et al., 2007).

Dados de pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo

(UNIFESP) entre estudantes do 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras, as bebidas alcoólicas são consumidas por mais de 65% dos entrevistados, estando bem à frente do tabaco. Dentre esses 50% iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade (Galduróz et al., 1997).

Em outro estudo conduzido pelo CEBRID em 1999, que incluiu as 24 maiores cidades de São Paulo, foi observado que o álcool tinha uma prevalência de 39,0%. No levantamento domiciliar nacional de 2001 e de 2005, este consumo se mantém (Carlini et al., 2002; Carlini, 2006).

Pesquisa nacional, realizada em serviços de emergência e institutos médico-legais de Brasília, Curitiba, Recife e Salvador apontou que, do total de 831 vítimas de acidentes de trânsito não fatais, houve positividade da alcoolemia em 61,4% dos casos (Nery Filho et. al., 1997). Um estudo analisou 130 processos de homicídios ocorridos entre 1990 e 1995, na cidade de Curitiba. Os resultados mostraram que 53,6% das vítimas e 58,9% dos autores dos crimes estavam sob efeito de bebidas alcoólicas no momento da ocorrência criminal (Duarte & Carlini-Cotrim, 2000).

Calcula-se que no ano 2000, o consumo de álcool estivesse relacionado à morte de uma pessoa a cada dois minutos nas Américas (Rehm & Monteiro, 2005).

Um levantamento apontou que aproximadamente 4.8% de todas as mortes neste continente possam ser anualmente atribuíveis ao álcool, comparado à estatística mundial de 3.2% (WHO, 2004).

O interesse no Brasil e na América Latina sobre políticas públicas vem aumentando. Álcool é o fator de risco mais importante na América Latina, entre 27 fatores estudados pela Organização Mundial da Saúde, à frente até mesmo do tabaco (Babor e Caetano, 2005) em relação à morbidade e mortalidade.

O conjunto de medidas que chamamos de políticas públicas sobre o uso de bebidas alcoólicas, foi definido por Babor e Caetano (2005) como, qualquer medida da parte de governo ou de grupos não-governamental para minimizar ou prevenir os problemas relacionados ao uso do álcool. As políticas podem envolver estratégias específicas, como por exemplo, restrições ao consumo de álcool por menores, ou alocação de recursos que refletem prioridades de ações preventivas ou de tratamento. Entre as várias estratégias e intervenções que são usadas temos: aumento do preço, regulação da disponibilidade física do álcool, modificação do contexto onde o beber ocorre, fiscalização do beber e dirigir, regulação da promoção do álcool, estratégias educacionais, tratamento e intervenções breves (Babor et al. 2003; Laranjeira & Romano, 2004).

A compreensão e o apoio da população são elementos imprescindíveis para o planejamento, o direcionamento e a implementação de políticas públicas sobre o uso de álcool. Além da adesão da opinião pública, a adoção dessas políticas pelos governantes deve estar baseada em evidências científicas e em consensos entre especialistas e autoridades. Enquanto algumas medidas dependem da aprovação de lei pelo Poder Legislativo, outras podem ser adotadas a partir de decisão política, de normas regulamentadoras ou atos administrativos do Poder Executivo.

Experiências em outros países já demonstraram que os danos e os custos sociais e econômicos relacionados ao uso de álcool podem ser reduzidos. Para isso são necessárias políticas capazes de diminuir a quantidade de álcool consumida e estratégias conducentes à mudança de comportamentos e contextos de consumo prejudiciais.

### **1.3. PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL**

O padrão de consumo de álcool é um aspecto relevante na avaliação inicial de qualquer paciente. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permite a observação de rituais de uso e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças.

Tradicionalmente, os países onde o consumo de álcool é permitido eram divididos em países “molhados” (culturas onde os índices de abstinência são baixos e onde o vinho é a principal bebida de escolha) e “secos” (abstinência é mais comum, mas aqueles que bebem costumam consumir em grandes quantidades). Essa tipologia vem perdendo força e sendo substituída por uma crescente homogeneização dos padrões do beber e das preferências por tipo de bebidas alcoólicas (Bloomfield et al., 2003). Atualmente, os pesquisadores direcionam sua atenção sobre outros comportamentos relacionados ao beber, como, por exemplo, a regularidade (frequência) com que se bebe e a quantidade do beber - em especial saber quanto se consome numa única ocasião. É na quantidade de doses tomadas em um único dia que o beber como lazer pode se transformar em uso nocivo do álcool, com danos para a saúde que vão da exposição a doenças ao risco de acidentes graves.

Beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo, é uma prática conhecida na literatura internacional como “*binge drinking*”, ou beber em “*binge*”. O termo é empregado no mundo todo para definir o “uso pesado episódico do álcool”. Esse é um tipo de beber mais perigoso e frequentemente associado a uma série de problemas, físicos, sociais e mentais (Naimi et al., 2003). Isso ocorre devido ao fato de que, durante o episódio desse tipo de beber, ocorrem importantes modificações fisiológicas e psicofarmacológicas (desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, incoordenação motora, etc.).

A quantidade que define o beber em “*binge*” foi estabelecida por inúmeros estudos em cinco doses para homens e quatro doses para mulheres, em um só dia (Brewer & Swahn, 2005). Beber nessas quantidades, ou acima delas, pode levar a intoxicações freqüentemente associadas a uma grande série de problemas. Os efeitos do beber em “*binge*” podem ser agravados de acordo com o peso da pessoa, a idade, a rapidez com que consome, o fato de ter se alimentado ou não, e, naturalmente, o número de doses que consumiu. Fatores sociais e psíquicos podem contribuir para esse agravamento, como o desemprego, a falta de perspectiva – especialmente entre os mais jovens – e conflitos familiares e de relacionamento. Em quase todos os países onde esse fenômeno foi estudado, o beber em “*binge*”, mesmo que esporádico, causa maior custos sociais e de saúde do que o uso contínuo e dependente (Makela et al., 2001; Miller et al., 2005).

Adolescentes que consomem bebidas alcoólicas podem ter conseqüências negativas tão diversas como problemas nos estudos, problemas sociais, praticar o sexo sem proteção e/ou sem consentimento, maior risco de suicídio ou homicídio e acidentes relacionados ao consumo (Faden, 2005). O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil só é legalmente permitido após os 18 anos de idade, no entanto a os empecilhos são pequenos para que os adolescentes comprem e consumam álcool (Romano et al., 2007).

Quanto ao padrão de consumo, a literatura revela que os adolescentes tendem a fazê-lo de forma pesada, apresentando episódios de “*binge*” (Kuntsche et al., 2004). Tal comportamento aumenta o risco de uma série de problemas sociais e de saúde, incluindo: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, acidentes de trânsito, problemas de comportamento, violência e ferimentos não intencionais (WHO, 2001). Um estudo realizado em São Paulo (SP) em 2000, com 1808 estudantes (993 de escolas públicas e 815 das privadas), mostrou que 25% dos estudantes tiveram pelo menos um episódio de “*binge drinking*” nos 30 dias anteriores à pesquisa (Carlini-Cotrim, et al., 2000).

Por mais que o consumo de álcool por adolescentes em nossa sociedade possa parecer banalizado (não é incomum a presença de bebidas alcoólicas em festas de adolescentes, patrocínios de bebidas alcoólicas - especialmente cerveja e bebidas ice), pesquisas demonstram que começar a beber em idade precoce é um fator muito importante que influenciará problemas futuros com o álcool (Maggs & Schulenberg, 2005).

Grande parte dos jovens de 14 a 17 anos vive uma transição de um estado de dependência dos pais para uma condição de autonomia pessoal. Eles estão, por isso mesmo, na fase de suas vidas em que mais carecem de apoio e quando mais desafiam essa ajuda. Seus cérebros, ainda em formação, são mais susceptíveis a agentes externos, como o álcool e demais substâncias psicotrópicas, e a diferentes fatores psicossociais. É quando a inserção no grupo se torna fundamental e o beber pode aparecer, por exemplo, como um meio de integração (Pinsky & Bessa, 2004).

Pelas particularidades desse grupo, a análise dos padrões de consumo inclui outras variáveis tão importantes quanto a frequência. Pesa muito a idade em que começam a beber, o número de doses que tomam em média a cada vez que bebem, e a quantidade de bebida ingerida nas ocasiões em que bebem muito.

O padrão de consumo de álcool entre os adolescentes é como uma fotografia de um momento de suas vidas. Mas a leitura desse retrato deverá ser feita também, e muito especialmente, em função dos anos que se seguirão.

#### **1.4. VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E CONSUMO DE ÁLCOOL**

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) vem sendo reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública. Estimativas com base em estudos populacionais realizados desde a última década indicam que aproximadamente 1 a 13% das mulheres sofrem agressões físicas pelos seus parceiros (marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro, namorado ou ex-namorado) anualmente. Embora algumas evidências apontem para o fato de que

as agressões de mulheres contra seus companheiros sejam tão ou mais prevalentes do que as agressões sofridas por elas (Schaefer et al., 1998; Straus, 1995; Straus & Gelles, 1990), as mulheres sofrem mais lesões e necessitam de cuidados médicos mais freqüentemente do que os homens (Browne 1993; Morse, 1995; Tjaden & Thoennes, 1998; Stets & Straus, 1990).

A maioria das pesquisas nesta área foi feita em países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos (EUA). Diversas pesquisas nacionais baseadas na população foram feitas nos EUA nas duas últimas décadas, incluindo: Pesquisa Nacional de Violência Familiar em 1975 e 1985; Pesquisa Nacional de Famílias e Lares em 1988 e 1993; Pesquisa Nacional de Violência Contra Mulheres em 1995; e Pesquisa Nacional Longitudinal de Casais em 1995 e 2000 (Field & Caetano, 2005). Na segunda Pesquisa Nacional de Violência Familiar, por exemplo, concluiu-se que 16% dos casais Americanos tinham passado por um ou mais tipos de VPI nos 12 meses antes das entrevistas. A maioria das agressões foi considerada violência leve (por exemplo, tapas, empurrão), mas aproximadamente em um terço dos eventos os casos foram relatados como graves (por exemplo, espancamento, estrangulamento, espancamento com um objeto, sexo forçado, ameaça com ou uso de uma faca ou arma de fogo). O mesmo estudo concluiu que o índice de violência entre parceiros de homens contra mulheres (HMVP) era semelhante ao de violência entre parceiros de mulheres contra homens (MHVP), conclusão alcançada em um estudo anterior em 1975 pelos mesmos autores, e depois confirmado por outros estudos (Archer, 2000; Straus & Gelles, 1990). Apesar de aparentemente

as mulheres perpetrarem violência tanto quanto seus parceiros masculinos, elas tem maior probabilidade do que homens de sofrerem ferimentos graves resultantes de HMVP (Lipsey et al., 1997; Weinsheimer et al., 2005). Um estudo relatou que aproximadamente 20% das visitas por trauma ao departamento de emergência e 25% dos homicídios de mulheres envolviam VPI (Rand & Strom, 1997). Sobretudo, estimativas de VPI, baseadas em pesquisas nacionais com base na população norte americana, conduzidas ao longo da última década, mostram que o índice de 12 meses de VPI entre casais varia entre 17 e 39%, com índices de HMVP e MHVP entre casais norte americanos de 13,6% e 18,2% respectivamente (Schaefer et al., 1998).

Pesquisas anteriores também estabeleceram uma associação positiva consistente entre problemas masculinos e femininos relativos ao álcool ou dependência alcoólica e VPI (Chase et al., 2003; Lipsky et al., 2004; Lipsky et al., 2005a; Lipsky et al., 2005b; Murphy et al., 2001; Ramisetty-Mikler, & Caetano, 2005; Thompson & Kingree, 2006; White & Chen, 2002). Estudos clínicos demonstraram que entre 50% e 60% dos indivíduos que buscam tratamento para o álcool registraram VPI no ano anterior (Murphy & O'Farrell, 1996). Alguns estudos demonstraram associações temporais entre o álcool e VPI em que as probabilidades condicionais de perpetração de HMVP fossem 8,94 vezes mais altas quando os homens bebiam, em comparação com dias sem consumo de álcool. As probabilidades também foram 18,54 vezes mais altas em dias de consumo elevado em comparação com dias sem consumo de álcool (Caetano et al., 2003). Estudos com a população geral indicam que uma

grande proporção de indivíduos está bebendo quando a violência ocorre, e que bebedores pesados (“*heavy drinkers*”), consumidores sem controle e aqueles que registram problemas relacionados ao álcool têm maior probabilidade de se envolverem em relacionamentos violentos do que aqueles que se abstêm ou bebem com moderação. Por exemplo, entre casais que relatam VPI masculino moderado, 34% dos homens e 16,1% das mulheres tinham registrados problemas relacionados ao álcool nos 12 meses anteriores. Esses problemas eram maiores entre casais que registraram VPI masculino severo, em que quase metade dos homens e um quarto das mulheres relataram problemas relacionados ao álcool no ano anterior. Em contraste, os índices mais baixos de problemas relacionados ao álcool foram encontrados nos casais que não registraram nenhum episódio de VPI nos 12 meses anteriores (Cunradi et al., 2002a).

Pesquisas anteriores mostraram que aqueles com problemas relacionados a álcool têm maior probabilidade de registrarem VPI do que aqueles sem problemas, independentemente se a violência foi perpetrada pelo homem ou pela mulher (Caetano et al., 2001). Estimando a associação entre a quantidade de álcool consumido e episódios de VPI, um estudo recente descobriu que toda a perpetração de HMVP e MHVP aumenta significativamente com uma frequência de consumo de cinco ou mais doses por ocasião (Caetano et al., 2005). Em geral, os homens haviam consumido álcool durante eventos de IPV entre 6 e 57% das ocasiões, e a mulheres entre 10 e 27% das ocasiões (Roisen, 1993).

O papel de fatores sócio-demográficos como idade, renda familiar, emprego, religião e educação também tem sido estudados (Cunradi et al., 2002b). Uma maior prevalência de VPI foi observada entre casais jovens, menos nível sócio-econômico e aqueles que vivem em áreas ou bairros mais pobres. (Sutor et al., 1990; Cunradi et al., 2000; Field & Caetano, 2005). Por outro lado, estudos anteriores demonstraram que donas de casa e homens que freqüentam igrejas tem menor risco de envolvimento em episódios de VPI, tanto como agressores quanto como vítimas (Kalmuss & Straus, 1990; Cunradi et al., 2002c).

A associação entre características sócio-demográficas, o uso de álcool e VPI é bem conhecida em países como os EUA. No entanto, isto não é tão verdadeiro quando se trata de nosso País, onde nenhum estudo em âmbito nacional e que represente o perfil da população brasileira investigou essa associação até a presente data. Além do mais, embora a ocorrência de VPI exista em todos grupos étnicos nos EUA, alguns grupos apresentam maior prevalência do que outros (Caetano et al., 2001; Caetano et al., 2007). Diferentemente dos norte-americanos, nossa população é conhecida por sua única mistura de raças, o que dificulta a identificação e o estudo de minorias raciais, excetuando-se a população indígena. No entanto, como um estudo nacional, seria importante realizar esse tipo de pesquisa para se comparar a cultura de pessoas de diferentes regiões e mesmo de diferentes países. No Brasil, por exemplo, órgãos oficiais governamentais não podem se basear somente em estudos clínicos ou em pesquisas internacionais para estabelecer

políticas públicas de prevenção para VPI, uma vez que foram poucos os estudos de VPI conduzidos e publicados no Brasil, a maioria deles trata de violência contra mulheres, como por exemplo, relatórios de VPI dos dados de emergência de hospitais locais e atos de violência cometidos pelo parceiro durante gravidez (Deslandes et al., 2000; Moraes & Reichenheim, 2002). Em uma pesquisa recente conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 24.097 mulheres foram entrevistadas em 10 países, cidades e áreas rurais, incluindo o Brasil (1.172 mulheres na maior cidade, São Paulo, e 1.473 na Zona da Mata - estado de Pernambuco, uma área rural e pobre do Nordeste do país). Os resultados encontrados mostram uma prevalência ao longo da vida de violência física por parceiros em 40% dos casos em São Paulo e 37% na Zona da Mata. A pesquisa também encontrou índices de violência sexual e física combinados de 29% e 37% em São Paulo e Zona da Mata, respectivamente (Garcia-Moreno, 2006). Em um recente estudo populacional transversal conduzido em 15 capitais estaduais Brasileiras e o Distrito Federal, foram entrevistadas 6.760 mulheres com mais de 15 anos, e os resultados evidenciaram 21,5% e 12,9% da violência de parceiro homem contra mulher (HMVP) e violência de parceiro mulher contra homem (MHVP), respectivamente (Reichenheim et al., 2006).

Apesar da forte evidência científica de que o consumo de álcool está relacionado ao maior risco de VPI, nenhum estudo populacional em nível nacional no Brasil investigou essa associação até o presente momento.

## **1.5. CONSIDERAÇÕES GERAIS DO ESTUDO METODOLÓGICO**

Estudos com amostra probabilística, um dos melhores métodos para analisar a forma como o álcool e outras substâncias afetam a saúde e o bem-estar social de uma população como um todo, são muito utilizados na literatura internacional (Bersamin et al., 2005; Caetano & Cunradi, 2003; Caetano et al., 2003; Heeb & Gmel, 2005; Kelleher et al., 1994).

Uma amostra probabilística é aquela selecionada de forma que cada pessoa na população tenha uma chance de seleção para a amostra, e que cada indivíduo da amostra tenha uma chance conhecida de ser selecionado (Cochran, 1977; Kish, 1965). Esta metodologia proporciona uma amostra representativa, permitindo, sem viés, respostas a perguntas chaves (Shapiro et al., 1999).

Os melhores estudos em âmbito nacional que temos até o momento sobre consumo de álcool foram produzidos por um centro de pesquisas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (Carlini et al., 2002; Carlini, 2006; Galduróz & Noto, 2000). O tipo de amostra utilizada nesses estudos de excelente qualidade apresenta um fator limitador pelo fato de que, apesar de utilizar também amostras probabilísticas, não apresentam um estudo que tenha como amostra a população nacional como um todo, ou seja, sem restrições quanto ao porte dos municípios, áreas urbanas ou rurais ou com poucos critérios de exclusão com respeito a um perfil populacional específico.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em parceria com a

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, realizou o 1º Levantamento sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. O levantamento foi inédito no País, não só pela abrangência dos temas abordados, mas também pela representatividade da amostra, que possibilitou uma ampla coleta de informações. Antes de sua descrição, seguem alguns dos principais e mais amplos levantamentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas, já realizados no Brasil.

Fica claro nos estudos epidemiológicos realizados até o momento que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, particularmente entre os jovens, é um importante problema de saúde pública. Dados para apoiar esta afirmação têm origem em uma série de levantamentos entre estudantes (Galduróz et al., 2004; Galduróz & Noto, 2000); em pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua (Noto et al., 1998; Noto et al., 2004); e em dados sobre internações hospitalares (Noto et al., 2002); além de levantamentos domiciliares conduzidos em 1999, 2001 e 2005 (Galduróz et al., 2000; Carlini et al., 2002; Carlini, 2006), sendo todos conduzidos recentemente por pesquisadores do CEBRID.

Os resultados do IV levantamento sobre o consumo de álcool e drogas entre estudantes do 1º e 2º graus da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras, conduzido em 1997, demonstram um uso na vida de álcool (definido como qualquer consumo em qualquer momento da vida) de 65% para todos os estudantes, sendo que 41% das crianças entrevistadas da faixa etária entre 10 e

12 anos já tinham experimentado bebidas alcoólicas ao menos 1 vez na vida. Além disso, o uso pesado (definido como 20 vezes ou mais no último mês) foi de quase 7% (com um pico de quase 9% em Salvador), o que é uma razão para preocupação (Galduróz & Noto, 2000). O consumo freqüente de bebidas alcoólicas (definido como 6 ou mais vezes no último mês) aumentou nos quatro primeiros levantamentos e foi de cerca de 11% em 2001 (Galduróz et al., 2004).

Por meio de um acordo entre o Ministério da Saúde, o CEBRID recebeu, desde 1988, informações sobre hospitais em todo o País que admitem pacientes com transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas. Embora aproximadamente 450 hospitais devessem enviar informações sobre seus pacientes – incluindo sexo, idade e diagnóstico –, apenas cerca da metade em média (variação: 35,5%-79,6%) o fizeram. No estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999, foram relatadas 44.680 admissões, das quais 84,5% referentes a bebidas alcoólicas (Noto et al., 2002).

A primeira publicação sobre pesquisa domiciliar realizada em 1999 no Brasil forneceu dados sobre 24 cidades com mais de 200.000 habitantes no Estado de São Paulo. Mais uma vez, as bebidas alcoólicas ocuparam o topo da lista das substâncias psicotrópicas utilizadas. Entre os adolescentes de 12-17 anos, o uso na vida foi de 35% e 2% desses jovens relataram ter tido problemas com o consumo de álcool (Galduróz et al., 2003a). Essas diferenças são um pouco menores do que as apresentadas nos levantamentos de estudantes e provavelmente são devidas às diferenças metodológicas entre as pesquisas. Em 2001 foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas

Psicotrópicas no Brasil em 107 cidades com mais de 200.000 habitantes, representando cerca de 39% da população brasileira. O uso na vida de álcool foi de 48% entre os adolescentes de 12-17 anos e de 73% para os jovens de 18-24 anos. Problemas relacionados ao consumo de álcool foram relatados por 4% e 10% dos entrevistados nas faixas etárias de 12-17 e 18-25 anos, respectivamente (Carlini et al., 2002). Um artigo comparando esses dois levantamentos domiciliares (que foram realizados utilizando-se de metodologia semelhante) analisou todas as faixas etárias e concluiu que o uso na vida de bebidas alcoólicas aumentou durante os dois anos de diferença na realização dessas pesquisas. (Galduróz et al., 2003a). Em 2005, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País, realizado pela SENAD em parceria com o CEBRID, apontou que houve aumento de consumo de bebidas alcoólicas pela população brasileira nos últimos quatro anos. O uso na vida de álcool foi de 54,3% entre os adolescentes de 12-17 anos e de 78,6% entre os jovens de 18 a 24 anos. Problemas relacionados ao consumo de álcool foram relatados por 5,7% e 12% dos entrevistados nas faixas etárias entre 12 e 17 anos e entre 18 e 24 anos, respectivamente (Carlini, 2006).

#### **1.5.1. Convergência dos estudos sobre álcool**

Além das pesquisas de base populacional descritas acima, outras mostram que existe uma grande série de problemas no Brasil relacionados ao consumo de álcool. Pesquisa realizada em duas cidades brasileiras demonstrou a facilidade com a qual os adolescentes conseguem comprar bebidas alcoólicas,

apesar de ser a venda a essa população ser um ato ilegal (Romano et al., 2007). Um estudo conduzido na cidade de Diadema e publicado no *American Journal of Public Health*, mostrou que o álcool estava relacionado à violência urbana e que, com a medida de fechamento dos bares às 23 horas naquele município, houve uma substancial redução dos homicídios (Duailib et al., 2007). Como já referido anteriormente, a relação entre álcool e violência foi também demonstrada em outro estudo (Duarte & Carlini- Cotrim,2000).

Um aspecto importante dessa convergência de dados é que existem diferenças significativas entre homens e mulheres. Um relatório recente sobre a América Latina (World Bank, 2002) revelou como os homens tendem a beber mais e a ter maiores prejuízos em relação ao álcool, enquanto as mulheres sofrem mais com a violência relacionada a seu consumo. Esse relatório aponta uma série de políticas que deveriam ser implementadas para diminuir o custo social do álcool, e levar em consideração as diferenças entre os gêneros. Esses e muitos outros estudos demonstram que o álcool é um problema de saúde pública no Brasil e que necessita de intervenções vigorosas por parte da sociedade e dos diferentes níveis de governo.

#### **1.6. O 1º LEVANTAMENTO SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Atualmente, 66% da carga de doenças em nosso País deve-se a patologias não-transmissíveis, estimando-se que 07 fatores de risco passíveis de prevenção, entre eles o álcool e o tabaco, respondam por 53% de todas as mortes e por 30% do indicador de saúde *Disability Adjusted Life Years* - DALYs

- referente ao percentual de anos que são perdidos razão de doença ou mortalidade precoce (World Bank, 2005; Murray, 1994). Apesar da mudança no padrão das doenças diagnosticadas nos últimos anos, como consequência da urbanização, melhorias nos cuidados de saúde, mudanças no estilo de vida e globalização, os dados existentes no Brasil sobre o impacto social do álcool são escassos.

Mesmo com todos esses levantamentos apresentados acima, e de vários outros que estudaram populações mais específicas, até o presente momento não existe no Brasil um retrato preciso da população geral em relação aos padrões de consumo de álcool. Não sabemos a quantidade, frequência, local e tipos de problemas relacionados com o álcool para as diferentes faixas etárias, diferentes estados e regiões.

A atual pesquisa é importante por ser a primeira a traçar um perfil de todo o território nacional, na qual o governo federal em conjunto com pesquisadores universitários, investigou em detalhes como o brasileiro ingere bebidas alcoólicas, o que ele pensa sobre as políticas sobre o álcool, quais são os problemas associados com o seu uso no Brasil e quantos brasileiros abusam ou são dependentes do álcool.

Foram entrevistadas 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultas com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos. Essas pessoas foram escolhidas por meio de um método estatístico que garante que as informações colhidas refletem a população brasileira como um todo. O levantamento tem como

proposta oferecer um panorama nacional sobre os padrões de consumo de bebidas alcoólicas do brasileiro, respondendo a perguntas como:

1. Qual é o índice nacional de abstinência do consumo de bebidas alcoólicas?
2. Quando os brasileiros começaram a consumir álcool regularmente?
3. Quanto os brasileiros costumam beber?
4. Com que frequência bebem?
5. Será que este padrão varia por sexo ou região ou todos bebem o mesmo?
6. Quantos, entre os brasileiros, apresentam problemas ao beber e quais são esses problemas?
7. Quantos são dependentes de bebidas alcoólicas ou dirigem alcoolizados?

#### **1.6.1. O levantamento e o presente estudo**

Para esse trabalho, tive a honra de ser convidado pelo Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira e pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilana Pinsky, participando, sob a supervisão do Prof. Dr. Raul Caetano, reitor da Escola de Saúde Pública da Universidade do Sudoeste do Texas - UTSW, da coordenação do projeto, desde o seu planejamento inicial, passando pelo desenvolvimento e adaptação do complexo questionário utilizado na pesquisa e sua aplicação, e ainda da elaboração de estudos oriundos das análises de dados, em conjunto com diversos pesquisadores de todo o País. Para tal análise foi fundamental o estágio realizado, durante o primeiro semestre do ano de 2007, na UTSW. Com o apoio da equipe do Prof. Caetano, nesse período foi possível a análise dos resultados obtidos na pesquisa.

De todos os desdobramentos do 1º levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, a presente tese pretende apresentar os detalhes e dificuldades de implantação de sua metodologia e também a analisar parte de seus dados, mais especificamente relacionada a um tema de grande preocupação de saúde pública: o da violência doméstica entre parceiros íntimos e o consumo de álcool.

## **1.7. OBJETIVOS**

### **1.7.1 Objetivos gerais do 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**

A. Realizar um estudo transversal com uma amostra representativa da população brasileira, através de amostra probabilística em múltiplos estágios.

B. Desenvolver um instrumento com parâmetros objetivos para avaliar dados sócio-demográficos (idade; sexo; renda; educação; emprego; nascimento; religião e regiões do País, entre outros); nível de abstinência; padrões de consumo - frequência e quantidade de bebidas alcoólicas de forma geral e especificadas por tipo de bebida (cerveja, vinhos, destilados e bebidas do tipo “ice”); impacto relacionado com o álcool entre jovens e demais faixas etárias da população; idade de início; número de doses ao dia e maiores doses na vida; número de vezes que bebeu 5 ou mais doses; dirigir alcoolizado; efeitos prejudiciais do beber; problemas com o álcool; abuso/dependência de álcool de acordo com critérios do Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, 10ª versão – CID 10, e ainda seções sobre o apoio da população às políticas públicas; escala de depressão; uso de outras drogas

psicoativas; experiência com problema com álcool por parte de outras pessoas; violência entre parceiros íntimos, familiar e na infância; tabagismo; relação com jogo e questões sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

C. Realizar um perfil mais detalhado da população adolescente entre 14 e 17 anos completos, em relação ao consumo de álcool e fatores relacionados.

### **1.7.2. Objetivos específicos do presente estudo**

#### **A. 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira: desafios do trabalho de campo**

A.1 Descrever a metodologia do estudo.

A.1.1. Descrição da amostra populacional maior de 18 anos e cota extra de adolescentes entre 14 e 17 anos de idade.

A.1.2. Apresentação dos tópicos do questionário utilizado.

A.1. 3. Distribuição geográfica da amostra.

A.1.4. Descrição dos estágios da amostra.

A.2. Apresentação das dificuldades na implantação do estudo.

A.2.1. Descrever as fases do trabalho de campo e respectivas taxas de resposta obtidas.

A.2.2. Descrever os problemas encontrados no trabalho de campo.

A.3 Discutir a importância do estudo para implantação de políticas públicas para a redução do custo social do álcool, e também para a prevenção e tratamento do abuso e dependência em nosso País.

**B. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento.**

B.1 Apresentar os dados sobre a prevalência de violência entre parceiros íntimos (VPI) e sua associação com gênero.

B.1.1 Apresentar dados de prevalência de tipos de episódios de VPI (atos leves ou graves - com seus respectivos subtipos de atos de VPI).

B.1.2. Apresentar dados de prevalência perpetração e de vitimização de violência de parceiro homem contra mulher (HMVP) e violência de parceiro mulher contra homem (MHVP), além de dados sobre agressão mútua.

B.2. Estudar a contribuição do consumo de bebidas alcoólicas durante o evento de VPI e sua associação com gênero.

B.2.1. Apresentar a prevalência de consumo de álcool pelo respondente do sexo masculino ou feminino em episódios de VPI.

B.2.2. Apresentar a prevalência de consumo de álcool pelo parceiro do respondente do sexo masculino ou feminino em episódios de VPI.

B.2.3. Apresentar dados de prevalência da perpetração e da vitimização de violência de parceiro homem contra mulher (HMVP) e violência de parceiro mulher contra homem (MHVP), além de agressão mútua, para os casos em que houve consumo de álcool durante o evento de VPI.

B.3. Demonstrar a associação de HMVP e de MHVP com fatores sócio-demográficos (idade, renda familiar, situação de trabalho, nível educacional, religião e região do País).

B.3.1. Analisar fatores sócio-demográficos preditores de HMVP e de MHVP .

B.3.2. Coletar dados científicos para um conhecimento maior do relacionamento dinâmico entre VPI e consumo de álcool.

B.3.3. Discutir as implicações dos achados para implantação de políticas públicas de prevenção à violência doméstica e contra a mulher - mais especificamente a violência entre parceiros íntimos - no Brasil.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

A apresentação da metodologia será dividida em três partes: cronograma da implantação do estudo; metodologia do 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira e do estudo sobre violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento. Ao final, dois pequenos tópicos sobre cuidados éticos e financiamento.

### 2. 1.1. Cronograma de implantação do estudo.

Para desenvolvimento do estudo foi estabelecido um cronograma, bem planejado e cumprido dentro do prazo esperado. Apresentamos abaixo as etapas realizadas:

#### A. Março de 2004 a Março de 2005.

- Adaptação dos questionários internacionais e definições das variáveis a serem pesquisadas.
- Definição da amostragem da população geral brasileira e estratégia para as entrevistas.
- Contrato de empresa especializada na coleta de informações da população brasileira e treinamento desses profissionais.

#### B. Março de 2005 a Setembro de 2005.

- Aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo (CEP 1672/04 – Anexo 1).

- Reuniões periódicas com os coordenadores do estudo - Prof. Dr. Ronaldo Iaranjeira e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilana Pinsky, para as revisões finais do questionário.

C. Setembro a Outubro de 2005.

- Elaboração de cartas de apresentação dirigidas aos moradores e síndicos de condomínios a serem visitados (Anexos 2 e 3).
- Estudo piloto qualitativo com 50 pessoas para testar a compreensão das perguntas.

D. Novembro de 2005 a Abril de 2006.

- Trabalho de campo para coleta de dados amostrais.

E. Maio e Junho de 2006.

- Elaboração e apresentação interna de relatório do projeto apresentando os primeiros dados sobre o perfil da população brasileira em relação aos padrões de consumo de álcool.

F. Julho a Setembro de 2006.

- Tabulação dos dados coletados e desenvolvimento de pesos para análise estatística.
- Análise estatística dos dados coletados e desenvolvimento de tabelas simples para divulgação dos dados.

G. Setembro a Dezembro de 2006.

- Reuniões sistemáticas da equipe de coordenação para início da elaboração dos primeiros artigos a serem submetidos para publicação.

H. Janeiro de 2007 a Maio de 2007.

- Estágio na Escola de Saúde Pública da Universidade do Sudoeste do Texas (University of Texas Southwestern - UTSW), na cidade de Dallas, Texas, EUA, para análise dos dados do estudo sob a supervisão da equipe do Dr. Raul Caetano (Anexo 4).

I. Maio de 2007 até o presente.

- Submissões e revisões dos artigos para os periódicos aos quais foram submetidos.

## **2.2. Metodologia do 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**

### 2.2.1. Amostra populacional e questionário utilizado

A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, inclusive áreas rurais. Não foram incluídas na amostra populações indígenas que vivem em aldeias. A pesquisa também não abrange residentes em território brasileiro que não falam a língua portuguesa, deficientes mentais e outros deficientes incapacitados de responder ao questionário.

A amostra foi composta por 2.522 entrevistas com a população geral de 14 anos ou mais, com um erro amostral de aproximadamente 2% para um nível de confiança de 95%, e uma cota extra de 485 entrevistas com a população específica formada por pessoas entre 14 e 17 anos completos, denominadas de

adolescentes, esta com um erro amostral de aproximadamente 4% para um nível de confiança de 95%. Ao todo foram realizadas 3.007 entrevistas em 143 municípios espalhados pelo Brasil. Do total de 3.007 entrevistas, 2.346 foram realizadas com adultos de 18 anos ou mais e 661 com adolescentes - uma vez que haviam 176 adolescentes entre as 2.600 pessoas da amostra normal.

As entrevistas tiveram como instrumento uma versão do questionário usado no Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey - HABLAS (Caetano et al., 2008), que foi desenvolvido pela equipe do Dr. Raul Caetano, da Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas em Dallas (EUA). O questionário foi traduzido pelos coordenadores da pesquisa e passou por um processo de adaptação à realidade sócio-cultural da população brasileira (Anexo 5). Esse questionário foi composto pelas seguintes seções: dados sócio-demográficos (idade; sexo; renda; educação; emprego; nascimento; religião e regiões do País, entre outros); nível de abstinência; padrões de consumo - frequência e quantidade de bebidas alcoólicas de forma geral e especificadas por tipo de bebida (cerveja, vinhos, destilados e bebidas “ice”); impacto relacionado com o álcool entre jovens e demais faixas etárias da população; idade de início; número de doses ao dia e maiores doses na vida; número de vezes que bebeu 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais doses para homens (padrão de beber em “binge”); dirigir alcoolizado; efeitos prejudiciais do beber; problemas com o álcool; abuso/dependência de álcool de acordo com critérios do “*Composite International Diagnostic Interview*” (CIDI, WHO, 1989) e ainda seções sobre o apoio da população às políticas públicas; escala de depressão; uso de outras

drogas psicoativas; experiência com problema com álcool de outras pessoas; violência entre parceiros íntimos, familiar e na infância; tabagismo; relação com jogo e questões sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Para facilitar sua aplicação, foram desenvolvidos cartões para que o entrevistado pudesse visualizar e ler as muitas opções de respostas existentes algumas questões além de fotos para questões relativas a doses ingeridas e tipos de bebidas (Anexo 6).

A abordagem foi feita pessoal e individualmente por uma equipe de entrevistadores da empresa contratada Ipsos Opinion, tendo a duração média de 53 minutos. Todos os entrevistados assinaram o consentimento informado antes da entrevista (Anexo 7). Foram fiscalizados 20% dos questionários executados por cada entrevistador para verificação de cuidado na aplicação do questionário e adequação do entrevistado às variáveis amostrais. Os questionários, em sua totalidade, foram checados quanto à consistência e ao seu preenchimento.

### 2.2.2. Estágios da amostra

A amostra foi estratificada, em três estágios, sendo que em todos os estágios a amostra foi sorteada de forma probabilística.

#### A. Estágio 1: Seleção de Municípios

O primeiro estágio contemplou a escolha dos municípios. Para tal foi feita inicialmente uma classificação dos municípios de cada região por porte e renda. O cruzamento de porte com região foi considerado como estrato, sendo que dentro de cada célula desse cruzamento os municípios foram sorteados separadamente.

Segundo estimativas do IBGE (IBGE, 2002), o Brasil tinha em 2000 (último ano com dados disponíveis) 176.518.443 habitantes. Em nossa amostra sistemática, com sorteio dos pontos com probabilidade proporcional ao tamanho da população, a metodologia determinou - com base em experiência anterior da Ipsos - a escolha de 163 pontos amostrais primários, e dentro de cada um deles foram sorteados 2 setores censitários. Setores censitários são pequenas unidades de área criadas e demarcadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - em cada município Brasileiro. Existem no Brasil 5.507 municípios e um total de 215.811 unidades censitárias em todos estes municípios (IBGE, 2004; IBGE 2002). Ou seja, escolhemos um ponto amostral primário a cada 1.082.935 habitantes (176.518.443 habitantes / 163 pontos). Assim, todos os municípios com população maior do que essas entraram na amostra, independente de sorteio. A estes municípios chamamos de *municípios auto-representativos*, pois eles não precisam ser sorteados.

A inclusão de municípios com larga população como auto-representativos foi feita de forma a proteger a amostra contra viés. Ou seja, grandes municípios são muito importantes do ponto-de-vista de representação da população nacional, e foram incluídos na amostra para que esta fosse representativa. Se os municípios não fossem automaticamente incluídos e na seleção de municípios eles não fossem sorteados, a amostra teria uma probabilidade grande de apresentar um viés.

Esses municípios juntos têm uma população de 36.668.973 habitantes, que equivale proporcionalmente a 67 dos 325 setores censitários que devem ser

sorteados. Os 67 setores censitários foram distribuídos proporcionalmente entre os 14 municípios. Restaram 258 setores censitários para serem distribuídos entre os demais municípios do Brasil. Como cada município deve ter 2 setores censitários, sorteamos 129 municípios dentre os 5.493 municípios restantes (258 setores/2 setores por município).

O sorteio destes 129 municípios foi feito com estratificação pelas seguintes variáveis: 05 Regiões Administrativas, 05 Faixas de Porte (nº de habitantes), 05 Faixas de Renda e ainda o índice de Urbanização, também com 05 faixas, com um total de 625 estratos. Dessa forma o número de estratos possíveis certamente excederia os 129 municípios a serem sorteados. Uma solução para estes casos foi utilizar certas variáveis como estratos implícitos, isto é, a representatividade da amostra foi assegurada por estas variáveis, mas não distribuimos formalmente a amostra dentro de cada estrato originado destas variáveis.

Assim, definiu-se a Região Administrativa e o Porte como variáveis de estratificação explícita. Dentro de cada região foram criadas 05 faixas de porte de forma que cada faixa tivesse aproximadamente a mesma população. E cada cruzamento de Região e Porte foi definido como um estrato, sendo a amostra distribuída dentro de cada estrato proporcionalmente a sua população.

Uma vez tendo definido o número de municípios em cada estrato, partimos para o sorteio aleatório dos municípios dentro dos estratos, com estratificação implícita de *renda média familiar* e *índice de urbanização*. Aqui o

índice de urbanização foi específico para cada município e definido como a proporção da população do município que vive na área urbana.

Devemos ter pelo menos duas entrevistas pessoais por estrato para possibilitar o cálculo da variância e ao mesmo tempo evitar uma quantidade muito grande de estratos, o que aumenta os custos de análises e distribuição da amostra. Ainda, a partir de certo ponto, o aumento no número de estratos em geral não produz efeito significativo na diminuição da margem de erro (Kish, 1965).

#### B. Estágio 2: Seleção de setores censitários

Feito o sorteio dos municípios e verificado que todos eram acessíveis e sem nenhum tipo de comprometimento com a qualidade do trabalho ou risco para o entrevistador, o segundo estágio foi o sorteio dos setores censitários dentro de cada município selecionado na amostra. Para cada setor censitário existiam informações sobre a população ali residente e algumas de suas características sócio-demográficas. Nos municípios maiores, com população acima de 500.000 habitantes, fez-se uma primeira estratificação dos setores censitários quanto ao seu perfil em termos de infra-estrutura. Esta segmentação foi conduzida sobre os valores de uma análise fatorial feita com as principais informações de infra-estrutura do setor. Dentro destes segmentos os setores foram ordenados pela renda média do responsável. As duas estratificações foram implícitas, sendo os setores de cada município apenas ordenados por estas variáveis antes do sorteio sistemático com probabilidade proporcional à população em 2000 (IBGE, 2001). Nos municípios menores, com população

abaixo de 500.000 habitantes, foi feita uma única estratificação implícita através da ordenação dos setores segundo o número de pessoas por domicílio. No total foram sorteados 325 setores censitários dentro dos 143 municípios previamente selecionados para a amostra.

### C. Estágio 3: Seleção do domicílio e respondente

No terceiro estágio houve a seleção do domicílio seguida pela do morador. Para o sorteio do domicílio, foi utilizada uma tabela de números aleatórios, depois de todos os domicílios de cada setor censitário terem sido contados e numerados. Finalmente, foi realizado o sorteio do morador. Dentro do domicílio sorteado foi feito o arrolamento dos moradores elegíveis e selecionado o respondente pela data de aniversário futuro mais próxima. O entrevistador foi orientado para, no caso de o morador não ser encontrado na primeira visita, retornar por até 04 vezes, em dias e horários diferentes. Em alguns casos, houve necessidade de um maior número de retornos para a realização da entrevista, já que o número máximo de retorno não foi fixado e a prioridade principal era encontrar a pessoa sorteada. Considerando a primeira fase de campo, tivemos uma média de 2,04 voltas por domicílio, com cerca de 15% dos domicílios recebendo 04 retornos ou mais.

A amostra específica para adolescentes entre 14 e 17 anos de idade não contou com novo sorteio nos dois primeiros estágios, mas apenas o sorteio de mais domicílios. Assim, cada setor censitário teve certo número de domicílios sorteados para a amostra normal e mais outro número variável de domicílios sorteados para a cota extra. O número de domicílios sorteados para a amostra

normal e a cota extra variou de acordo com cada setor, com base em pesquisa anterior da Pesquisa Social Brasileira – PESB, onde foi usada a mesma metodologia. Em regiões metropolitanas o número foi superior ao das regiões rurais. Nos locais onde os resultados iniciais revelaram uma taxa de resposta elevada sorteamos um número menor de domicílios e onde houve uma taxa baixa, um número maior. Dessa forma, o sorteio variou de 8 a 19 domicílios por setor censitário.

A taxa de resposta atingiu o percentual de 66,4%, considerado satisfatório, uma vez que alguns estudos internacionais apresentam taxas de resposta que oscilam entre 70 e 85% (Cochran,1977; Kelleher et al., 1994). Assim, os dados obtidos são bastante confiáveis no sentido de serem representativos da população brasileira.

### **2.3. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento.**

#### 2.3.1 Métodos.

##### A. Coleta de Amostras, Dados e Medidas.

Os sujeitos incluídos na análise (N=1445) foram selecionados dentro da amostra global de 3007 indivíduos apresentada acima, através de um mecanismo de “pulos” desenhado no questionário, incluindo apenas dados de homens (n=631) e mulheres (n=814) que estão casados ou moram com alguém num relacionamento conjugal.

Os entrevistados dessa sub-população da amostra global responderam a 18 perguntas constantes do questionário original (item “O”, de “O9” a “O26”)

sobre a ocorrência de diferentes tipos de comportamento violento nos 12 meses anteriores. Todas as perguntas foram adaptadas do Conflict Tactics Scale, formulário R. (Moraes et al., 2002; Straus et al., 1996; Straus, 1979).

Os homens e mulheres responderam sobre violência leve (atirando alguma coisa; empurrando, agarrando ou sacudindo; dando tapas) e violência grave (agredindo com chutes ou mordidas; acertando ou tentando acertar com alguma coisa; queimando ou escaldando; forçando a ter relações sexuais; ameaçando com faca ou arma de fogo; atingindo ou tentando atingir com uma faca ou arma de fogo). Primeiro, foi perguntado aos entrevistados se eles já tinham perpetrados esses atos contra seus parceiros (perpetração), e em seguida se seus parceiros tinham perpetrados esses atos contra eles (vitimização). Baseado em suas respostas, uma variável de 4 níveis foi criada: 1) se eles responderam "sim" tanto para perpetração quanto vitimização foram categorizados como "violência mútua"; 2) se eles responderam "sim" para somente perpetração de qualquer item, foram categorizados como "somente perpetração"; 3) se eles responderam "sim" para vitimização, mas não tinham perpetrados, foram categorizados como "somente vítima"; e 4) aqueles que não se envolveram em nenhuma violência (tanto perpetração quanto vitimização) foram categorizados como o grupo "sem" violência. Para a variável "qualquer VPI", consideramos a presença de qualquer tipo de violência (tanto perpetração, vitimização, ou ambos) e criamos uma dicotomia (1=sim, se qualquer tipo de violência estiver presente; e 0=não, se nenhum tipo de violência estiver presente) usando as quatro categorias acima. A ingestão de bebida alcoólica

durante o evento foi avaliada após um relato positivo em referência a VPI, com a repetição da pergunta, e o sujeito questionado se ele/ela ou sua/seu parceira/o estava bebendo durante o ato de VPI (para melhor compreensão, ver as perguntas no questionário original, nas páginas 203 e 204 do Anexo 5).

#### B. Variáveis sócio-demográficas.

- Sexo: Os respondentes foram classificados como homem ou mulher.
- Idade: Foram mensuradas continuamente em anos. Esta informação foi codificada em cinco categorias de idade para os respondentes: 14-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 ou mais.
- Renda Familiar: Foi solicitado aos respondentes que identificassem a categoria em qual o total da renda familiar mensal deles/delas entraria. Os valores, para a finalidade desse estudo, foram convertidos em Dólares Norte-americanos (US\$), à época do estudo cotados em cerca de R\$ 2,00: até US\$200, US\$201-400, US\$400-600, US\$601-800, US\$801 ou mais.
- Situação de Trabalho: Os homens foram classificados em duas categorias de emprego. A primeira: estudante ou empregado (trabalha formalmente, trabalha mesmo sem carteira, trabalha como aprendiz, ajudante e outros, trabalhou ou tentou trabalhar na última semana). A segunda: desempregado, aposentado ou incapacitado (recebendo seguro por doença). Para as mulheres, além das categorias acima, foi acrescentada uma terceira, a de dona-de-casa.

- **Nível Educacional:** Foi questionado a cada respondente o nível mais alto ou ano escolar que completaram. Esta informação foi codificada e 4 categorias de níveis educacionais: analfabeto e primário; ginasial; colegial, e ensino superior.
- **Religião:** Os respondentes foram codificados em 3 categorias: Católico; Evangélico ou Protestante e outras religiões ou nenhuma.
- **Região do País:** Foi codificada conforme a região de moradia do respondente em: Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul.

### **2.3.2. Análise estatística.**

As taxas de prevalência de VPI foram estimadas, e testes  $\chi^2$  foram empregados para avaliar as diferenças de gênero na prevalência da VPI e para demonstrar a associação bivariada entre VPI e variáveis sócio-demográficas. Análises de regressão logística foram empregados para identificar fatores sócio-demográficos preditores de violência entre parceiros. Nessa análise, a variável dependente foi codificada de forma dicotômica: 1 se qualquer incidente de violência fosse verificada e 0 se não fosse houvesse qualquer ocorrência de violência entre parceiros.

Para levar em consideração o desenho amostral com a estrutura de conglomerados em múltiplos estágios, os dados foram ponderados para corrigir a probabilidade de seleção dentro da amostra e para correção dos efeitos da não-resposta na probabilidade de seleção. Pesos pós estratificados foram calculados para ajustar a amostra à distribuição das variáveis sócio-demográficas do censo populacional. As análises sócio-demográficas foram

feitas utilizando-se o módulo “Complex Samples” do SPSS (Statistical Program for Social Science. Versão 13.0), e também o Software for Survey Data Analysis - SUDAAN (Research Triangle Institute, 2001).

#### **2.4. Cuidados éticos.**

Todos os entrevistados assinaram o consentimento informado e lembrados sobre a natureza confidencial do estudo, antes da entrevista (Anexo 7). Todos os indivíduos menores de 18 anos de idade obtiveram a autorização dos pais para sua participação. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da universidade, sob o código e número CEP 1672/04 ( ver anexo 1). A entrevista foi conduzida em um ambiente separado ou na área externa da residência, sem a presença de outra pessoa próxima, que pudesse ouvir as respostas que estavam sendo dadas. Os entrevistados foram também informados que se tratava de um estudo pioneiro em âmbito nacional, e que sua participação era importante para a orientação de futuras políticas públicas nessa área.

**2.5. Financiamento:** Esse projeto foi possível devido ao financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

## 3. RESULTADOS & DISCUSSÃO

### 3.1 Disposição dos Resultados e Discussão em artigos.

Os resultados e discussão estão dispostos nos artigos apresentados na seção 3.2. O desenvolvimento da metodologia e as dificuldades para a implantação do estudo são apresentados no primeiro artigo. Nos dois artigos seguintes são apresentados e discutidos os dados sobre violência entre parceiros íntimos.

O **primeiro artigo**, *“I Brazilian Alcohol Survey: field work challenges”* (*“1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira: desafios do trabalho de campo”*), foi submetido ao periódico *“Revista Brasileira de Psiquiatria”* em maio de 2009, estando atualmente no aguardo de parecer final do corpo editorial. Trata-se de um estudo transversal populacional probabilístico em múltiplos estágios. Enfoca os principais procedimentos realizados para a implantação da metodologia do 1º levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população Brasileira. Descreve com detalhes a aplicação do estudo e as dificuldades enfrentadas durante as fases do trabalho de campo, revelando o desafio de realizar um estudo desse porte em um país de dimensões continentais como o Brasil .

O **segundo artigo**, *“Intimate Partner Violence and Contribution of Drinking and Sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey”*, aceito para publicação pelo periódico *“Journal of Interpersonal Violence”* em outubro de 2008 e disponível *“on line”* desde o mês de junho de 2009 (*“in press”* para

publicação na edição do mês de abril de 2010), tem como foco a questão da violência entre parceiros íntimos, a contribuição do consumo de álcool para o evento e a associação de VPI com fatores sócio-demográficos. Essa primeira pesquisa nacional traz informações para um conhecimento maior do relacionamento dinâmico entre VPI, fatores sócio-demográficos e consumo de álcool. Esse conhecimento é importante para discussões relacionadas à implantação de políticas públicas nessa área.

**O terceiro artigo**, “Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento: 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira”, aceito para publicação pelo periódico “Revista de Saúde Pública” em junho de 2009, complementa a discussão do segundo artigo, divulgando de forma mais ampla os dados de prevalência de VPI ao escrever em língua portuguesa, facilitando o acesso a profissionais e acadêmicos que atuam nessa área em nosso País. As análises destes dois trabalhos são as mesmas, e eles devem ser vistos como duas versões em idiomas diferentes do mesmo estudo.

### **3.2 Artigos.**

- **Artigo 1: “*I Brazilian alcohol survey: field work challenges*” (“1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira: desafios do trabalho de campo”)**

Marcos Zaleski, Ilana Pinsky, Raul Caetano, Marcos Sanches, Paulo Ciade, e Ronaldo Iaranjeira. Submetido à *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

- **Artigo 2: “Intimate Partner Violence and Contribution of Drinking and Sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey”.**

Marcos Zaleski, Ilana Pinsky, Ronaldo Laranjeira, Suhasini Ramisetty-Mikler e Raul Caetano. Aceito para publicação internacional no periódico “*Journal of Interpersonal Violence*” em outubro de 2008 e disponível “*on line*” desde o mês de junho de 2009 (“*in press*” para publicação na edição do mês de abril de 2010).

- **Artigo 3: “Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento: 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira.”**

Marcos Zaleski, Ilana Pinsky, Ronaldo Laranjeira, Suhasini Ramisetty-Mikler e Raul Caetano. Aceito para publicação na *Revista de Saúde Pública* (junho de 2009).



## Revista Brasileira de Psiquiatria

Página inicial > Usuário > Autor > Submissões > #RBP-704 > **Resumo**

**#RBP-704 : I Brazilian Alcohol Survey: field work challenges**

- **RESUMO**
- AVALIAÇÃO
- EDIÇÃO

### Submissão

Autores	Marcos Zaleski, Ilana Pinsky, Raul Caetano, Marcos Sanches, Paulo Cidade, Ronaldo Laranjeira
Título	I Brazilian Alcohol Survey: field work challenges
Documento Original	<a href="#">RBP-704-13478-64370-2-SM.DOC</a> 2009-05-31
Doc. Sup.	<a href="#">RBP-704-13478-67752-1-SP.DOC</a> 2009-06-15 <b>INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</b> <a href="#">RBP-704-13478-67753-1-SP.DOC</a> 2009-06-15
Submetido por	Marcos Zaleski
Data de submissão	May 31, 2009 - 06:38 PM
Seção	Artigos Originais
Editor	Hermano Tavares
Comentários do Autor	Prezado Editor: Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada pela análise do manuscrito I Brazilian Alcohol Survey: field work challenges, que ora está sendo enviado.

## **I Brazilian alcohol survey: field work challenges**

### **1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira: desafios do trabalho de campo**

Marcos Zaleski<sup>a</sup>, Ilana Pinsky<sup>b</sup>, Raul Caetano<sup>c</sup>, Marcos Sanches<sup>d</sup>, Paulo Cidade<sup>d</sup>  
e Ronaldo Ramos Laranjeira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Nucleus of Psychiatry of the Federal University of Santa Catarina, SC, Brazil

<sup>b</sup>Research Unit on Alcohol and Drugs - UNIAD, Federal University of São Paulo  
UNIFESP. São Paulo, SP, Brazil

<sup>c</sup>Public Health School, University of Texas, US

<sup>d</sup>Ipsos Reid, Toronto, Canada

#### **Correspondence**

Marcos Zaleski

R. Itapecerica, 14

Bairro Itacorubi

Florianópolis

Santa Catarina

Brasil

CEP 88034-420

Telephone: (48) 3225-5334

Email: [mzaleski@terra.com.br](mailto:mzaleski@terra.com.br)

**Resumo:**

**Objetivo:** descrever a metodologia do trabalho de campo de uma pesquisa nacional epidemiológica sobre os padrões de consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira.

**Método:** Um procedimento utilizando amostra probabilística estratificada, composta por 3.007 entrevistas, foi desenhada para ter abrangência em todo o território nacional, representando toda a população brasileira a partir de 14 anos de idade. Entrevista do tipo face-a-face foram conduzidas utilizando-se um questionário desenvolvido especialmente para a pesquisa.

**Resultados:** A taxa de resposta final global obtida foi de 66%, variando de 80 a 56% nas diferentes regiões do Brasil. Grandes áreas metropolitanas nas regiões Sul e Sudeste apresentaram as menores taxas de resposta, atingindo um mínimo de 56%. A maior parte dos casos de não-resposta estava associada a dificuldades no acesso a domicílios em condomínios fechados. Procedimentos especiais de trabalho-de-campo efetuados nas áreas de baixa taxa de resposta tiveram um efeito positivo, aumentando a taxa de resposta final global em cerca de 11 pontos percentuais.

**Conclusão:** O presente artigo apresenta uma metodologia pioneira em nosso país na área de pesquisas de abuso de substâncias, demonstrando que, apesar das dificuldades sócio-econômicas e das grandes distâncias geográficas, é possível fazer estudos probabilísticos no Brasil.

**Descritores:** Amostra probabilística. Consumo de bebidas alcoólicas. Epidemiologia. Metodologia. Padrão de consumo. Estudos probabilísticos.

**Abstract:**

**Objective:** This paper describes the methodology analysis and field work challenges used in a national epidemiological survey of alcohol consumption and related problems in Brazil.

**Method:** A multistage cluster sampling procedure was used to select 3,007 individuals aged 14 years and older from the Brazilian household population. Face to face interviews were conducted using a standardized closed questionnaire. **Results:** The overall response rate was 66%, ranging from 80 to 56% in the different Brazilian geographic regions. Most of non-responses were linked to lack of access to households in closed condominiums. Special fieldwork procedures put in effect in the areas with lowest response rates had a positive effect, raising the overall rate by about 11 percentage points.

**Conclusion:** The present study represents a pioneering methodology in the substance abuse field in our country. It shows that, besides socioeconomic problems and great geographic distances, it is possible to conduct probabilistic studies in Brazil.

**Keywords:** Sampling procedure. Alcohol consumption. Epidemiology. Methodology. Probabilistic studies.

## Introduction

A probabilistic sample is that selected as to allow each person to have a known probability to be selected.<sup>1,2</sup> If all individuals have the same selection probability, the sample thus is a “simple random or probabilistic” one. Both methods produce representative samples of the population from which the individuals were selected. However, if the selection probability varies between different groups of individuals, the sample should be “weighted” in order to correct the differences in selection probabilities.<sup>3</sup> Studies with probabilistic samples are an excellent method to analyze the way in which alcohol and other substances affect the health and social well-being of a population, as this is the only way to conduct analyses whose results can be applied to the population as a whole.<sup>4,5,6,7,8</sup>

Currently, 66% of the disease load of Brazil is due to non-transmissible pathologies.<sup>9</sup> It is estimated that 07 preventable risk factors, among them alcohol and tobacco, are responsible for 53% of all deaths and for 30% of the health indicator *Disability Adjusted Life Years* - DALYs – referred to the percentage of years which are lost due to early disease or mortality.<sup>9,10</sup> Despite the change in the pattern of the diagnosed diseases in the last years, as a consequence of urbanization, improvement in health care, changes in life style and globalization, the existent data in our country about the social impact of alcohol are scarce. We do not know the quantity, frequency, place and types of alcohol-related problems for different population groups or different states and regions.

In Brazil there are no records of national epidemiological surveys about the consumption of alcohol which use the probabilistic method, in which all the steps of the sampling procedure are performed by allotment.<sup>1,2</sup> Up to now, the best studies about alcohol consumption in the household population were produced by the Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Brazilian Information Center on Psychotropic Drugs (CEBRID), in the surveys with students and in the study about the use of psychotropic drugs.<sup>11,12</sup> Random and non probabilistic samples were used in these studies. Although being studies of excellent quality, the use of this type of sample represents a limiting factor, as the results of a research based on a non probabilistic sampling do not allow generalizations regarding the studied population. In this sampling, the selection of each element depends on the researcher's judgment, being therefore not random. Regarding the inferences performed based on the results of a probabilistic sample they can be fully accomplished by means of statistical methods, not assuming criteria regarding the characteristics of the population.<sup>2</sup>

The objective of this article is to describe the field methodology and the difficulties for its implantation, during the accomplishment of the I Brazilian National Alcohol Sample, a probabilistic study in which the enlisting of the sampling points and the stratification of the population sample are based on data from the surveys performed by the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (Brazilian Institute of Geography and Statistics) IBGE.<sup>13,14</sup>

## **Methodology**

### **Population sample and questionnaire utilized**

The sample was designed to be representative of the Brazilian population aged 14 years or above, of both genders, without exclusion of any part of the national territory, including rural areas. Native Brazilian populations who live in villages were not included. The survey also does not encompass residents in the national territory who do not speak Portuguese, the mentally retarded and other handicapped people unable to answer the questionnaire.

The sample was composed of 2,522 interviews with the general population aged 14 years and above, with a sampling error of approximately 2% for a 95% confidence level and an extra quota of 485 interviews with the specific population composed of people aged between 14 and 17 years, called adolescents, the latter having a sampling error of approximately 4% for a 95% confidence level. As a whole, 3,007 interviews were performed in 143 cities all over Brazil. Of the 3,007 interviews, 2,346 were performed with adults aged 18 years or above and 661 with adolescents – as there were 176 adolescents among the 2,600 persons of the normal sample.

The interviews' instrument was a version of the questionnaire used in the Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS)<sup>15</sup>, which was developed by Dr. Raul Caetano's team, from the University of Texas Southwestern, School of Public Health (USA). The questionnaire was translated by the survey's coordinators and underwent a process of adaptation to the socio-cultural reality

of the Brazilian population. The full Portuguese version of the questionnaire can be found in the website of the Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Research Unit of Alcohol and Drugs) – UNIAD ([www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)). The questionnaire included the following sections: socio-demographic data; frequency and quantity of alcohol separated by types of beverage (beer, wines, distilled beverages and “ice” beverages); age of onset; number of doses per day and the highest doses in lifetime; number of times in which he/she has drunk 5 doses or more; to drive under the effects of alcohol; harmful effects of drinking; alcohol-related problems; alcohol abuse/dependence according to the criteria of the International Code of Diseases of the World Health Organization, 10<sup>th</sup> version – ICD 10; support to public policies; domestic violence; use of other drugs; depression; tobacco use; questions about attention-deficit hyperactivity disorder and also a section with questions that were responded only by adolescents from 14 to 17 years old. The approach was performed personally and individually by a team of researchers of the contracted company, Ipsos Opinion, and had the mean duration of 53 minutes.

The study was approved by a human subjects/internal review board process at the university (code: CEP 1672/04). All respondents signed an informed consent form and were assured of the confidential nature of the study before the interview. The interview was conducted without the presence of another person, in a separate room or even outside the house, keeping a safe distance from other relatives or any other subject in the household. They were told that this was a pioneer national study in domestic violence and that their

participation was important to guide future government public policies. All subjects less than 18 years old were required parental consent.

### **Sample stages**

The method used in the survey was similar to that of the main surveys related to population characteristics accomplished worldwide.<sup>16</sup> The sample was stratified, in three stages, and in all stages the sample was probabilistically allotted.

#### Stage 1: Selection of Cities

The first stage comprised the choice of the cities. For that it was initially performed a classification of the cities of each region by size and income. The crossing of size with region was considered as a stratum, and within each cell of this crossing the cities were separately allotted.

According to estimations of the IBGE<sup>14</sup>, Brazil had in 2000 (last data available) 176.518.443 inhabitants. In our systematic sample, with allotment of points with probability proportional to the population size (*PPS Sampling*), the methodology determined – based on the prior experience of Ipsos – the choice of 163 primary sampling points, and within each of them 2 census sectors were allotted. Census sectors are small area units created and demarcated by the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – at each Brazilian city. In Brazil, there are 5,507 cities and a total of 215,811 census units in all these cities.<sup>13,14</sup> That is, we have chosen a primary sampling point at each 1,082,935 inhabitants (176,518,443 inhabitants / 163 points). Therefore, all cities with a

population higher than that were included into the sample, independently from allotment. These cities were called *self-representative cities*, as they do not need to be allotted.

The inclusion of cities with a large population as self-representative was performed as to protect the sample against bias. That is, big cities are very important under the perspective of representing the national population and were included in the sample to make it representative. If these cities were not automatically included and in the selection of cities they were not allotted, the sample would have a great probability of having a bias. In Table 1 we show the list of the 14 Brazilian cities which were considered as *self representative*.

#### **INSERT TABLE 1 AROUND HERE**

These 14 cities as a whole have a population of 36,668,973 inhabitants, which is proportionally equivalent to 67 of the 325 census sectors which should be allotted. The 67 census sectors were proportionally distributed among the 14 cities, as can be seen in the last column of Table 1. There remain 258 census sectors to be distributed among the other Brazilian cities. As each city should have 2 census sectors, we should allot 129 cities among the remaining 5,493 cities (258 sectors/2 sectors per city).

The allotment of these 129 cities was performed with the stratification of the following variables: 05 Administrative Regions, 05 Size Ranges (N<sup>o</sup> of Inhabitants), 05 Income Ranges and also the Urbanization Rate, also with 05 ranges, totaling 625 strata. Thus, the number of possible strata would certainly exceed the 129 cities to be allotted. A solution for these cases was to use certain

variables such as implicit strata, i.e, the sample's representativeness was ensured by these variables, but we did not formally distribute the sample within each stratum originated from these variables.

Therefore, the Administrative Region and the Size were defined as explicit stratification variables. Within each region, 05 size ranges were created in a way that each range had approximately the same population. And each crossing of Region and Size was defined as a stratum, being the sample distributed within each stratum proportionally to its population.

Once defined the number of cities within each stratum, we started the random allotment of the cities within the strata, with implicit stratification of *family average income* and *urbanization rate*. Here the urbanization rate was defined as the proportion of the population which lives in the urban area.

In order to enable the calculation of the variance there should be at least two personal interviews per stratum and at the same time an amount too big of strata must be avoided, what increases the costs of analyses and the distribution of the sample. Moreover, from a certain point onwards, the increase in the number of strata generally does not produce a significant effect in the decrease of the error margin.<sup>2</sup>

#### Stage 2: Selection of census sectors

After the cities were allotted and we verified that all were accessible without any type of harm to the quality of the work or risk for the interviewer, the second stage was the allotment of the census sectors within each city selected in the sample. For each census sector there was information about the population

living there and some of its socio-demographic characteristics. In the larger cities, with a population above 500,000 inhabitants, it was performed a first stratification of the census sectors regarding their profile in terms of infrastructure. This segmentation was conducted based on the values of a factor analysis performed with the main information about the sector's infrastructure. Within these segments, the sectors were ranged according to the average income of the householder. Both stratifications were implicit, being the sectors of each city only arranged by these variables before the systematic allotment with proportional probability to the population in 2000.<sup>14</sup> In the smaller cities, with population below 500,000 inhabitants, one single implicit stratification was performed by arranging the sectors according to the number of persons per household. As a whole, 325 census sectors were allotted within the 143 cities previously selected for the sample.

### Stage 3: Selection of household and respondent

In the third stage, it was selected the household and next the dweller. For the allotment of the household, it was used a table of random numbers, after counting and numbering all households of each census sector. Finally, it was performed the allotment of the dweller. Within the allotted household the eligible dwellers were enlisted and the respondent was selected according to the nearest future birthday date. The interviewer was oriented to, in case the dweller was not found in the first visit, to repeat the visit up to 04 times, in different days and hours. In some cases, there was the need of a higher number of returns to accomplish the interview, as the maximum number of returns was not set and the

main priority was to find the allotted person. Considering the first field stage, there was a mean of 2.04 returns per household, and nearly 15% of households were visited 04 times or more.

In the specific sample for adolescents aged 14 to 17 years there was no new allotment in the first two stages, but only the allotment of more households. Thus, each census sector had a certain number of households allotted for the normal sample and another variable number of households for the extra quota. The number of households allotted for the normal sample and the extra quota varied according to each sector, based on a previous probabilistic survey of the Pesquisa Social Brasileira, (Brazilian Social Survey) -PESB, in which the same methodology was used. In metropolitan regions the number was superior to that of rural regions. In places where the initial results have revealed a high response rate we allotted a lower number of households and where there was a low response rate, we allotted a higher number of households. Thus, the allotment varied from 8 to 19 households per census sector.

## **Results**

### **First Stage of the Field Work: Initial Response Rate**

In each household allotted it was performed one interview, and the non accomplishment of an interview caused the loss of the household, because the methodology used did not allow the replacement of the allotted individual. Therefore, as the field work was planned in a way that replacements due to refusals and absences were not allowed, it was impossible to know a priori the total of interviews that would be successfully obtained. At first, due to the scarce

studies with this method that had been performed in Brazil, we had to take into account the response rate estimated by the PESB. As we used the response rate of the PESB, of 68%, we have also followed all the field proceedings used in that study (approach, number of returns, etc). Even though, the final field result was below what was expected. Table 2 shows the initial response rate obtained per region. We noticed that in general the response rate was inferior to that of the PESB, mainly in the Southeastern metropolitan regions of Belo Horizonte and São Paulo - RM BH and SE RM SP.

### **INSERT TABLE 2 AROUND HERE**

The response rate for the extra quota was calculated dividing the total of interviews performed by the total of households approached, excluding those approached which had no adolescents. As all households that were not approached (due to refusal or lack of access) and had no adolescents should be excluded, the final number represents the lower limit for the response rate of adolescents.

#### **Second Stage of the Field Work: Final Response Rate**

As the sample is probabilistic and the reliability of results depends on a good response rate, we decided that the field work would have to enter a second stage due to the initial rates obtained in the several regions of the country. In this second stage we returned to the same households allotted in the first stage in order to perform the interviews that failed in the first stage, due to refusals and absences.

Before coming back to the field, however, it was performed a detailed study about the final arrangement of each household as being a full interview or a refusal. Based on this study, we adopted the best possible strategy when we attempted to redone the job and to convert refusals into full interviews. Table 3 shows a summary of this final arrangement of interviews per region, for the normal sample.

### **INSERT TABLE 3 AROUND HERE**

Of note, the proportion of refusals was high in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, in the Metropolitan Region of São Paulo, and in the Metropolitan Southern and Countryside Southern Regions. In the last column is the percentage of Nobody at the Household - NEC – and Absent Allotted Person. In general, the percentage of this column was considered very high, being the highest recorded in the metropolitan region of São Paulo. The lowest percentages were recorded in the Metropolitan Southern and Metropolitan Belo Horizonte Regions.

Table 4 presents the same results of Table 3 for the extra quota. Due to the high number of households in which no adolescents were found, the base of the table ended to be small and the variability very large. The data for Brasília, for instance, have a base of only 5 households. The Metropolitan Region of BH, where the refusal rate was very high among adolescents, has a base of only 31 households.

### **INSERT TABLE 4 AROUND HERE**

### **Strategies used to Increase the Response Rate**

The field work returned to some pre-selected census sectors in the Metropolitan Region of São Paulo, with a high rate of non response in the poorest neighborhoods, with a low-income population (for example, São Mateus, Itaim Paulista and Jardim Miriam). The objective was to understand the difficulties of performing the interviews that in the first stage were not successful. We found that it was possible to access the households, and that the interviews could be subsequently accomplished. We had just to access households in hours and days when there was someone at the households. The creativity in these cases went beyond the mere application of routine field proceedings.

At the beginning of March 2006, after Carnival, the interviewers made a new visit, this time to neighborhoods with a population with a higher income, such as Itaim, Pinheiros, Moema and Perdizes. In these neighborhoods few interviews had been performed, due to the high number of refusals. We have chosen the month of March because, as January/February are traditionally months dedicated to vacations and leisure travels in our country, part of this population with a higher income could be out of town in the city of São Paulo. In high-income regions, be they verticalized or not, making interviews was more difficult. There was a higher resistance to access the condominiums and the own households in these neighborhoods. We returned to five high-income census sectors in São Paulo in order to define which was the best way to proceed as to succeed in performing the interviews that had failed in the first stage. We opted to use different hours, such as in the evenings and weekends. We used a well-

elaborated introduction letter, showing didactically to the interviewee, via snail mail, how he/she was allotted, besides the importance of his/her cooperation with the survey. We have also used in the introduction letter, sent to the household before any approach, telephone numbers linked to people from the Universidade Federal de São Paulo – Federal University of São Paulo - UNIFESP and Ipsos. Another strategy was to make a first contact by phone, allowing us to recover part of the interviews in regions where the response rate had not been high.

In some places with a high refusal rate we used a special persuasion strategy, which included even the distribution of gifts. We elaborated a letter to the interviewee explaining the impossibility of his/her replacement, as well as the problems we would have if we did not reach the adequate response rate to the survey. In certain special cases, such as those in which the person had not answered due to physical incapacity – for old age or disease – we replaced the household after confirming this type of event.

The objective was well specified – to find the dweller and to make the interview with him/her. A situation such as “nobody at the household” should not exist, as the interviewer aim was to find the person, whenever the allotted household was inhabited.

In order to correct any potential bias in the original sample of the new field work, some special proceedings had to be defined. The survey's date was considered to be the date of the enlisting. The choice of the following person who had a birthday was performed by means of the enlisting date, allotting thus the person who would have been allotted in the first stage, if the first contact were

successful. We also included an informal question – if the person was living there in November 2005, when we started the survey. In cases in which there were no dwellers in the household and the interviewer succeeded to collect any information from the neighbors in the sense that it was empty, the household was declared ineligible and replaced by the following one. This is because an empty or occasionally occupied household is not eligible to be included in the sample and should not have participated in the allotment. However, if there was another family living there, the household was considered a non response and the following proceedings were stopped.

### **Final Sampling Results**

The second stage in the data collection started at the end of April and ended in the middle of June. All census sectors where the response rate was below the expected level were visited again. The training for this second stage was very specific and emphasized our objective of first off all succeeding in performing the interviews. The countryside of the Northeastern region and all Northern and Center-Western regions, where the response rate had already been satisfactory, were not included in this stage. Besides that, even sectors with a good response rate that were situated nearby the selected sectors were visited.

At first, there was a great focus on the Metropolitan Region of São Paulo, for being the nearest place to the agency's central office and at the same time for being the one with the lowest response rate. The work in the Metropolitan Region

of São Paulo has also enabled the training of interviewers in practical situations, because the supervisors could follow-up closely their job.

The decision to stop the proceedings in the second stage occurred after verifying that the response rate achieved the percentage of 66%, which was considered satisfactory, as some international studies have response rates ranging from 70 to 85% (Cochran, 1977; Kelleher, Chaffin, Hollenberg & Fischer, 1994).<sup>1,8</sup> Therefore, the data obtained are quite reliable in the sense of being representative of the Brazilian population. Table 5 presents the summary of the final response rate.

#### **INSERT TABLE 5 AROUND HERE**

The response rate for the normal sample was directly obtained dividing the number of interviews accomplished by the number of households allotted. Non responses included, therefore, both refusal and absences, that is, when there was no access to the household or when the allotted person was not found.

The data collection method for the extra quota of adolescents did not allow the calculation of the exact non response rate, as there were allotted households in which we did not know if they had or not any adolescents. The exact non response rate had to be calculated dividing the number of households with adolescents that did not answer by the total number of households allotted. In Table 5 we estimated how many adolescents the sample should contain considering the number of allotted households in each region and the proportion of households with adolescents in that region. The table contains both the

percentage of households with adolescents and the expected number of interviews applying this percentage to the total number of allotted households. With this method we obtained an oscillation in the response rate due to sampling variations. Because of this there were rates even higher than 100%. Anyway, these rates reflected a good response rate in these regions.

## **Discussion**

A project which follows a fully probabilistic methodology, being a pioneer in our study area in Brazil, faces up many challenges to be accomplished, including the selection of qualified interviewers to perform the field proceedings. For this reason it was necessary a very strict training, with a closer follow-up of interviewers, with surveys in the Metropolitan Region of São Paulo, where the entire initial stage of the project was conducted. Before starting the field work, a pilot study was performed to identify possible problems. Many difficulties were found along the work, some simpler, other more serious. A summary of these difficulties is made below.

One of the registered problems was the difficulty or impossibility of making an interview or enlisting in a determined census sector, due to difficulties in the access to the sector. All cases of non accomplishment of the enlisting occurred in the rural sector, and especially in secluded census sectors, where the interviewer did not know the place, that many times had much mud and where the transportation was difficult. In all occasions where that occurred, the substitute sector was that in the list of sectors which was immediately after the replaced sector. As a whole there were 11 replacements.

There were also cases in which the city, being small and in the countryside, has received the interviewer with mistrust. Dwellers used to call the police thinking the interviewer was any sort of criminal or had uncertain objectives. One of the interviewers was even arrested. In this case, a phone call to the local authorities solved the situation.

When we verified the results of the enlisting, we found some problems related to an incorrect enlisting of households. In the great majority of cases we could easily notice that there was a non intentional counting mistake, in which the interviewer in the moment of enlisting ended by skipping a few households. These households were generally situated behind other houses, or the counting included one house when actually there were two of them. Whenever this mistake was found, a communication was directly made to the statisticians, as they were prepared to solve the problem. When the mistake was considered non intentional, we corrected the enlisting, keeping the initial work. This verification work done by people not linked to the field team was performed in nearly 30% of the sectors (100 sectors). There were many sectors in which there was a skip of a few households in the enlisting, a fact considered as normal.

We had very difficult sectors such as *favela* (slum) areas, full of alleys and with innumerable households, being even a dangerous place, but they were fully and perfectly enlisted. We know that it is extremely difficult to enlist *favela* sectors, due to the risk to the interviewer's physical integrity. Besides that, many times the maps were not correct, there were many side exits and allies with

difficult access, which gave the place a labyrinthic aspect, where even the households were difficult to be identified.

Another type of field problem which occurs in any research and that we also noticed here was certain inconsistencies of the interviewee. For example, one person said that he did smoke, but did not answer how many cigarettes per day. Whenever we found an inconsistency problem, we did another return. The interviewer contacted the interviewee again to recover or correct the inconsistent information. Whenever possible the contact was made by phone. If the interviewee did not have a telephone the option was to come back to the place personally. However, the number and the type of inconsistencies found were already expected, due to the special training received by the fieldwork team.

The implantation of a nationwide probabilistic epidemiological population survey in a developing country is a great challenge. The application of the instrument, a questionnaire with a total of 18 chapters or sections and with an average application time of almost one hour – destined to obtain details about the consumption of alcohol in terms of quantity, frequency, variability, consumption site, money spent, use-related problems, etc – was the first challenge found, especially when is accomplished a study in the general population dealing with such delicate issues such as the individual behavior regarding alcohol and its consumption-related issues.

The complexity of the questionnaire, however, opens innumerable possibilities for the study, which go far beyond the assessment of the details of alcohol consumption in the Brazilian population. These data, already cited,

associated with the topics of drink and driving, public policies & advertisement and access to treatment in the public health system, will help to provide scientific evidence for the establishment of future policies for the prevention and treatment of alcohol abuse and the control of its social use. Besides that, the data will also be useful for analyses in terms of prevalence regarding problems in childhood, conjugal violence, assessment of the consumption of alcohol in the population aged 14 to 18 years and also studies on psychiatric comorbidities, such as Depressive Disorders, Pathological Gambling, and Attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD) and the consumption of other abuse substances.

One of the main difficulties found, due to the study's pioneer character, consisted of the obtainment of response rates which would not put at risk the validity of the data obtained. This demanded a series of creative strategies in order to increase the response rate, especially due to the socio-economic and cultural characteristic of our population, scarcely used to this kind of approach. Therefore, according to our experience, during the accomplishment of the field work, we verified that in order to succeed in this type of survey – independently from the technical area to which it is destined – special care is needed from the beginning, especially in the big urban areas of the Southern and Southeastern Regions. This attention includes previous phone calls to appoint interviews, introduction letters and distribution of gifts, besides a higher flexibility in the visiting hours, remarkably in closed condominiums. Taking into account several in other nationwide population surveys, conducted in different countries, non

response rates around 30 to 35% are acceptable,<sup>16,17,18,19,20,21</sup> we consider that the 66.4% response rate obtained in our research is fully satisfactory.

## **Conclusion**

A fundamental point for the implantation of a nationwide population study is to obtain the high financial resources needed. These resources were only provided thanks to the added efforts of the Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – Federal University of São Paulo/Paulista Medical School - UNIFESP/EPM, together with the Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – National Secretariat on Drug Policies - SENAD. The choice of a skilled institute was also difficult, given the fact that there are no many institutions in the country capable of conducting this type of sampling and data collection.

We understand that, as other scientific studies, the work with population surveys is a team work. In this team, the researchers, who know the scientific area to be studied (in our case, issues related to alcohol consumption patterns), work together with statisticians, specialized in samples in the general population, and the personnel specialized in field work in the community (supervisors, interviewers). Therefore, a good work is directly related to the integration and harmony between the different sectors involved.

We hope that this article will serve as a reference for further population based studies, especially in the issues related to the use of alcohol and other substances.

## Acknowledgments

This project was made possible thanks to the sponsoring of the Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - National Secretariat on Drug Policies - SENAD process number 017/2003.

## References

1. Cochran WG. *Sampling Techniques*. 3rd ed. New York: John Wiley and Sons; 1977, 448p.
2. Kish L, Lessler JT. *Survey Sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965, 643p.
3. Shapiro MF, Berk ML, Berry SH, Emmons CA, Athey LA, Hsia DC, et al. National Probability Samples in Studies of Low-Prevalence Diseases. Part I: Perspectives and Lessons from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Health Services Research* 1999;34 (5): 951-68.
4. Caetano R, Cunradi C. Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Ann Epidemiol*. 2003;13(10):661-5.
5. Bersamin M, Paschall MJ, Flewelling RL. Ethnic differences in relationships between risk factors and adolescent binge drinking: a national study. *Prev Sci*. 2005;6(2):127-37.
6. Heeb JI, Gmel G. Spreading interviews over time in health surveys: do temporal variations of self-reported alcohol consumption affect measurement? *Subst Use Misuse* 2005;40(8):1015-33.

7. Caetano R, Ramisetty-Miller S, McGrath C. Characteristics of non-respondents in a US national longitudinal survey on drinking and intimate partner violence. *Addiction* 2003;98(6):791-7.
8. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample.  
*Am J Public Health* 1994;84(10):1586-90.
9. World Bank. Addressing challenge of non-communicable diseases in Brazil. Report N° 32576 – BR, World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Human Development Section Unit. Washington, D. C. 2005; p. 07.
10. Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ.* 1994;72(3):429-45.
11. Galduróz JCF e Noto AR. Uso pesado de álcool entre estudantes de 1º e 2º graus da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras. *J Bras Dep Quim.* 2000;1(1):25-32.
12. Galduroz, JC, Noto, AR, Nappo, SA, Carlini, EA. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country. *Addict Behav.* 2005;30(3):545-56.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: 2004;v.25:1-120.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: 2002.

15. Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Rodriguez L. The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): Rates and Predictors of Alcohol Abuse and Dependence Across Hispanic National Groups. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008 May; 69(3): 441–448.
16. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Blanco J, Zambrano J, Rojas E, Ramirez M. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction* 2007; 102(8): 1261-8.
17. Bobak M, McKee M, Rose R, Marmot M. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction* 1999;94(6): 857-66.
18. Caetano R. Non-response in alcohol and drug surveys: a research topic in need of further attention. *Addiction* 2001;96:1541-1545.
19. Rigotti NA, Lee JE e Wechsler H. US college students' use of tobacco products: results of a national survey. *JAMA*. 2000;284(6): 699-705.
20. Wells S, Graham K, West P. Alcohol-related aggression in the general population. *J Stud Alcohol* 2000;61(4): 626-32.
21. Wild TC, Roberts AB, Cunningham J, Schopflocher D, Pazderka-Robinson H. Alcohol problems and interest in self-help: a population study of Alberta adults. *Can J Public Health* 2004; 95(2): 127-32.

**Table 1 – Self-representative cities**

<b>City</b>	<b>Region</b>	<b>Population</b>	<b>Sectors</b>
São Paulo	Southeastern Region	10677017	19
Rio de Janeiro	Southeastern Region	5974082	11
Salvador	Northeastern Region	2556430	5
Belo Horizonte	Southeastern Region	2305813	4
Fortaleza	Northeastern Region	2256235	4
Brasília	Center-Western Region	2189792	4
Curitiba	Southern Region	1671193	3
Manaus	Northern Region	1527314	3
Recife	Northeastern Region	1461318	3
Porto Alegre	Southern Region	1394087	3
Belém	Northern Region	1342201	2
Guarulhos	Southeastern Region	1160469	2
Goiânia	Center-Western Region	1146103	2
Campinas	Southeastern Region	1006919	2
<b>Total</b>		<b>36,668,973</b>	<b>67</b>

**Table 2 – Initial Response Rate obtained for the normal sample and the extra quota**

<b>Region</b>	Allotted		Interviews		Response		
	households	in the	performed	the	Estimated	Rate obtained	
	in	normal	in	normal	Response	Rate	
	sample	sample	sample	sample	Rate	Rate	
					PESB	obtained for the	
						extra	
						quota	
						Rate	
						obtained for the	
						Normal sample	
<b>Brasilia</b>	44		26		73%	59%	80%
<b>CO Capital</b>	68		48		71%	71%	36%
<b>CO Interior</b>	168		124		76%	74%	50%
<b>NE Capital/RM</b>	251		159		76%	63%	61%
<b>NE Interior</b>	700		560		78%	80%	77%
<b>NO Capital</b>	70		46		80%	66%	55%
<b>NO Interior</b>	180		118		80%	66%	73%
<b>SE Interior</b>	860		430		65%	50%	40%
<b>SE RM BH</b>	72		32		67%	44%	23%
<b>SE RM RJ</b>	241		125		63%	52%	59%
<b>SE RM SP</b>	591		161		55%	27%	18%
<b>SUL Interior</b>	416		207		69%	50%	38%
<b>SUL RM</b>	139		67		58%	48%	19%
<b>Total</b>	<b>3800</b>		<b>2103</b>		<b>68%</b>	<b>55%</b>	<b>44%</b>

**Table 3 – Arrangement of Interviews at the End of the Final Stage of Field Work by Region of the Country: Normal Sample (in percentage)**

Region	Events			
	Refusal	Full	NEC	Total
Brasília	25.0	59.1	15.9	100.0
CO Capital	20.6	70.6	8.8	100.0
CO Interior	17.1	72.9	10.0	100.0
NE Capital/RM	14.8	64.3	20.9	100.0
NE Interior	10.4	79.1	10.5	100.0
NO Capital	11.4	65.7	22.9	100.0
NO Interior	21.8	65.9	12.3	100.0
SE Interior	23.6	50.2	26.2	100.0
SE RM BH	<b>47.2</b>	44.4	<b>8.3</b>	100.0
SE RM RJ	28.3	52.1	19.6	100.0
SE RM SP	<b>35.7</b>	27.4	<b>36.9</b>	100.0
SUL Interior	<b>30.7</b>	50.5	18.8	100.0
SUL RM	<b>38.1</b>	48.2	<b>13.7</b>	100.0
<b>Total</b>	<b>23.8</b>	<b>55.5</b>	<b>20.6</b>	<b>100.0</b>

**Table 4 – Events in the extra quota (in percentage)**

<b>Region</b>	<b>Events</b>			
	<b>Refusal</b>	<b>Full</b>	<b>NEC</b>	<b>Total</b>
Brasilia	0.0	80.0	20.0	100.0
CO Capital	36.4	36.4	27.3	100.0
CO Interior	37.9	50.0	12.1	100.0
NE Capital/RM	17.6	60.8	21.6	100.0
NE Interior	9.3	77.5	13.2	100.0
NO Capital	20.0	55.0	25.0	100.0
NO Interior	15.9	72.7	11.4	100.0
SE Interior	26.8	40.5	32.7	100.0
SE RM BH	67.7	22.6	9.7	100.0
SE RM RJ	18.0	59.0	23.0	100.0
SE RM SP	36.5	18.2	45.3	100.0
SUL Interior	40.7	37.8	21.5	100.0
SUL RM	62.2	18.9	18.9	100.0
<b>Total</b>	<b>29.5</b>	<b>44.4</b>	<b>26.1</b>	<b>100.0</b>

**NEC – Nobody home**

**Table 5 – Summary of the Final Response Rate**

Regions	Interviews Performed		Allotted households		% Households with Adolescents*	Estimated Over	Response Rate	
	Normal	Extra Quota	Normal	Extra Quota			Normal	Extra Quota
Brasilia	26	4	44	24	23%	6	59%	72%
CO Capital	49	4	68	45	23%	10	72%	39%
CO Interior	124	29	168	112	25%	28	74%	103%
NE Capital/RM	171	36	251	163	24%	39	68%	93%
NE Interior	563	114	700	489	27%	133	80%	86%
NO Capital	42	10	70	54	23%	12	60%	80%
NO Interior	123	33	180	120	25%	30	68%	109%
SE Interior	541	99	860	620	21%	131	63%	76%
SE RM BH	43	5	72	52	18%	9	60%	54%
SE RM RJ	145	30	241	192	18%	34	60%	88%
SE RM SP	351	61	591	436	21%	92	59%	66%
SUL Interior	266	54	416	278	21%	60	64%	91%
SUL RM	78	6	139	91	19%	17	56%	35%
	<b>2522</b>	<b>485</b>	<b>3800</b>	<b>2676</b>	<b>22%</b>	<b>601</b>	<b>66%</b>	<b>81%</b>

\*Source PNAD 2004

Note: the regions adopted in this survey correspond to:

**CO Capital** - **Capital Center-Western**

**CO Interior** - **Countryside Center-Western**

**NE Capital/RM** - **Capital/Metropolitan Northeastern**

**NE Interior** - **Countryside Northeastern**

**NO Capital** - **Capital Northeastern**

**NO Interior** - **Countryside Northeastern**

**SE Interior** - **Countryside Southeastern**

**SE RM BH** - **Metropolitan Region of Belo Horizonte Southeastern**

**SE RM RJ** - **Metropolitan Region of Rio de Janeiro Southeastern**

**SE RM SP** - **Metropolitan Region of São Paulo Southeastern**

**SUL Interior** - **Countryside Southern**

**SUL RM** - **Metropolitan Region Southern**



<http://jiv.sagepub.com/>

[1]: [J Interpers Violence](#). 2009 Jun 2. [Epub ahead of print] [Links](#)

***Intimate Partner Violence and Contribution of Drinking and Sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey.***

[Zaleski M](#), [Pinsky I](#), [Laranjeira R](#), [Ramisetty-Mikler S](#), [Caetano R](#).

Federal University of Santa Catarina, Brazil.

Purpose: To estimate prevalence rates of intimate partner violence (IPV) among Brazilian couples and to assess the contribution of drinking and sociodemographic factors to the risk of IPV. Methods: A sample consisting of 1,445 married or cohabitating males and females in the Brazilian population was interviewed. The survey response rate was 66%. Results: The analyses indicate 10.7% and 14.6% prevalence, respectively for male-to-female and female-to-male IPV. Males were drinking in 38.1% of IPV events and females in 9.2%. The male's partner was drinking in 30.8% and the females' partner in 44.6% of IPV acts. Bivariate associations between violence and sociodemographics were found for age groups, household monthly income and educational level. Logistic regression analysis indicate that younger age for both male and female partners, men with no religious affiliation and women who are homemakers are significant predictors of violence. Conclusion: This survey provides important information to further IPV research in Brazil.)

( [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19491308?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19491308?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum) )

**Intimate Partner Violence and Contribution of Drinking and Sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey.**

**Marcos Zaleski<sup>a</sup>, Ilana Pinsky<sup>b</sup>, Ronaldo Ramos Laranjeira<sup>b</sup>, Suhasini Ramisetty-Mikler<sup>c</sup> and Raul Caetano<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Psychiatry Nucleus, Federal University of Santa Catarina, Brazil

<sup>b</sup> Psychiatry Department, Federal University of Sao Paulo, UNIAD, Brazil

<sup>c</sup> University of Texas School of Public Health, Dallas, Texas, USA

**Abstract**

*Purpose:* To estimate prevalence rates of intimate partner violence (IPV) among Brazilian couples and to assess the contribution of drinking and socio-demographic factors to the risk of IPV. *Methods:* A multistage area probability sample consisting of 1445 married or cohabitating males and females in the Brazilian population was interviewed between November 2005 and April 2006. The survey response rate was 66%. *Results:* The analyses indicate a 10.7% prevalence of male-to-female intimate partner violence and a 14.6% prevalence of female-to male intimate partner violence (including mutual aggression, perpetration only and victimization only episodes). Males were drinking in 38.1% of IPV events and females in 9.2%. The male's partner was drinking in 30.8% and the females' partner in 44.6% of IPV acts. Bivariate associations were found between age, household monthly income and for both male and female violence and with female educational level with female violence. Logistic regression analysis indicates that younger age is a significant predictor of both male and female violence. Further, men who reported no religious affiliation are more likely to perpetrate compared to Catholics. Women who are homemakers are less likely to perpetrate violence when compared to employed women. *Conclusion:* This first national survey provides important information to further research concerning IPV prevention in Brazil.

**Keywords:** Partner violence, Couples Violence, Brazilian Survey, Alcohol

## Introduction

Intimate Partner Violence (IPV) is being recognized worldwide as public health problem. Most of the research in this field has been carried out in developed nations, especially in the United States (US). Several US nationwide population-based surveys have been conducted in the past two decades including: National Family Violence Survey in 1975 and 1985; National Survey of Families and Households in 1988 and 1993; National Violence Against Women Survey in 1995; and National Longitudinal Couples Survey in 1995 and 2000 (Bumpass & James, 1997; Field & Caetano, 2005a; Straus & Gelles, 1990; Tjaden & Thoennes, 2000). In the second National Family Violence Survey, for example, it was found that 16% of American couples had experienced one or more types of IPV within the 12 months prior to the interviews. The majority of the assaults were considered as minor violence (e.g., slapping, pushing), but approximately a third of the events were referred to as severe (e.g., beating, choking, beating with an object, forcing sex, threatening with or using a knife or gun). The same study showed that the rate of male to female partner violence (MFPV) was similar to that of female to male partner violence (FMPV), which was also found in a previous 1975 study carried out by the same authors, and later confirmed by other studies (Straus & Gelles, 1990, Archer, 2000). Although females seem to perpetrate violence as much as their male partners, they are more likely than men to have severe injuries resulting from MFPV (Lipsey, Wilson, Cohen, & Derzon, 1997; Weinsheimer, Schermer, Malcoe, Balduf, &

Bloomfield, 2005). A study reported that approximately 20% of emergency department visits for trauma and 25% of homicides of women involved IPV (Rand & Strom, 1997). Overall, IPV estimates, based on US population-based national surveys conducted over the past decade, show that the 12 month rate of IPV among couples ranges between 17 and 39%, with rates of MFPV and FMPV among US couples being 13.6% and 18.2%, respectively (Schafer, Caetano, & Clark, 1998).

Past research with clinical samples have also established a consistent positive association between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event (Lipsky, Caetano, Field, & Larkin, 2005; Thompson & Kingree, 2006; Lipsky, Caetano, Field, & Bazargan, 2004). Some studies have demonstrated temporal associations between drinking and IPV, so that the conditional odds of perpetration of MFPV were 8.94 times higher when men drank in comparison with days of no consumption (Caetano, Schafer, Fals-Stewart, O'Farrell, & Miller, 2003). In general, males had been drinking in IPV events raging between 6 and 57% of the time and women found to be drinking between 10 and 27% of the time (Roizen, 1993).

The role of sociodemographic factors such age, household income, employment, religious affiliation, educational level and subject's neighborhood were also addressed in the literature (Cunradi, Caetano, & Schafer, 2002a). Higher prevalence of IPV was reported among couples who are younger, couples in, low socioeconomic status and those who live in impoverished neighborhoods (Sutor, Pillemer, & Straus, 1990; Cunradi, Caetano, Clark, & Schafer, 2000;

Caetano, Cunradi, Clark, & Schafer, 2000; Field, & Caetano, 2005b). On the other hand, past research has shown that homemakers and men who are church attendees have lower IPV risk for both MFPV and FMPV (Kalmuss & Straus, 1990; Cunradi, Carol, Caetano, & Schafer, 2002).

Much is already known about the association between sociodemographic characteristics, alcohol use and IPV in the U.S. This is not true of Brazil. In spite of being the largest country of South America, with a population of over 180 million people and the eleventh biggest economy, no national population-based study has investigated the role of sociodemographic characteristics as risk factors for IPV in Brazil. Further, even though IPV occurs among all ethnic groups in the United States, some groups have higher rates than others (Caetano, Schafer, & Cunradi, 2001; Caetano, Ramisetty-Mikler, Vaeth, & Harris, 2007). Unlike North Americans, Brazilians are known by their unique mixture of races, which makes it more difficult to identify and study ethnic minorities, except for the native Amazon Indians. However, as a pioneering national study, the rationale to justify the importance of this kind of research is in the analyses of cultures and people from different countries. In Brazil for instance, the Federal Government officers can not rely in local clinical studies or in international research only to establish IPV prevention public policies, since few studies of IPV have been conducted and published in Brazil. Most of those studies address violence against women, such as IPV reports from local hospitals emergency data and partner violence acts during pregnancy (Deslandes, Gomes, Furtado, & Silva, 2000; Moraes & Reichenheim, 2002). In a recent survey conducted by the

World Health Organization (WHO) 24,097 women were interviewed in 10 countries, cities and rural areas, including Brazil (1,172 women in the largest city, São Paulo, and 1,473 in *Zona da Mata* - Forest Zone – Pernambuco state, a rural and poverty stricken Northeastern area of the country). The results show a lifetime prevalence of physical violence by a partner in 40% of cases in São Paulo and 37% in *Zona da Mata*. The survey also found combined physical and sexual violence rates of 29% and 37% in São Paulo and *Zona da Mata*, respectively (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006). A recent cross-sectional population-based study conducted in 15 Brazilian state capitals and the Federal District, Reichenheim *et al.* (2006) interviewed 6,760 women above 15 years or older, and found 21.5% and 12.9% of male-to-female partner violence (MFPV) and female-to-male partner violence (FMPV), respectively.

The objective of this paper is to report prevalence rates of intimate partner violence (IPV), assess the contribution of drinking during the IPV event and identify the sociodemographic factors of MFPV and FMPV.

## **Methods and Analysis**

### *Sample and Data Collection*

The subjects included in the current analysis (N=1445) are a part of the first Brazilian National Alcohol Survey, conducted by the University of Sao Paulo's Unidade de Estudos de Alcool e Outras Drogas (UNIAD), Sao Paulo, Brazil. The data were collected between November 2005 and April 2006 and

used a multistage cluster sampling procedure to select 3,007 individuals who are 14 years or older representing the Brazilian household population. The sampling involved 3 stages: Stage 1: selection of 143 counties using probability proportional to size methods (PPS). Stage 2: selection of 2 census sectors for each county, with the exception of the 14 biggest selected counties, totaling 325 census sectors, also using PPS. Stage 3: within each census sector 8 households were selected by simple random sampling, followed by the selection of a household member to be interviewed using the “the closest future birthday” technique.

One-hour face to face interviews were conducted in the respondent’s home by trained interviewers using a standardized closed questionnaire. A total of 2,522 interviews were conducted with respondents 14 years of age and older, and 485 interviews were conducted with respondents 14 to 17 years of age (adolescent oversample). This paper analyzes only data from males ( $n=631$ ) and females ( $n=814$ ) who are married or living with someone in a marital relationship. The study was approved by a human subjects/internal review board process at the university (code: CEP 1672/04). All respondents signed an informed consent form and were assured of the confidential nature of the study before the interview. The interview was conducted without the presence of another person, in a separate room or even outside the house, keeping a safe distance from other relatives or any other subject in the household. They were told that this was a pioneer national study in domestic violence and that their participation was important to guide future government public policies. All subjects less than 18

years old were required parental consent. The overall response rate was 66.4%. The original Portuguese language questionnaire form may be viewed by accessing the Internet site [www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br).

### *Measures*

#### Intimate Partner Violence and Alcohol Use Variables

Respondents were asked a total of 9 questions about the occurrence of different types of violent behaviors in the last 12 months, including: minor violence (throwing something; pushing, grabbing, or shoving; slapping) and severe violence (kicking, biting, or hitting; hitting or trying to hit with something; burning or scalding; forced sex; threatening with a knife or gun; using a knife or gun). First, the respondents were asked if they have perpetrated these acts against their partner (perpetration), and then were asked to report if their partner has perpetrated these acts against them (victimization). Based on their responses, a 4-level variable was created: 1) if they responded “yes” to both perpetration and victimization they were categorized under “mutual violence”; 2) if they responded “yes” to any item only for perpetration, they were categorized as “perpetration only”; 3) if they responded “yes” to victimization, but they have not perpetrated, they were categorized as “victim only”; and 4) those who have not involved in any violence (both perpetration and victimization) were categorized as “no” violence group.. For the variable “any IPV”, we have considered the presence of any type of violence (either perpetration, victimization, or both) and created a dichotomy (1=yes if any type of violence is present; and 0=no if no

violence is present) using the above four categories. Drinking during the event was assessed following a positive report regarding IPV, with the question being then repeated, and the subject asked if he/she or his/her partner was drinking during the IPV act. All questions were adapted from the Conflict Tactics Scale, form R. (Straus,1979; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996).

### Sociodemographic Variables

**Age.** Years of age were recorded for each respondent, and categorized into 5 groups: (14-29, 30-39, 40-49;50-59; 60 or over). **Income.** The actual total monthly household income reported in Brazilian currency was converted to US dollars and was grouped into 5 categories: US\$200 or less, US\$201-400, US\$400-600, US\$601-800, US\$801 or more. **Employment status:** Male respondents were categorized into 2 groups based on the employment status: employed/working/student and unemployed/retired/disability. For females a third category was added: homemakers. **Educational level:** The subjects were categorized into 4 groups: up to 5<sup>th</sup> grade; 6<sup>th</sup> to 9<sup>th</sup> grade; at least some or completed high school and at least some college. **Religious affiliation** included Catholic; Evangelic/Protestant; other and none. **Brazilian geographic regions:** North; Northeast; Center-west; Southeast and South.

### *Statistical analysis*

The rates of IPV were estimated, and  $\chi^2$  tests were employed to assess gender differences in the prevalence of IPV, as well as the bivariate association between IPV and sociodemographic variables. Logistic regression analyses were conducted to identify predictors of MFPV and FMPV. In this analysis, the

dependent variable was coded as a dichotomy: 1 if an incident of any one violence act was reported and 0 if no violence was reported.

To take into account the multistage, multicluster design, all analyses were conducted with the Software for Survey Data Analysis (SUDAAN) (Research Triangle Institute, 2001). Analysis was conducted on data weighted to correct for the probability of selection into the sample and non-response rates. Post-stratification weights were calculated to adjust the sample to known Census population distributions of sociodemographic variables.

## **Results**

### *Prevalence of any IPV, perpetration and victimization*

Table 1 represents the overall violence rates and the prevalence of different types of acts perpetrated by males and females in the Brazilian Survey. Females reported a significantly higher rate of any IPV (perpetration or victimization or both) than males ( $\chi^2=4.76$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ). The most prevalent type of minor violence perpetrated by men and women was “push, grab or shake”. Slightly less than a tenth of both men and women report perpetration of this type of violence., The most common type of violence reported in victimization episodes was “slapping”. In general, acts of severe violence have a lower prevalence than those of minor violence. The most common type of severe violence perpetrated by men and women or reported in victimization episodes was “hit with something”, About 2% of the men and 5% of the women reported hitting their partner with something. About 3% of men and 2% of women reported

that their partner hit with something (victimization). Men reported a level of mutual violence 1% lower than women (5.3% to 6.3%). Perpetration only was reported by about 4% of the men and 6 % of the women, and victimization by 1.5% of the men and 2.6% of the women.

### **INSERT TABLE 1 AROUND HERE**

#### *IPV and alcohol consumption during the event*

##### Perpetrator (subject) drinking

Nearly 40 % of the males and one tenth of the females interviewed reported drinking during the IPV ( $\chi^2 = 19.38$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ). Males reported similar rates of drinking in the case of “mutual” violence and during “only perpetration”. While the figures for male perpetration drinking during IPV were above 15%, females reported only around 1-2% of prevalence for “mutual” and “only perpetration” acts. Both males and females reported a prevalence of about 5% regarding “only victimization” IPV and drinking episodes. See Table 2.

##### Partner drinking

Almost half of the female subjects and one third of males reported that her/his partner was drinking during an IPV episode ( $\chi^2=3.73$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ). Female also reported partner “mutual” and “only perpetration” rates about twice as much as males. On the other hand males reported 1.5 times higher partner victimization rates than females. Results are shown in Table 2.

**INSERT TABLE 2 AROUND HERE***Bivariate association between Male to Female Perpetration Violence (MFPV) and Female to Male Perpetration Violence (FMPV) and Sociodemographic Factors*

We examined bivariate associations between MFPV, FMPV and sociodemographic factors including age, household monthly income, educational levels, employment status, religious affiliation, and Brazilian political/geographic regions.

Age has a significant bivariate association with both male and female perpetration ( $\chi^2 = 13.69$ ,  $df=4$ ,  $p<0.05$  and  $\chi^2 = 24.61$ ,  $df=4$ ,  $p<0.001$ , respectively). The highest rates were observed in the 14-29 years of age group and the lowest for the 60 or over age group.

Household income has a significant association with both MFPV and FMPV reports ( $\chi^2 = 13.24$ ,  $df=4$ ,  $p<0.05$  for males and  $\chi^2=11.32$ ,  $df=4$ ,  $p<0.05$  for females).

A significant association between FMPV and female educational level ( $\chi^2 = 8.19$ ,  $df=3$ ,  $p<0.05$ ), with highest rate being reported in the group with at least some high school education.

No significant associations were found for employment, religious affiliation and geographic regions. Results are shown in Table 3.

**INSERT TABLE 3 AROUND HERE**

### *Sociodemographic predictors of IPV*

Age group-specific multivariate logistic regression models for both MFPV and FMPV were developed. The results revealed that, the risk factors for MFPV were couples with age between 14-29 years when compared to those who are 60 years or older and men with no religious affiliation when compared to catholics.

Among females, the results showed that the younger age between 14-29 years when compared to those who are 60 years or older is also a risk factor for FMFPV, even though the significance was lower than the one observed for MFPV. Results also showed that housewives have lower risk for FMPV. Results are shown in Table 4.

## **INSERT TABLE 4 AROUND HERE**

### **Discussion**

#### *Prevalence of IPV and alcohol consumption during the event*

This is the first Brazilian national study in the field of intimate partner violence to use a multistage cluster sampling procedure, thus generating results that are applicable to the Brazilian population as a whole. The IPV prevalence rates found in this national Brazilian sample are lower than the rates found in some specific US population surveys and in a recent Brazilian urban study (Caetano, Cunradi, Clark, & Schafer, 2000; Reichenheim *et al.*, 2006). “Push, grab or shake” and “hit with something” were the most prevalent types of IPV, among minor and severe violent acts. Surprisingly, females reported higher rates of both minor and severe

perpetration episodes than males (despite the fact that men are usually more violent than women). This may result from the fact that men seem to underreport perpetration of violence more often than women (Caetano, Schaefer, Field, & Nelson, 2002). On the other hand, women may fear reprisal, stigmatization, and other negative outcomes if they reveal experiences of victimization, which might have contributed to underreporting (Miller, Wilsnack & Cunradi, 2000). The fail to report IPV by female victims may bias results regarding male perpetration or female victimization. In Brazil, new policies and laws are trying to reduce this fear. In 2006, an already popular law called *Lei Maria da Penha* - named after a woman victim of MFPV - was created to protect women from male aggression. In our study, of those who were involved only in victimization, women reported higher rates than men.

Report of men drinking during the IPV events is nearly four times more often than women. The gender difference in drinking during the IPV events perhaps reflects the general drinking rates which are higher for men than for women. However, a full understanding of this relationship based on survey data only is difficult because of its complexity. The association between alcohol and IPV includes not only drinking at the time of the event but also frequency and patterns of alcohol consumption, presence or absence of alcohol related problems and/or alcohol dependence (Cunradi, Caetano, & Schafer, 2002b).

*MFP , FMPV and Sociodemographic Factors*

The association between IPV and sociodemographic variables is well established based on several studies conducted in the last 30 years: gender; age; income; employment; religious affiliation, educational level and residence area are some of the most analyzed (Straus, 1979).

Bivariate analysis revealed an association between IPV and age, and results for the association of “household income” and “educational level” groups with IPV were inconsistent, in the first case mainly due to sample missing data. Younger age was confirmed as predictor for MFPV and FMPV. This result is consistent with other findings, stating a negative relationship between age and IPV. Some researchers argue that social desirability - which has higher scores in elderly groups - and other independent and still unknown factors could contribute to this finding (Sutor, Pillemer, & Straus, 1990).

The findings from multivariate analyses indicate that homemakers are less likely to perpetrate, when compared to employed women. Other authors have also found a negative relation between MFPV and marital dependency: husbands of dependent wives can maintain their dominant positions without resorting to violence because their wives are in no position to question their dominance (Kalmuss & Straus, 1990). In our study, aspects such as socioeconomic homemakers dependence and submission to husband may explain this protective factor. This finding, however, differently from other predictor of IPV violence, apparently does not contribute to specific policy and interventions regarding employed women.

The five different Brazilian political/sociogeographic regions were not significant predictors of IPV. This result was somewhat surprising, since there is a great economic and cultural difference among those regions, with most of the country's poor population being concentrated in the less developed North and the Northeast region states.

Logistic regression showed that males with no religious affiliation had a higher probability of perpetrating IPV when compared to Catholic males. These results confirm past research findings that religion is a protective factor for IPV (Cunradi, Carol, Caetano, & Schafer, 2002). Other studies indicated that men and women who are frequent religious church attendees reported significantly lower rates of IPV perpetration and victimization, respectively, than those who are infrequent religious church attendees (Cunradi, Carol, Caetano, & Schafer, 2002). In Brazil, this is the first finding showing that religion is a protective factor for this kind of domestic violence.

#### *Study findings and implications for Brazilian policies and interventions programs*

Overall, our study findings have important implications for developing awareness and intervention programs and policies to prevent or reduce family violence. In the last decade, several Women's Defense Precincts have been created throughout the Country. However, victims do not have access to comprehensive medical and psychological support. This legal and important instrument should be integrated with other state departments, like Secretary of Security, Justice and Education (Blay, 2003). Brazilian health facilities are also a

good instrument to detect IPV cases in clinical settings, but those services should have well trained professionals. In a general way, health professionals take care of the victim's injuries only, and "close their eyes" to the real reasons behind it (Garbin, C, Garbin A & Dossi, 2006). It seems that Women's Defense Precincts and health facilities are not prepared to efficient IPV counseling. This lack of integration among different services may be minimized by adding new scientific information about the facts influencing IPV in Brazil, such as local data regarding the significant influence of alcohol drinking during IPV events.

With a nationally representative scientific local data available, government officials may understand the need to increase the number of existing services and provide more integration with alcohol abuse prevention and treatment centers. Moreover, they could start a public health campaign that cautions about drinking and arguing, develop special interventions to reach high risk populations such as younger couples, and even involve eventually churches in IPV prevention programs.

### **Study Strengths and Limitations**

The sample under analyses is representative of couples in Brazil. The fact that the interviews were conducted face-to-face is also important, since past research shows that, when compared to telephone and self-administered questionnaires sent by mail, face-to-face interviews may decrease under-reporting of partner violence (Caetano, 2001).

This study had also some limitations. Only one partner in the dyad was interviewed, a procedure that may lead to underreporting of IPV (Caetano, Schafer & Cunradi, 2001). Further, multivariate analyses do not consider the frequency of violence, and do not differentiate couples with reciprocal violence from those where the violence was perpetrated either by males or females alone. The sample size was small for some specific subgroups analysis, as the different sub-types of moderate and severe IPV. Also, logistic models did not include household monthly income due to a very high percentage (64%) of missing data. This high non-response rate can be justified by Brazilian population's socioeconomic and cultural factors. People are usually afraid to report their true income, either for security or legal reasons. As epidemiological surveys in the country are not frequent, subjects tend to withhold financial information, even though they were willing to respond to the survey.

Finally, our study reinforces the need for urgent measures for IPV and alcohol consumption during the event, and we hope that this first national study on IPV and drinking among Brazilian couples may be a reference for future guidelines regarding IPV in Brazil.

### **Acknowledgements**

Work on this article was supported by a contract from the Brazilian Government National Secretary on Drug Policies (SENAD) to UNIAD, UNIFESP.

## References

1. Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-80.
2. Blay, E. A. (2003). Violence against woman and public policies. *Estud. Av*, 17(49), 87-98.
3. Bumpass, L. L., & James, A. S. (1997). National Survey of Families and Households: Wave I, 1987-1988, And Wave II, 1992-1994. Madison, WI: University of Wisconsin, Center for Demography and Ecology. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research.
4. Caetano, R (2001). Non-response in alcohol and drug surveys: a research topic in need of further attention. *Addiction*; 96, 1541-5.
5. Caetano, R., Cunradi, C. B., Clark, C. L., & Schafer, J. (2000). Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U.S. *Journal of substance abuse*, 11(2), 123-38.
6. Caetano, R, Ramisetty-Mikler, S, Caetano Vaeth, P. A., & Harris, T. R. (2004). Acculturation stress, drinking, and intimate partner violence among Hispanic couples in the U.S. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(11), 1431-47.

7. Caetano, R., Schafer, J., & Cunradi, C. B. (2001). Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*; 25(1), 58-65.
8. Caetano, R., Schafer, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T., & Miller, B. (2003). Intimate partner violence and drinking: new research on methodological issues, stability and treatment. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(2), 292-300.
9. Caetano, R., Schaefer, J., Field, C., Nelson, S. (2002). Agreement on Reports of Intimate Partner Violence Among White, Black, and Hispanic. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 1308-22.
10. Cunradi, C. B., Caetano, R., & Schafer, J. (2002b). Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26(4), 493-500.
11. Cunradi, C. B., Caetano, R., & Schafer, J. (2002a). Socioeconomic predictors of intimate partner violence among white, black, and hispanic couples in the United States. *Journal of family violence*, 17, 377-89.

12. Cunradi, C. B., Caetano, R., Clark, C., & Schafer, J. (2000). Neighborhood poverty as a predictor of intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States: a multilevel analysis. *Annals of epidemiology*, 10(5), 297-308.
13. Cunradi, C., Carol, B., Caetano, R., & Schafer, J. (2002). Religious Affiliation, Denominational Homogamy, and Intimate Partner Violence Among U.S. Couples. *Journal for the scientific study of religion* , 41(1), 139-151.
14. Deslandes, S. F., Gomes, R., Furtado, M. C., & Silva, P. (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 129-37.
15. Field, C. A., & Caetano, R. (2005a). Intimate partner violence in the U.S. general population: progress and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 463-469.
16. Field, C. A., & Caetano, R. (2005b). Longitudinal model predicting mutual partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States general population. *Violence and victims*, 20(5), 499-511.
17. Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., Dossi, A. P. *et al.* (2006). Domestic violence: an analysis of injuries in female victims. *Cad. Saúde Pública* , 22 (12), 2567-2573.

18. Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543),1260-9.
19. Kalmuss, D. S., & Straus, M. (1990). Wife's marital dependency and wife abuse. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families.*(pp. 369-82). New Brunswick, NJ. Transaction Books.
20. Lipsey, M. W., Wilson, D. B., Cohen, M. A., & Derzon, J. H. (1997). Is there a casual relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 245-82.
21. Lipsky, S., Caetano, R., Field, C. A., & Bazargan, S. (2004). Violence-related injury and intimate partner violence in an urban emergency department. *Journal of Trauma-Injury and Infection & Critical Care*, 57(2), 352-9.
22. Lipsky, S., Caetano, R., Field, C. A., & Larkin, G. L. (2005). Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 407-12.

23. Miller, B. A., Wilsnack S. C., Cunradi C. B. (2000). Family violence and victimization: treatment issues for women with alcohol problems. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 24(8), 1287-97.
24. Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2002). Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 79, 269-77.
25. Rand, M., & Strom, K. (1997). Violence-related injuries treated in hospital emergency departments. Bureau of Justice Statistics special report. Washington, DC: US Department of Justice; publication NCJ-156921.
26. Research Triangle Institute. (2001). Software for survey data analysis (SUDAAN). Release 8.0. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
27. Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Szklo, A., Hasselmann, M. H., de Souza, E. R., Lozana, J. de A., & Figueiredo, V. (2006). The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 425-37.

28. Roizen, J. (1993). Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In S. E. Martin (Ed.), *Recent Developments in Alcohol: Alcohol and Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives* (Martin SE ed.), (pp 3-36). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD.
29. Schafer, J., Caetano, R., Clark, C. L.(1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health; 88(11)*, 1702-4.
30. Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). How violent are American families? Estimates from a national family violence resurvey and other studies. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families.*(pp. 95-112). New Brunswick, NJ. Transaction Books.
31. Straus, M. A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scale (CTS2). *Journal of family issues, (3)17*, 283–316.
32. Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics Scale (CTS). *Journal of marriage and the family, 41*, 75–88.
33. Sutor, J. J., Pillemer, K., & Straus, M. (1990). Marital violence in a life course perspective. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical Violence in American*

families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families.(pp. 305-17). New Brunswick, NJ. Transaction Books.

34. Thompson, M. P., & Kingree, J. B. (2006). The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(2), 163-77.

35. Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and Consequences of Male-to-female and Female-to-male Intimate Partner Violence as Measured by the National Violence Against Women Survey Partner Violence as Measured by the National. *Violence Against Women, 6*, 142 - 61.

36. Weinsheimer, R. L., Schermer, C. R., Malcoe, L. H., Balduf, L. M., Bloomfield, L. A. (2005). Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *Journal of Trauma-Injury and Infection & Critical Care, 58*(1), 22-9.

**Contact Information:**

Marcos Zaleski

R. Itapecerica, 14

Bairro Itacorubi

Florianópolis

Santa Catarina State

Brazil

88034-420

Phone Number: (55)(48)32255334

E-mail: [mzaleski@terra.com.br](mailto:mzaleski@terra.com.br)

**Table 1**  
**Prevalence of any IPV, perpetration and victimization in the Past 12 Months**

<i>IPV Violence Status</i>	<i>Male IPV</i> <i>n=631</i>		<i>Female IPV</i> <i>n=814</i>		$\chi^2$ (df)
<b>Any IPV</b> (including Mutual, Only Perpetration and Only Victimization Status)	<b>10.7</b>		<b>14.6</b>		<b>4.76(1)*</b>
<b>Minor/Severe Acts</b>	<b>Perpetration</b>	<b>Victimization</b>	<b>Perpetration</b>	<b>Victimization</b>	
<b>Minor Acts</b>					
Throw something	2.2	3.4	6.0	2.7	
Push, grab or shake	7.4	4.1	9.3	6.3	
Slap	3.2	4.2	6.0	3.9	
<b>Severe Acts</b>					
Kick or bite	0.9	1.4	2.2	1.2	
Hit with something	1.6	2.9	5.5	2.2	
Burn	0.0	0.1	0.0	0.1	
Force sex	0.8	0.3	0.6	1.2	
Threaten Knife	0.4	1.5	1.2	0.9	
Use knife/gun	0.2	0.9	0.2	0.3	
<b>Violence Status</b>					
Mutual	5.3		6.3		
Only Perpetration	3.9		5.7		
Only Victimization	1.5		2.6		
No violence	<b>89.3</b>		<b>85.4</b>		

Note: Rates are reported in weighted percentage and "n" are unweighted.

\*p<0.05.

**Table 2**  
**Drinking During Intimate Partner Violence (IPV) Event in the Past 12 Months**

IPV Violence Status and Drinking	<i>Subject's Drinking and IPV Status</i>			Partner Drinking and IPV Status		
	Male Drinking (n=73)	Female Drinking (n=132)	$\chi^2$ (df)	Male Partner Drinking (n=73)	Female Partner Drinking (n=132)	$\chi^2$ (df)
Any IPV	38.1	9.2	19.38***	30.8	44.6	3.73(1)*
Violence Status	16.3	2.2		5.9	20.6	
Mutual	16.3	1.4		9.0	14.0	
Only Perpetration	5.5	5.6		15.9	10.0	
Only Victimization						
No Alcohol Consumption	61.9	90.8		69.2	55.4	

Note: Rates are reported in weighted percentage and "n" are unweighted.

\*p<0.05;\*\*\*p<0.001.

**Table 3**  
**Bivariate association between Male to Female Perpetration Violence (MFPV) and Female to Male Perpetration Violence (FMPV) and Sociodemographic Factors**

Sociodemographic Factors	Male Report of MFPV %(n)	Female Report of FMPV %(n)
<b>Age Groups</b>		
14-29	17.17 (146)	21.74 (213)
30-39	11.48 (167)	15.29 (245)
40-49	4.75 (119)	5.06 (165)
50-59	5.34 (86)	7.02 (104)
60 or more	4.90 (110)	5.29 (85)
	<b><math>\chi^2(df)</math></b>	
	<b>13.69(4)*</b>	<b>24.61(4)***</b>
<b>Household monthly income (US\$)</b>		
200 or Less	14.65 (44)	8.69 (74)
201-400	9.76 (68)	14.35 (107)
401-600	10.96 (45)	1.02 (41)
601-800	3.43 (31)	17.62 (37)
800 or more	0.00 (36)	16.14 (40)
	<b><math>\chi^2(df)</math></b>	
	<b>13.24(4)*</b>	<b>11.32(4)*</b>
<b>Educational level</b>		
Until 5 th grade	9.70 (198)	6.65 (209)
Until 9 th grade	8.58 (187)	13.31 (263)
At least some High School	11.85 (88)	16.76 (143)
At least some College	7.84 (155)	12.58 (197)
	<b><math>\chi^2(df)</math></b>	
	<b>0.89(3)</b>	<b>8.19(3)*</b>
<b>Employment</b>		
Employed/working/student	9.15 (607)	13.81 (441)
Unemployed/disability/retired	10.50 (20)	20.71 (351)
Housewife	NA	8.78 (15)
	<b><math>\chi^2(df)</math></b>	
	<b>0.03(1)</b>	<b>5.33(2)</b>
<b>Religion affiliation</b>		
Catholic	7.90 (452)	11.08 (551)
Adventist/protestant	9.33 (130)	11.95 (208)
Other	8.97 (21)	16.21 (29)
None	31.88 (25)	27.74 (24)
	<b><math>\chi^2(df)</math></b>	
	<b>2.90(3)</b>	<b>2.91(3)</b>
<b>Geographic Region</b>		
North	8.00 (35)	13.33 (44)
North-east	8.11 (2.44)	11.06 (309)
Center-west	14.59 (37)	19.57 (63)
South-east	10.02 (219)	9.04 (257)
South	8.89 (90)	16.01 (138)
	<b><math>\chi^2(df)</math></b>	
	<b>1.89(4)</b>	<b>6.51(4)</b>

Note: Figures in parenthesis represent the denominators specific to that subgroup.

Note: Rates are reported in weighted percentage and “n” are unweighted. \*p<0.05; \*\*\*p<0.001.

**Table 4**  
**Sociodemographic Predictors of**  
**Male to Female Perpetration Violence (MFPV) and**  
**Female to Male Perpetration Violence (FMPV)**  
**(OR and 95 Percent CI)**

<i>Socio-demographic Predictors</i>	<i>MFPV</i> (n=631)	<i>FMPV</i> (n=814)
<b>Age Groups</b> (Reference: 60 or more)		
14-29	<b>5.57 (1.68;18.46)**</b>	<b>4.05 (1.26;13.03)*</b>
30-39	3.09 (0.95,10.02)	2.66 (0.76,9.35)
40-49	1.22 (0.31,4.82)	0.91(0.24;3.43)
50-59	1.33 (0.43,4.09)	1.24 (0.33,4.70)
<b>Religion affiliation</b> (Reference: Catholic)		
Adventist/protestant	1.07 (0.53,2.15)	1.05 (0.53,2.10)
Other	0.94 (0.19,4.65)	1.62 (0.55,4.79)
None	<b>4.74 (1.40,16.11)*</b>	2.11 (0.65,6.86)
<b>Employment</b> (Reference: unemployed for Males and Employed for Females)		
Employed/working/student	1.20 (0.26,5.55)	
Unemployed/disability/retired		0.96 (0.24,3.90)
Homemaker <sup>§</sup>	NA	<b>0.56 (0.33, 0.95)*</b>
<b>Educational level</b> (Reference: at least some college)		
Until 5 th grade	2.58 (0.89,7.43)	1.00 (0.45,2.20)
Until 9 th grade	1.32 (0.54,3.24)	1.39 (0.70,2.71)
At least some High School	1.42 (0.53,3.79)	1.35 (0.68,2.65)
<b>Geographic Region</b> (Reference: South-east)		
<b>North</b>	0.64 (0.14,3.07)	1.64 (0.40,6.65)
<b>North-east</b>	0.67 (0.36,1.22)	1.31 (0.70,2.47)
<b>Center-west</b>	1.29 (0.54,3.12)	1.91 (0.83,4.43)
<b>South</b>	0.90 (0.39,2.12)	1.83 (0.92,3.61)

Note: § Homemaker category does not apply to Males

\*p<0.05; \*\*p<0.01.



Manuscrito nº 595

Prezado Colaborador Marcos Zaleski

Em nome da Editoria Científica, vimos comunicar-lhe que a segunda versão de seu manuscrito, intitulado “Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento: um levantamento nacional”, foi aprovado ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, uma vez que as nossas sugestões foram acatadas e incorporadas ao texto. A etapa final de aprovação ocorrerá na fase de preparo do manuscrito para divulgação, de responsabilidade de uma equipe técnica que poderá fazer sugestões importantes visando a uma perfeita comunicação aos leitores. Nessa ocasião, o manuscrito lhe será encaminhado para sua revisão e decisão final.

Esclarecemos que seu manuscrito será vertido para o inglês, pois a RSP a partir de 2009 passou a ser bilíngue em edição divulgada exclusivamente na Internet.

**Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores.**

Agradecendo pela sua valiosa contribuição a esta Revista, solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Cordialmente,  
Maria Teresinha Dias de Andrade  
Editora Executiva.

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG - [www.avg.com](http://www.avg.com)

Version: 8.5.339 / Virus Database: 270.12.92/2202 - Release Date:  
06/25/09 17:58:00

---

**Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool durante o evento:  
1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na  
população brasileira**

**Intimate partner violence and drinking during the event: the I Brazilian  
National Alcohol Survey**

Marcos Zaleski<sup>1</sup>, Ilana Pinsky<sup>2</sup>, Ronaldo Ramos Laranjeira<sup>2</sup>, Suhasini  
Ramisetty-Mikler<sup>3</sup> e Raul Caetano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Psiquiatria da Universidade Federal de Santa Catarina. Campus  
Universitário, Trindade, Florianópolis-SC, CEP 88040-970.

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatria, Unifesp. Rua Borges Lagoa , 564 - cj 44, CEP  
04038-000 – São Paulo – SP

<sup>3</sup>University of Texas School of Public Health. 5323 Harry Hines Boulevard, V8.  
112 Dallas, Texas, EUA, 75390-9128.

Universidade Federal de São Paulo

Rua Botucatu, 740 CEP 04023-900

Autor responsável: Marcos Zaleski, R. Osvaldo Rodrigues Cabral, 1570/222 CEP  
88015-710 Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: [mzaleski@terra.com.br](mailto:mzaleski@terra.com.br)

Esse projeto foi possível devido ao financiamento da Secretaria Nacional de  
Políticas sobre Drogas (SENAD).

Título Abreviado: Violência entre parceiros íntimos e uso de álcool.

**Resumo**

*Objetivo:* Prever índices de prevalência de violência entre parceiros íntimos (VPI) e da prevalência do consumo de álcool durante o evento, assim como a associação com as diferenças de gênero. *Métodos:* Amostra probabilística de múltiplos estágios composto por 1445 homens e mulheres casados ou vivendo em união estável, representativa de toda a população brasileira, entrevistados entre novembro de 2005 e abril de 2006. O índice de resposta à pesquisa foi de 66%. *Resultados:* As análises indicam que os homens apresentam uma prevalência geral de 10,7% de episódios de VPI e as mulheres 14,6%. Diferentes taxas de prevalência para os subtipos classificados como agressão mútua, somente perpetração e somente vitimização também são apresentados. Os homens consumiam álcool em 38,1% dos casos de VPI e as mulheres em 9,2%. Com relação à percepção de consumo de álcool pelo companheiro/a, o homem informa que sua parceira consumia em 30,8% dos episódios de VPI e a mulher que o seu parceiro fazia ingestão de álcool em 44,6% desses episódios. *Conclusão:* Esta primeira pesquisa nacional fornece informações importantes para pesquisas seguintes no Brasil relativas à VPI, e traz um conhecimento maior do relacionamento dinâmico entre VPI e consumo de álcool. Essas descobertas têm maiores implicações para o desenvolvimento de políticas relacionadas à prevenção de violência familiar.

***Palavras-Chaves:* Violência entre parceiros íntimos, Violência entre Casais, Pesquisa Brasileira, Álcool**

## **Abstract**

*Purpose:* To estimate prevalence rates of intimate partner violence (IPV) among Brazilian couples and the prevalence rates of drinking during the event, as well as the association with gender differences. *Methods:* A multistage area probability sample consisting of 1445 married or cohabitating males and females in the Brazilian population was interviewed between November 2005 and April 2006. The survey response rate was 66%. *Results:* The analyses indicate a 10.7% general prevalence of male-to-female intimate partner violence and a 14.6% general prevalence of female-to-male intimate partner violence. Other IPV episodes subtype prevalence rates including mutual aggression, perpetration only and victimization are also shown. Males were drinking in 38.1% of IPV events and females in 9.2%. Regarding perception of alcohol consumption by the partner, males informed that their female partner was drinking in 30.8% and females informed that their male partner was drinking in 44.6% of IPV events. *Conclusion:* This first national survey provides important information to further research in Brazil concerning IPV, rings a greater understanding of the dynamic relationship between IPV and drinking. These findings have greater implications for policy development concerning family violence prevention.

**Keywords:** Partner violence, Couples Violence, Brazilian Survey, Alcohol

## Introdução

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) vem sendo reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública. A maioria das pesquisas nesta área foi feita em países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos (EUA). Diversas pesquisas nacionais baseadas na população foram feitas nos EUA nas duas últimas décadas, incluindo: Pesquisa Nacional de Violência Familiar em 1975 e 1985; Pesquisa Nacional de Famílias e Lares em 1988 e 1993; Pesquisa Nacional de Violência Contra Mulheres em 1995; e Pesquisa Nacional Longitudinal de Casais em 1995 e 2000.<sup>11</sup> Na segunda Pesquisa Nacional de Violência Familiar, por exemplo, concluiu-se que 16% dos casais Americanos tinham passado por um ou mais tipos de VPI nos 12 meses antes das entrevistas. A maioria das agressões foi considerada violência leve (por exemplo, tapas, empurrão), mas aproximadamente um terço dos eventos foram relatados como graves (por exemplo, espancamento, estrangulamento, espancamento com um objeto, sexo forçado, ameaça com ou uso de uma faca ou arma de fogo). O mesmo estudo concluiu que o índice de violência entre parceiros de homens contra mulheres (HMVP) era semelhante ao de violência entre parceiros de mulheres contra homens (MHVP), conclusão alcançada em um estudo anterior em 1975 pelos mesmos autores, e depois confirmado por outros estudos.<sup>1,23</sup> Apesar de aparentemente as mulheres perpetrarem violência tanto quanto seus parceiros masculinos, elas tem maior probabilidade do que homens de sofrerem ferimentos graves resultantes de HMVP.<sup>25</sup> Um estudo relatou que aproximadamente 20% das visitas por trauma ao departamento de emergência e 25% dos homicídios de mulheres envolviam

VPI.<sup>19</sup> Sobretudo, estimativas de VPI, baseadas em pesquisas nacionais com base na população norte americana, conduzidas ao longo da última década, mostram que o índice de 12 meses de VPI entre casais varia entre 17 e 39%, com índices de HMVP e MHVP entre casais norte americanos de 13,6% e 18,2% respectivamente.<sup>22</sup>

Pesquisas anteriores também estabeleceram uma associação positiva consistente entre problemas masculinos e femininos relativos ao álcool ou dependência alcoólica e VPI.<sup>14,18</sup> Alguns estudos demonstraram associações temporais entre o álcool e a VPI, para que as probabilidades condicionais de perpetração de HMVP fossem 8,94 vezes mais altas quando os homens bebiam, em comparação com dias sem consumo de álcool. As probabilidades também foram 18,54 vezes mais altas em dias de consumo elevado em comparação com dias sem consumo de álcool.<sup>6</sup> Estudos com a população geral indicam que uma grande proporção de indivíduos está bebendo quando a violência ocorre, e que bebedores pesados (“heavy drinkers”), consumidores sem controle e aqueles que registram problemas relacionados ao álcool têm maior probabilidade de se envolverem em relacionamentos violentos do que aqueles que se abstêm ou bebem com moderação. Por exemplo, entre casais que relatam VPI masculino moderado, 34% dos homens e 16,1% das mulheres tinham registrados problemas relacionados ao álcool nos 12 meses anteriores. Esses problemas eram maiores entre casais que registraram VPI masculino severo, em que quase metade dos homens e um quarto das mulheres relataram problemas relacionados ao álcool no ano anterior. Em contraste, os índices mais baixos de

problemas relacionados ao álcool foram encontrados nos casais que não registraram nenhum episódio de VPI nos 12 meses anteriores.<sup>8</sup>

Pesquisas anteriores mostraram que aqueles com problemas relacionados ao álcool têm maior probabilidade de registrarem VPI do que aqueles sem problemas, independentemente se a violência foi perpetrada pelo homem ou pela mulher.<sup>5</sup> Estimando a associação entre a quantidade de álcool consumido e episódios de VPI, um estudo recente descobriu que toda a perpetração de HMVP e MHVP aumenta significativamente com uma frequência de consumo de 5 ou mais bebidas por ocasião.<sup>4</sup> Em geral, os homens haviam consumido álcool durante eventos de IPV entre 6 e 57% das ocasiões, e a mulheres entre 10 e 27% das ocasiões.<sup>21</sup>

Apesar da forte evidencia científica de que o consumo de álcool está relacionado ao maior risco de VPI, nenhum estudo populacional em nível nacional no Brasil investigou essa associação até o presente momento. Foram poucos os estudos de VPI conduzidos e publicados no Brasil, a maioria deles trata de violência contra mulheres, como por exemplo, relatórios de VPI dos dados de emergência de hospitais locais e atos de violência cometidos pelo parceiro durante gravidez.<sup>9,17</sup> Em uma pesquisa recente conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 24.097 mulheres foram entrevistadas em 10 países, cidades e áreas rurais, incluindo o Brasil (1.172 mulheres na maior cidade, São Paulo, e 1.473 na Zona da Mata – estado de Pernambuco, uma área rural e pobre do Nordeste do país). Os resultados mostram uma prevalência ao longo da vida de violência física por parceiros em 40% dos casos em São Paulo e 37% na Zona da Mata. A pesquisa também encontrou índices de violência sexual e física combinados de 29% e 37% em São Paulo e

Zona da Mata, respectivamente.<sup>13</sup> Em um recente estudo populacional transversal conduzido em 15 capitais estaduais Brasileiras e o Distrito Federal, foram entrevistadas 6.760 mulheres com mais de 15 anos, e os resultados evidenciaram 21,5% e 12,9% da violência de parceiro homem contra mulher (HMVP) e violência de parceiro mulher contra homem (MHVP), respectivamente.<sup>20</sup>

O objetivo deste estudo é o de apresentar a prevalência de violência de parceiros íntimos e a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas durante os eventos de VPI, assim como a associação com as diferenças de gênero.

## **Métodos e Análise**

### *Coleta de Amostras, Dados e Medidas*

Os sujeitos incluídos na presente análise (N=1445) fazem parte do I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool no Brasil, conduzido pela Unidade de Estudos de Álcool e Outras Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados entre novembro de 2005 e abril de 2006, e usaram um procedimento de amostra aleatória por conglomerados em múltiplos estágios para selecionar 3.007 indivíduos com idades a partir de 14 anos, os quais representam a população doméstica Brasileira. A amostragem envolveu 3 fases: 1ª Fase: seleção de 143 municípios usando o método de probabilidade proporcional ao tamanho (PPT). 2ª Fase: seleção de 2 setores censitários para cada município, com a exceção dos 14 maiores municípios selecionados, num total de 325 setores censitários, também usando PPT. 3ª Fase: dentro de cada setor 9 lares foram selecionados por amostra aleatória simples, seguida pela seleção de um

membro da família para ser entrevistado usando a técnica do "aniversário futuro mais próximo".

Entrevistas pessoais com durações de uma hora foram conduzidas na casa do entrevistado, por entrevistadores treinados usando um questionário fechado padronizado. A amostra global do I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira foi composta por um total de 2.522 entrevistas, com idades a partir de 14 anos, e 485 entrevistas foram conduzidas com entrevistados com idades entre 14 e 17 anos (amostra extra de adolescentes). Dentro desse universo foram selecionados para o presente estudo, através de um mecanismo de "pulos" desenhado no questionário, apenas dados de homens (n=631) e mulheres (n=814) que estão casados ou moram com alguém num relacionamento conjugal.

Os entrevistados dessa sub-população da amostra global responderam a 18 perguntas constantes do questionário original (item "O", de "O9" a "O26") sobre a ocorrência de diferentes tipos de comportamento violento nos 12 meses anteriores. Todas as perguntas foram adaptadas do Conflict Tactics Scale (CTS), formulário R.<sup>24</sup>

Os homens e mulheres responderam sobre violência leve (atirando alguma coisa; empurrando, agarrando ou sacudindo; dando tapas) e violência grave (agredindo com chutes ou mordidas; acertando ou tentando acertar com alguma coisa; queimando ou escaldando; forçando a ter relações sexuais; ameaçando com faca ou arma de fogo; atingindo ou tentando atingir com uma faca ou arma de fogo). Primeiro, foi perguntado aos entrevistados se eles já tinham perpetrados esses atos contra seus parceiros (perpetração), e em seguida se seus parceiros tinham perpetrados esses atos contra eles

(vitimização). Baseado em suas respostas, uma variável de 4 níveis foi criada: 1) se eles responderam "sim" tanto para perpetração quanto vitimização foram categorizados como "violência mútua"; 2) se eles responderam "sim" para somente perpetração de qualquer item, foram categorizados como "somente perpetração"; 3) se eles responderam "sim" para vitimização, mas não tinham perpetrados, foram categorizados como "somente vítima"; e 4) aqueles que não se envolveram em nenhuma violência (tanto perpetração quanto vitimização) foram categorizados como o grupo "sem" violência. Para a variável "qualquer VPI", consideramos a presença de qualquer tipo de violência (tanto perpetração, vitimização, ou ambos) e criamos uma dicotomia (1=sim, se qualquer tipo de violência estiver presente; e 0=não, se nenhum tipo de violência estiver presente) usando as quatro categorias acima. A ingestão de bebida alcoólica durante o evento foi avaliada após um relato positivo em referência a VPI, com a repetição da pergunta, e o sujeito questionado se ele/ela ou sua/seu parceira/o estava bebendo durante o ato de VPI.

Todos os entrevistados assinaram o consentimento informado e lembrados sobre a natureza confidencial do estudo, antes da entrevista. Todos os indivíduos menores de 18 anos de idade obtiveram a autorização dos pais para sua participação. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da universidade, sob o código e número CEP 1672/04. A entrevista foi conduzida em um ambiente separado ou na área externa da residência, sem a presença de outra pessoa próxima, que pudesse ouvir as respostas que estavam sendo dadas. Os entrevistados foram também informados que se tratava de um estudo pioneiro em âmbito nacional, e que sua participação era importante para a orientação de futuras políticas públicas nessa área. O questionário original

pode ser visto no site na Internet: [www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br). A taxa final de resposta da amostra global foi de 66,4%.

### *Análise Estatística*

#### Violência entre Parceiros Íntimos e Variáveis de Consumo de Álcool

As taxas de prevalência de VPI foram estimadas, e testes  $\chi^2$  foram empregados para avaliar as diferenças de gênero na prevalência da VPI. Para levar em consideração o desenho amostral com a estrutura de conglomerados em múltiplos estágios, os dados foram ponderados para corrigir a probabilidade de seleção dentro da amostra e para correção dos efeitos da não-resposta na probabilidade de seleção. As análises foram feitas utilizando-se o módulo “Complex Samples” do SPSS (Statistical Program for Social Science. Versão 13.0).

### **Resultados**

#### *Prevalência de qualquer IPV, perpetração e vitimização*

A Tabela 1 representa os índices gerais de violência e a prevalência de diferentes tipos de atos perpetrados por homens e mulheres no I Levantamento Brasileiro. As mulheres relataram uma taxa significativamente mais elevada de qualquer tipo de VPI em geral (perpetração, vitimização ou ambos) do que os homens ( $\chi^2=4.76$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ).

O tipo de violência leve mais prevalente perpetrado por homens e mulheres foi “empurrar, agarrar ou sacudir”. Um pouco menos do que um décimo, tanto dos homens quanto das mulheres, relataram perpetração deste tipo de violência. O tipo mais comum de violência relatado em episódios de vitimização foi a agressão com “tapas”. Em geral, atos de violência grave têm uma prevalência mais baixa do que aqueles de violência leve. O tipo mais

comum de violência perpetrado tanto por homens quanto por mulheres ou relatados em episódios de vitimização foi “acertar com alguma coisa”. Cerca de 2% dos homens e 5% das mulheres relataram atingir seus parceiros com alguma coisa. Cerca de 3% dos homens e 2% das mulheres relataram que seus parceiros acertaram neles/as com algo (vitimização). Os homens relataram um grau de violência mútua 1% mais baixo do que as mulheres (5.3% a 6.3%). A perpetração apenas foi relatada em cerca de 4% dos homens e 6% das mulheres, e a vitimização por 1.5% dos homens e 2.6% das mulheres.

### **INSERIR TABELA 1 POR AQUI**

*A VPI e o consumo de álcool durante o evento*

#### **Perpetrador (sujeito) consumindo**

Aproximadamente quatro em cada dez homens e um décimo das mulheres entrevistadas relatou a ingestão de bebida alcoólica durante a VPI ( $\chi^2 = 19.38$ ,  $df=1$ ,  $p < 0.001$ ). Os homens relataram índices semelhantes de consumo de bebida no caso de violência “mútua” e durante “apenas perpetração”. Embora os números para a perpetração com ingestão por parte de homens durante a VPI tenham ficado acima de 15%, as mulheres relataram apenas cerca de 1-2% de prevalência para atos “mútuos” e “apenas perpetração”. Tanto homens quanto mulheres relataram uma prevalência de aproximadamente 5% no que se refere a VPI de “apenas vitimização” e episódios de consumo de álcool. Os resultados estão demonstrados na Tabela 2.

## **Consumo de álcool pelo parceiro**

Quase a metade das mulheres e um terço dos homens relataram que seu/sua parceiro/a bebia durante o episódio da VPI ( $\chi^2=3.73$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ). As mulheres também relataram índices de “apenas perpetração” e agressão “mútua” quase duas vezes mais do que os homens. Por outro lado, os homens relataram índices 1.5 vezes mais elevados de vitimização do parceiro do que as mulheres. Os resultados estão demonstrados na Tabela 2.

### **INSERIR TABELA 2 POR AQUI**

## **Discussão**

Os índices de prevalência de VPI encontrados nesta amostra nacional brasileira são mais baixos do que os encontrados em algumas pesquisas de populações específicas dos Estados Unidos e em um estudo recente de população urbana no Brasil.<sup>2,20</sup> “Empurrar, agarrar ou sacudir” e “bater com alguma coisa” foram as formas mais prevalentes de VPI, entre os atos leves e os atos graves de violência. As mulheres estiveram envolvidas em índices mais elevados tanto de episódios de perpetração leves quanto graves do que os homens (apesar de os homens serem geralmente mais violentos do que as mulheres). Talvez isso resulte do fato de os homens sub-notificarem a perpetração da violência mais do que as mulheres.<sup>7</sup> Por outro lado, as mulheres podem ter medo de represálias se as mesmas revelarem experiências de vitimização, o que também pode levar a uma sub-notificação. O fato de que as mulheres permanecem muitas vezes em uma relação

conjugal por medo de represálias, acaba por colocar em segundo plano fatores como dificuldades econômicas e sociais, dependência emocional, estigmatização e impunidade.<sup>16</sup>

A sub-notificação de VPI deve-se também ao fato de que algumas formas de violência dependem da boa capacidade de memória do entrevistado e ainda de que a violência seja marcante, não sendo esquecida com facilidade. Mesmo o conceito do que é uma agressão pode variar. Como exemplo, se um empurrão ou um tapa recebido pelo homem não gera nenhuma consequência, pode não ser lembrado. Ao contrário, as mulheres tendem mais a lembrar situações de violência, pela maior repercussão física e psicológica - muitas vezes traumática - que ela pode ocasionar. Estudos revelam que as mulheres, mesmo quando iniciam um episódio de VPI, o fazem com maior frequência em situações de autodefesa, enquanto os homens utilizam a violência com o objetivo de intimidar a parceira e mostrar autoridade. Mesmo assim, quando isso ocorre, considera-se a mulher como perpetradora ou envolvida em um ato de agressão mútua, pois a CTS não faz avaliar os fatores desencadeadores da violência, apenas quem iniciou e o tipo de episódio.<sup>15</sup>

Portanto, o registro de um episódio de VPI pela CTS parte do pressuposto de que o casal esteja em uma situação de conflito ou discussão séria o suficiente para ser percebida como um ato de violência, e não apenas como uma discussão menor, mesmo que haja contato físico classificado como “leve”.

Relatos de homens alcoolizados durante os eventos de VPI são cerca de quatro vezes mais frequentes do que entre as mulheres em nosso estudo. A

diferença de gênero no consumo de álcool durante os eventos de VPI talvez reflita as taxas de consumo de álcool que são geralmente mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres.

Com base na compreensão de que VPI está intimamente relacionada ao consumo de álcool, algumas ações na esfera dos serviços de saúde e de políticas públicas podem ser adotadas, além daquelas já existentes para combater especificamente a violência contra a mulher, como a Lei Maria da Penha, de 2006.

Em serviços de saúde, tanto em nível de atenção primária ambulatorial quanto em emergências hospitalares, há necessidade de implantação de protocolos e instrumentos de *screening* específicos em conjunto com o treinamento continuado de profissionais de saúde, não apenas para vítimas de violência doméstica, mas também para pacientes alcoolistas e/ou seu/sua parceiro/a. Essa intervenção deve ser adaptada às características específicas de cada comunidade. Em comunidades mais estruturadas e em áreas urbanas maiores, deve haver estímulo para a integração com serviços de saúde especializados em saúde mental. Em comunidades menores e em áreas rurais deve-se buscar o apoio tanto de centros de atenção primária e de autoridades locais nas esferas de saúde e de justiça, quanto de organizações não-governamentais na tentativa de efetuar mudanças nas normas sócio-culturais que permitam a intervenção precoce para VPI e para o abuso de álcool.<sup>12</sup>

Quanto às políticas públicas, o exemplo pioneiro do município de Diadema, no Estado de São Paulo, deveria ser seguido nos âmbitos estadual e

federal. Com a implantação de uma nova Lei municipal no ano de 2002, que estabeleceu restrição para a venda de bebidas alcoólicas após as 23 hs, observou-se uma redução significativa das taxas de agressão contra as mulheres nos dois anos que se seguiram à intervenção, em comparação com os dois anos anteriores. Embora o estudo não traga uma comprovação científica da associação de redução do consumo de álcool com violência contra as mulheres e VPI, existem fortes indícios a favor dessa afirmativa.<sup>10</sup>

A mesma linha de raciocínio pode ser desenvolvida com respeito à prevenção de VPI através da adoção de políticas públicas direcionadas à redução do consumo de álcool. Esse consumo está relacionado a fatores tais como o baixo custo das bebidas alcoólicas e à propaganda. A aguardente de cana ou “cachaça” e a cerveja são exemplos de bebidas extremamente baratas em nosso País. Esse baixo custo resulta em maior acesso da população e, conseqüentemente, maior consumo. Estudos demonstram que a taxação de bebidas alcoólicas pelo Estado é uma estratégia simples e eficaz na redução da venda de bebidas alcoólicas, mas sua implantação enfrenta enormes resistências por parte da indústria do álcool. Já a publicidade influencia o consumo de bebidas alcoólicas de acordo com fatores como exposição, lembrança e apreciação de propagandas por parte do público. Ou seja, quanto mais o indivíduo lembra e gosta da propaganda, maior será a chance de consumir álcool no futuro.<sup>3</sup>

Portanto, o entendimento de que a redução do consumo de álcool pode contribuir para a redução da violência em geral e VPI em particular é

importante para reforçar ainda mais a idéia da necessidade de adoção de políticas públicas que incentivem a limitação nos horários de vendas de bebidas alcoólicas, maior taxaço e também a restrição da propaganda, especialmente na televisão.

Esperamos que nosso trabalho sobre VPI e o consumo de álcool possa servir como referência para políticas e futuras diretrizes governamentais sobre violência doméstica no Brasil.

#### *Pontos Fortes e Limitações do Estudo*

Este é o primeiro estudo nacional nesta área a usar um procedimento de amostra por conglomerados por múltiplos estágios, que é o método de escolha para analisar estudos populacionais, pois dessa forma podemos conduzir análises cujos resultados podem ser aplicados à população como um todo. Uma pesquisa baseada em amostragem não probabilística não permite generalizações a respeito da população em estudo. Nessa amostragem, a seleção de cada elemento depende do julgamento do pesquisador, sendo portanto não aleatória. Já as inferências realizadas a partir dos resultados de uma amostragem probabilística podem ser feitas inteiramente por métodos estatísticos, não assumindo critérios em relação à distribuição das características na população.

A amostra analisada é representativa de casais em todo o território nacional. O fato de as entrevistas terem sido conduzidas face – a - face é igualmente importante, uma vez que pesquisas passadas mostram que, quando comparado a pesquisas por telefone e por correio (com questionários

auto-administrados), as entrevistas face-a-face podem diminuir a subnotificação.<sup>5</sup> Podemos ainda acrescentar que, com relação às pesquisas por telefone, parece ser mais difícil ao respondente dizer não ao entrevistador pessoalmente. Há também o fato de que mais e mais pessoas tem celular, e muitas tem secretária eletrônica, o que dificulta mais ainda pesquisas realizadas por telefone fixo.<sup>5</sup>

Este estudo teve também algumas limitações. Relatórios de ambos os parceiros provavelmente resultam em estimativas mais válidas de violência conjugal, portanto, o procedimento de entrevistar apenas um parceiro por domicílio pode levar a uma subnotificação de VPI.<sup>5</sup>

## Referências

1. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2000;126(5):651-80.
2. Caetano R, Cunradi CB, Clark CL & Schafer J. Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U.S. *J. Subst Abuse* 2000;2:123-38.
3. Caetano R, Laranjeira R. A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry. *Addiction* 2006;101(2):149-52.
4. Caetano R, McGrath C, Ramisetty-Mikler S, Field CA. Drinking, alcohol problems and the five year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29(1):98-106.
5. Caetano R, Schafer J, Cunradi CB. Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Res Health* 2001;25(1):58-65.
6. Caetano R, Schafer J, Fals-Stewart W, O'Farrell T, Miller B. Intimate partner violence and drinking: new research on methodological issues, stability and treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27(2):292-300.
7. Caetano R, Schaefer J, Field C, Nelson S. Agreement on Reports of Intimate Partner Violence Among White, Black, and Hispanic. *J Interpers Violence*.2002;17:1308-1322.
8. Cunradi CB, Caetano R, Schafer J. Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(4):493-500.
9. Deslandes SF, Gomes R, Furtado MC, Silva P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2000;16:129-37.
10. Duailib S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *Am J Public Health* 2007;97(12):2276-80.
11. Field CA, Caetano R. Intimate partner violence in the U.S. general population: progress and future directions. *J Interpers Violence* 2005;20(4):463-9.
12. Garcia-Moreno. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359(9316):1509-14.
13. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368(9543):1260-9.

14. Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. *J Stud Alcohol* 2005;66(3):407-12.
15. McHugh MC, Frieze IH. Intimate partner violence: new directions. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1087:121-41.
16. Miller BA, Wilsnack SC, Cunradi CB. Family violence and victimization: treatment issues for women with alcohol problems. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(8):1287-97.
17. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79:269-77.
18. Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Alcohol use and intimate partner violence as predictors of separation among U.S. couples: a longitudinal model. *J Stud Alcohol* 2005;66(2):205-12.
19. Rand M, Strom K. *Violence-related injuries treated in hospital emergency departments, Bureau of Justice Statistics special report*. Washington, DC: US Department of Justice 1997; publication NCJ-156921.
20. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana Jde A, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006;22(2):425-37.
21. Roizen J. Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In: *Recent Developments in Alcohol: Alcohol and Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives* (Martin SE ed), pp 3-36. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD, 1993.
22. Schafer J, Caetano R, Clark CL. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health* 1998;88(11):1702-4.
23. Straus MA, Gelles RJ. How violent are American families? Estimates from a national family violence resurvey and other studies. In: *Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*, edited by M.A. Straus and R.J. Gelles. New Brunswick, NJ. Transaction Books, 1990.
24. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scale (CTS2). *J Fam Iss* 1996(3);17:283-316.
25. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma* 2005;58(1):22-9.

**Tabela 1**  
**Prevalência de Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) nos Últimos 12 meses**

<i>Tipo de VPI</i>	<i>VPI Masculino</i> <i>n=631</i>		<i>VPI Feminino</i> <i>n=814</i>		$\chi^2$ (df)
	<b>Perpetração</b>	<b>Vitimização</b>	<b>Perpetração</b>	<b>Vitimização</b>	
<b>Qualquer tipo de VPI</b> (incluindo agressão Mútua, Somente Perpetração e Somente Vitimização)	<b>10,7</b>		<b>14,6</b>		<b>4,76(1)*</b>
<b>Atos leves/graves</b>					
<b>Atos leves</b>					
Jogar algo	2,2	3,4	6,0	2,7	
Empurrar, agarrar ou sacudir	7,4	4,1	9,3	6,3	
Tapa	3,2	4,2	6,0	3,9	
<b>Atos graves</b>					
Chutar ou morder	0,9	1,4	2,2	1,2	
Bater com algo	1,6	2,9	5,5	2,2	
Queimar	0,0	0,1	0,0	0,1	
Sexo forçado	0,8	0,3	0,6	1,2	
Ameaçar com Faca	0,4	1,5	1,2	0,9	
Usar faca/arma de fogo	0,2	0,9	0,2	0,3	
<b>Tipo de Violência</b>					
Mútua	5,3		6,3		
Somente Perpetração	3,9		5,7		
Somente Vitimização	1,5		2,6		
<b>Sem violência</b>	<b>89,3</b>		<b>85,4</b>		

Obs: Índices são registrados em percentuais ponderados e "n" são não ponderados.

\*p<0,05.

**Tabela 2**  
**Consumo de Bebida Alcoólica Durante Evento de Violência entre**  
**Parceiros Íntimos (VPI)**  
**nos Últimos 12 Meses**

Tipo de VPI e consumo de Bebida Alcoólica	<i>VPI e Consumo de Bebida Alcoólica pelo entrevistado(a)</i>			<i>VPI e Consumo de Bebida Alcoólica pelo parceiro(a)</i>		
	Consumo pelo Homem (n=73)	Consumo pela Mulher (n=132)	$\chi^2$ (df)	Consumo da Parceira, informado pelo entrevistado (n=73)	Consumo do Parceiro, informado pela entrevistada (n=132)	$\chi^2$ (df)
Qualquer tipo de VPI	38,1	9,2	19,38***	30,8	44,6	3,73(1)*
Tipo de VPI						
Mútua	16,3	2,2		5,9	20,6	
Perpetração	16,3	1,4		9,0	14,0	
Vitimização	5,5	5,6		15,9	10,0	
Nenhum Consumo de Álcool	61,9	90,8		69,2	55,4	

Obs: Índices são registrados em percentuais ponderados e "n" são não ponderados.

\*p<0,05;\*\*\*p<0,001.

## 4. CONCLUSÕES

As conclusões serão divididas em três partes. Na primeira delas, serão apresentadas as conclusões referentes ao desenvolvimento do projeto e ao estudo de metodologia. Na segunda, as conclusões do trabalho sobre violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. Finalmente, na terceira parte, serão apresentadas as conclusões sobre os pontos fortes e as limitações do estudo.

### **4.1. Metodologia do 1º levantamento sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira.**

- A implantação de um estudo populacional epidemiológico probabilístico com abrangência nacional em um País em desenvolvimento consiste em um grande desafio. A aplicação do instrumento, um questionário que tem um total de 18 capítulos ou seções e com um tempo médio de aplicação de aproximadamente uma hora - destinado a obter detalhes sobre o consumo de álcool em termos de quantidade, freqüência, variabilidade, local de consumo, dinheiro gasto, problemas relacionados com o uso, etc. - foi o primeiro desafio encontrado, especialmente quando se conduz um estudo em que questões tão delicadas como o comportamento individual com respeito a bebidas alcoólicas e problemas relacionados ao seu consumo são realizadas junto a população geral.
- A complexidade do questionário, porém, abre inúmeras possibilidades para o estudo, que vão muito além de avaliar os detalhes do consumo de álcool na população brasileira. Esses dados já citados, associados aos tópicos sobre beber e dirigir, políticas públicas & propaganda e acesso a tratamento na rede

pública, ajudarão a fornecer evidências científicas para o estabelecimento de futuras políticas de prevenção e tratamento do uso abusivo de álcool e do controle do seu uso social. Além disso, os dados também servirão para análises em termos de prevalência quanto a problemas na infância, violência conjugal, avaliação do consumo de álcool na população de 14 a 18 anos de idade e ainda estudos sobre comorbidades psiquiátricas como Transtornos Depressivos, Jogo Patológico e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), além do consumo de outras substâncias de abuso.

- Uma das principais dificuldades encontradas, pelo pioneirismo da pesquisa, consistiu na obtenção de índices de resposta que não colocassem em risco a validade dos dados obtidos. Isso exigiu uma série de criativas estratégias para aumentar a taxa de resposta, principalmente em razão da característica sócio-econômica e cultural de nossa população, pouco acostumada a este tipo de abordagem.
- Assim, pela nossa experiência durante a realização do trabalho de campo, verificamos que para se ter sucesso na realização desse tipo de pesquisa - independente da área técnica a que se destina - há necessidade de cuidados especiais desde o princípio, especialmente nas grandes áreas urbanas das Regiões Sul e Sudeste. Tais cuidados incluem telefonemas prévios para agendar entrevistas, cartas de apresentação e distribuição de brindes, além de uma maior flexibilidade quanto aos horários de visitas, notadamente em condomínios fechados.
- Um ponto fundamental para a implantação de um estudo populacional em nível nacional está na obtenção dos consideráveis recursos financeiros necessários. Tais recursos só foram possíveis devido à soma de esforços da

UNIFESP com a SENAD. A escolha de um Instituto preparado para a coleta de dados foi também desafiador, uma vez que não existe no país uma tradição na condução deste tipo de amostragem e coleta de dados em âmbito nacional.

- Entendemos que, como outros estudos de cunho científico, o trabalho com pesquisa de população é um trabalho de equipe. Nessa equipe, os pesquisadores que tem conhecimento da área científica a ser investigada (em nosso caso, as questões relacionadas aos padrões de consumo de álcool), trabalharam juntamente com estatísticos especializados em amostras da população geral e o pessoal especializado em trabalho de campo na comunidade (supervisores, entrevistadores). Assim, um bom trabalho está diretamente relacionado à integração e harmonia entre os diferentes setores envolvidos.

- Levando-se em conta que, mesmo em países desenvolvidos como os EUA índices de não-resposta em torno de 30% são aceitáveis em pesquisas nessa área (Caetano, 2001), consideramos que os resultados de taxa de resposta obtidos, de 66 %, são plenamente satisfatórios.

- Finalmente, o estudo demonstra que, apesar das dificuldades sócio-econômicas e das grandes distâncias geográficas, é possível fazer estudos probabilísticos em âmbito nacional no Brasil, dentro de nossa área de atuação.

#### **4.2. Violência entre parceiros íntimos e o consumo de álcool durante o evento.**

- Os índices de prevalência de VPI encontrados nesta amostra nacional brasileira são mais baixos do que os encontrados em pesquisas populacionais de grande porte realizadas nos EUA, e em um estudo recente de população urbana no Brasil (Reichenheim et al., 2006; Schaeffer et al., 1998).

- Com relação aos tipos de agressão, “empurrar, agarrar ou sacudir” e “bater com alguma coisa” foram as formas mais prevalentes de VPI, entre os atos leves e os atos graves de violência, respectivamente.
- As mulheres apresentaram um maior envolvimento em violência entre parceiros, tanto como agressoras quanto como vítimas.
- O tipo de VPI mais freqüente foi a agressão mútua.
- Os homens consumiram álcool durante os episódios de violência entre parceiros com uma freqüência bastante superior às mulheres.
- Essa relação, embora em escala menor, mas ainda significativa, foi confirmada com relação ao consumo de álcool do parceiro, informado pela entrevistada.
- A análise bivariada revelou uma associação VPI e idade. Já os resultados observados para associação de “renda familiar” e “nível educacional” foram considerados inconsistentes, especialmente no primeiro caso, devido a uma importante taxa de não-resposta nesse último ítem.
- A regressão logística demonstrou que casais mais jovens apresentam maior risco de envolvimento em violência conjugal quando comparados aos casais idosos.
- O estudo demonstrou ainda que a religião (no caso dos homens), e o trabalho das mulheres como dona-de-casa, são fatores protetores contra a perpetração de violência entre parceiros íntimos.
- Acreditamos que os trabalhos desenvolvidos a partir dos dados do 1º levantamento sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira, como no caso do presente estudo sobre VPI, venham a fornecer importantes evidências científicas, auxiliando na implantação de políticas públicas para

prevenção da violência, assim como para a prevenção e tratamento do uso abusivo do álcool e redução do seu custo social.

#### **4.3. Pontos fortes e limitações do estudo.**

- Um dos pontos fortes do estudo foi a metodologia empregada, um procedimento de amostra probabilística em múltiplos estágios. Uma pesquisa baseada em amostragem não probabilística não permite generalizações a respeito da população em estudo. Nessa amostragem, a seleção de cada elemento depende do julgamento do pesquisador, sendo portanto não aleatória. Já as inferências realizadas a partir dos resultados de uma amostragem probabilística podem ser feitas inteiramente por métodos estatísticos, não assumindo critérios em relação à distribuição das características na população.
- A amostra analisada para o estudo de VPI é representativa de casais em todo o território nacional. O fato de as entrevistas terem sido conduzidas face-a-face é igualmente importante, uma vez que dados bibliográficos internacionais mostram que, quando comparada às pesquisas por telefone e por correio (com questionários auto-administrados), as entrevistas face-a-face podem diminuir a subnotificação de violência (Caetano, 2001).
- O estudo teve também algumas limitações. O projeto do 1º levantamento sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira não incluiu a população indígena que vive em reservas, e também populações que vivem em comunidades, como asilos ou prisões. Essa limitação é comum em um estudo populacional e não afeta os resultados do estudo, pois esses indivíduos representam um percentual muito pequeno da população de um País.

- Com respeito à análise dos dados sobre VPI, o fato de apenas um dos parceiros ser entrevistado em cada lar pode levar à sub-notificação de casos de violência entre parceiros (Caetano, 2001). Além disso, análises multivariadas não consideram a frequência de violência, e não diferenciam casais que se envolvem em atos de violência mútua daqueles que foram perpetrados apenas por um dos parceiros.
- Outro dado de limitação do estudo refere-se ao tamanho da amostra, muito pequeno para a análise de subgrupos específicos de VPI, como os diferentes tipos de atos leves e graves. Também foi observado um grande percentual de perda de dados sobre renda familiar, o que inviabilizou a análise da associação desse fator sócio-demográfico com VPI.
- Para análise de prevalência esse elevado índice de não resposta pode ser justificado por fatores sócio-culturais. Muitas pessoas manifestam o receio de informar sobre seus ganhos reais, talvez por razões legais ou de segurança. Como esse tipo de pesquisa não é frequente em nosso País, os indivíduos tendem à sub-notificar ou negar a informação sobre a renda familiar, embora continuem respondendo às demais questões do estudo.

#### **4.4. Perspectivas futuras.**

O 1º levantamento sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira é bastante complexo, com muitas variáveis contidas em seu banco de dados, abrindo diversas possibilidades de investigação científica com aplicação em saúde pública.

Ter informações sobre os padrões de consumo, além de eliminar mitos existentes sobre o assunto, possibilita um direcionamento para o desenvolvimento de políticas públicas, incluindo prevenção e tratamento, com resultados potencialmente mais proveitosos.

A linha divisória entre um consumo de baixo risco e o uso nocivo com graves conseqüências não é fácil de ser estabelecida na prática. Mas saber quantos brasileiros bebem, a freqüência com que bebem e a quantidade que consomem ajudará a entender essa passagem do baixo risco para o uso nocivo. E certamente contribuirá para a elaboração de políticas públicas para reduzir os riscos e os danos do consumo excessivo.

Os demais tópicos do questionário aplicado também abrem várias possibilidades de pesquisa, que vão além da relação direta com os padrões de consumo de álcool, como no caso de sua influência nos eventos de VPI.

Dentro dessa linha de raciocínio, mais de uma dezena de artigos já estão sendo desenvolvidos por diversos pesquisadores Brasileiros associados ao projeto, sendo que alguns deles já foram aceitos para publicação em periódicos nacionais e internacionais.

A seguir, estão listados os títulos ou temas de alguns estudos que utilizam o banco de dados do levantamento:

- 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.
- Apoio da população às políticas públicas sobre o uso de bebidas alcoólicas.
- Alta prevalência relatada de beber e dirigir no Brasil: dados do primeiro estudo representativo realizado em domicílios.
- Gambling in Brazil: Lifetime prevalence and sociodemographic correlates.
- História de violência sofrida na infância, exposição à violência parental e desordens de uso do álcool na idade adulta.
- O comportamento do beber e dirigir.
- Padrão de uso de álcool em Brasileiros adultos.
- Padrões de uso de álcool entre adolescentes Brasileiros.
- Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira.
- Prevalência de fumantes em uma amostra probabilística Brasileira.
- Religious Involvement and Sociodemographic Factors: a Brazilian national survey.
- Tobacco Use Among the Elderly: The first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS).

Além da elaboração de estudos como os citados acima, com o novo censo populacional a ser realizado pelo IBGE e previsto para o ano de 2010, abre-se a possibilidade para o planejamento visando à realização de uma nova pesquisa. Um segundo estudo possibilitaria, além da análise de

novos dados, a comparação com os dados obtidos no 1º Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira.

## 5. ANEXOS

5.1. Anexo 1: Aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo.

5.2. Anexo 2: Carta de apresentação aos moradores.

5.3. Anexo 3: Carta de apresentação aos síndicos de condomínios.

5.4. Anexo 4: Carta-convite para estágio na Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas.

5.5. Anexo 5: Questionário utilizado como instrumento do 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira.

5.6. Anexo 6: Cartões-resposta e cartões com fotos (para visualização e identificação de doses de diferentes tipos de bebidas alcoólicas) utilizados no questionário.

5.7. Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5.1 Anexo 1: Aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo.



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 11 de março de 2005.  
CEP 1672/04

Ilmo(a). Sr(a).  
Pesquisador(a) RONALDO LARANJEIRA  
Disciplina/Departamento: Psiquiatria da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Primeiro levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira".

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em 07/setembro/2005.
5. Apresentar segundo relatório parcial em 06/março/2006.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Ressaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

## 5.2. Anexo 2: Carta de apresentação aos moradores.



**Universidade Federal de São Paulo**  
**Escola Paulista de Medicina**



São Paulo, setembro de 2005.

Prezado morador

A UNIFESP e a Ipsos estão conduzindo uma pesquisa sobre saúde pública em todo o Brasil e contam com sua colaboração.

Nesse trabalho estamos levantando dados sobre hábitos ligados à diversos aspectos da vida dos brasileiros e que podem influenciar em sua saúde, como: padrões de vida, estrutura familiar, consumo de bebidas, consumo de cigarros, situação de trabalho e vários outros.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa a sua participação é **fundamental**.

Por meio de um cadastro de setores censitários do IBGE, sua residência foi escolhida para integrar a pesquisa nessa cidade.

Pedimos, assim, **o seu atendimento para o pesquisador da nossa equipe**, devidamente credenciado e portador de uma identificação pessoal emitida pela D'Fatto, uma empresa especializada nesse tipo de levantamento e que é nosso parceiro nessa trabalho.

A missão do nosso pesquisador é fazer um levantamento, **absolutamente sigiloso**, sobre as pessoas residentes nesse domicílio.

As informações por ele anotadas, juntamente com milhares de outras de todo o Brasil, comporão dentro em breve uma importante base de informações que ajudará os especialistas a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas.

Desde já agradecemos sua colaboração para melhorar a saúde em nosso país.

**Universidade Federal  
de São Paulo**

**Ipsos Opinion  
do Brasil**

Dúvidas sobre agendamento da entrevista ligar para: Íris Luciene Prestia (11) 3371-0944

São Paulo, setembro de 2005.

### 5.3. Anexo 3: Carta de apresentação aos síndicos de condomínios .



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina



São Paulo, setembro de 2005.

Prezado Síndico

A UNIFESP e a Ipsos estão conduzindo uma pesquisa sobre saúde pública em todo o Brasil e precisamos contar com sua colaboração.

A Universidade Federal de São Paulo, ligada ao Ministério da Educação, criada em 15 de dezembro de 1994, resultou da transformação da Escola Paulista de Medicina em universidade da área da saúde. Tendo em conta a sua história e consciente da sua responsabilidade com a ciência e a comunidade da qual faz parte, a UNIFESP/EPM tem como missão desenvolver, em nível de excelência, as atividades interrelacionadas de ensino, pesquisa e extensão, almejando a liderança nacional e internacional na área da saúde.

Nesse trabalho estamos levantando dados sobre hábitos ligados a diversos aspectos da vida dos brasileiros e que podem influenciar em sua saúde, como: padrões de vida, estrutura familiar, consumo de bebidas, consumo de cigarros, situação de trabalho e vários outros.

Por meio de um cadastro de setores censitários do IBGE, seu condomínio foi escolhido para integrar a pesquisa nessa cidade.

Solicitamos, assim, **o seu atendimento para o pesquisador da nossa equipe**, devidamente credenciado e portador de uma identificação pessoal emitida pela D'Fatto, uma empresa especializada nesse tipo de levantamento e que é nosso parceiro nessa trabalho. Pedimos que permita que ele contate e entreviste as pessoas da unidade sorteada. Ele deixará uma carta explicando a natureza do trabalho e agendará com o morador um dia e horário conveniente para a entrevista.

A missão do nosso pesquisador é fazer um levantamento, **absolutamente sigiloso**, com algumas pessoas residentes nesse condomínio. Ele se submeterá a todas as normas e procedimentos estabelecidos pelo Sr(a). para a condução do trabalho.

As informações por ele anotadas, juntamente com milhares de outras de todo o Brasil, comporão dentro em breve uma importante base de informações que ajudará os especialistas a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas.

Se julgar necessário maiores esclarecimentos o(a) Sr(a). pode ligar para o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira (Tel.: 5575-1708 – e-mail: [laranjeira@uniad.org.br](mailto:laranjeira@uniad.org.br)) responsável pelo projeto.

Desde já agradecemos sua colaboração para melhorar a saúde em nosso país.

**Universidade Federal  
de São Paulo**

**Ipsos Opinion  
do Brasil**

Dúvidas sobre agendamento da entrevista ligar para: Íris Luciene Prestia (11) 3371-0944.

São Paulo, setembro de 2005.

## 5.4. Anexo 4: Carta-convite para estágio na Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas.



OFFICE of THE DEAN

P.O. Box 20186  
Houston, Texas 77225

713 500 9050  
713 500 9020 fax

November 14, 2006

Marcos Zaleski, M.D., M.S.  
R. Itapecerica, 14  
Itacorubi  
Florianopolis  
Santa Catarina – SC  
Brazil  
CEP 88034 - 420

Dear Dr. Zaleski,

At the recommendation of Dr. Raul Caetano, we are pleased to offer you an appointment as a Visiting Scholar at The University of Texas School of Public Health, Dallas Regional Campus, beginning on or about January 5, 2007 and continuing for approximately three months. Your appointment will be without salary from our University. I understand your current employer has approved your visit to our school. You are expected to be responsible for your travel and living expenses. We will provide you with workspace, a computer, e-mail and Internet access, long distance telephone and photocopy capability.

The primary focus of your appointment will be assisting Dr. Caetano and his team with the analysis of the recently completed Brazilian survey on alcohol, and drug use.

You must meet the requirements of the Federal Immigration Reform and Control Act to qualify for this appointment. It is our understanding that a B1 Tourist Visa which would allow you to stay in the United States up to 6 months would be the appropriate Visa for this appointment. A copy of this letter will along with your contact information and CV will be forwarded to the Office of International Affairs. The UT-Houston Office of International Affairs will do everything possible to facilitate the process of you obtaining the required B1 Tourist Visa.

I trust you will find your experience at our Dallas Regional Campus enriching for yourself and the results of the data analysis with the Dallas team beneficial to the Brazilian community. If you need any further information, please do not hesitate to contact Dr. Raul Caetano.

Sincerely,

Guy S. Pareel, Ph.D.  
Dean

John P. McGovern Professor in Health Promotion  
M. David Low Chair in Public Health

cc: Cynthia L. Chappell, Ph.D., Associate Dean for Academic Affairs  
Raul Caetano, M.D., Ph.D., Regional Dean, Dallas Regional Campus  
Rose Mary Valencia, Director International Affairs  
David R. Carnahan, Associate Dean for Management  
Sandra J. Fisbeck, Director of Administrative Services

---

*Located in the Texas Medical Center*

### 5.5. Anexo 5: Questionário utilizado como instrumento do 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população Brasileira.

Ipsos Opinion  
JOB - 040-05

*Projeto*  
*Padrões de consumo*  
*de álcool*

Questionário Nº ..... : \_\_\_\_\_ (#)

Data da Entrevista .: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (#)

Estado: (#) _____ :
Setor: (#) _____

Cidade: (#) _____ :
Pto. Amostr. (#) _____

Hora de início : _____ : _____ (#)
------------------------------------

Hora de término : _____ : _____ (#)
-------------------------------------

Entrevistador:		RG: _____ (#)	
Crítica:		RG: _____ (#)	
Checkagem:	(#)	1 - Sim 2 - Não	Data: _____ / _____ / _____ _____
		Visto	RG: _____ (#)

**(APRESENTAÇÃO:)** Bom dia / Boa tarde / Boa noite. Meu nome é... **(DIGA NOME)**. Eu sou entrevistador(a) da Ipsos, uma empresa especializada em pesquisa. Nós estamos realizando um estudo para a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO** sobre a saúde da população brasileira e sua casa foi sorteada através de um sistema totalmente aleatório para participar da pesquisa. Os resultados deste estudo ajudarão os professores e pesquisadores da Universidade a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que cada pessoa respondeu. Os dados serão analisados apenas pelo total das respostas em grandes grupos, por exemplo: o que os homens acham, o que as mulheres do nordeste acham e assim por diante e o nome de cada entrevistado nunca será revelado.

Para começar gostaria de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que moram em sua casa.

**D1.** Por favor, me diga apenas o primeiro nome das pessoas que moram com o(a) Sr(a). nesta casa, começando pelo mais velho até o mais jovem.

Agora eu gostaria de algumas informações, para efeito de classificação, sobre cada um dos moradores. **(LEIA O NOME DE CADA MORADOR E PERGUNTE DE A ATÉ E)**

**D2. (SE O ENTREVISTADO NÃO É O CHEFE DA FAMÍLIA PERGUNTE)**

Quem é o(a) principal responsável por este domicílio?

D2) Chefe da Família	D1) Moradores	A-Sexo			B-Parentesco	C-Idade 999. Ns/Nr	D-Curso mais elevado que frequentou	E-Dia e Mês de aniversário	Anotar o sorteado
		1. Masc.	2. Fem.	3. NR					
1		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	1	
2		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	2	
3		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	3	
4		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	4	
5		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	5	
6		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	6	
7		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	7	
8		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	8	
9		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	9	
10		1	2	9	_ _ _ _	_ _ _ _  _	_ _ _ / _ _ _  _	10	

**(ENTREVISTADOR: CONSIDERAR OS MORADORES COM 14 ANOS COMPLETOS OU MAIS E SORTEAR O QUE FEZ ANIVERSÁRIO MAIS RECENTEMENTE.**

**SE A PESSOA SORTEADA FOR A QUE ATENDEU A PORTE INFORME O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO E INICIE A ENTREVISTA.**

**SE A PESSOA SORTEADA NÃO FOR A QUE ATENDEU A PORTA PEDIR PARA CHAMÁ-LA, REPETIR A APRESENTAÇÃO, INFORMAR A DURAÇÃO E INICIAR A ENTREVISTA.**

**SE A PESSOA SORTEADA NÃO ESTIVER PRESENTE PERGUNTAR QUANDO ESTARÁ DISPONÍVEL E AGENDAR. QUANDO DA REALIZAÇÃO ENTREVISTA REPETIR A APRESENTAÇÃO INFORMAR O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA)**

A1. Sexo (anotar sem perguntar)		A2. Qual a sua idade: (#) _____				A3. Instrução (#)				A4. Estado Civil (#)	
1 Masculino		1	14 a 19	5	50 a 59	1	Analfabeto/ Primário	5	Colégio incomp	1	Solteiro(a)
2 Feminino		2	20 a 29	6	60 a 69	2	Primário completo	6	Colégio completo.	2	Casado(a)/ comp (a)
		3	30 a 39	7	70 a 79	3	Ginásio incomp.	7	Univers. Incomp	3	Viuvo(a)
		4	40 a 49	8	80 ou mais	4	Ginásio compl	8	Universitário Completo ou +	4	Desquitado(a) Divorciado(a)
										5	Separado(a)

**PEE.** Atualmente você está estudando? 1 - Sim 2 - Não

**PE1.** O(A) Sr(a) poderia me dizer se trabalha, mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro? *(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 1 ABAIXO)*

**PE2.** *(SE NÃO)* Mas o(a) Sr(a) por acaso trabalha, mesmo sem receber pagamento, pelo menos 15 hora por semana, em alguma instituição religiosa, beneficente, de cooperativismo, ou então como aprendiz, ou mesmo ajudando em algum negócio da sua família? *(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 2 ABAIXO)*

**PE3.** *(SE NÃO)* E o(a) Sr(a) chegou a trabalhar em algum momento durante a última semana, ou chegou a tomar alguma providência para conseguir trabalho na última semana? *(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 3 ABAIXO)*

**PE4.** *(SE NÃO, LEIA OS ITENS A SEGUIR QUE SE APLIQUEM)* E o(a) Sr(a) é... [desempregado(a) / dona de casa / aposentado(a) / estudante] ou o quê? *(CIRCULE CÓDIGO ABAIXO, DE 4 A 7, CONFORME A RESPOSTA)*

**PE5.** Qual foi seu trabalho mais recente?

		4	Desempregado(a)	<b>(NÃO PEA)</b>
1	Trabalha, mesmo sem carteira assinada <b>(PEA)</b>	5	Dona de casa que não trabalha	<b>(NÃO PEA)</b>
2	Trabalha como aprendiz, ajudante, etc. <b>(PEA)</b>	6	Aposentado(a) / no seguro	<b>(NÃO PEA)</b>
3	Trabalhou ou tentou na última semana <b>(PEA)</b>	7	Estudante que não trabalha	<b>(NÃO PEA)</b>

**A5.** Qual seu trabalho atual/mais recente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A6A.** Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**

(#)	Anote o valor: (#)  __ __ .  __ __ __, 00
1	Até R\$ 300,00
2	De R\$ 301,00 até R\$ 600,00
3	De R\$ 601,00 até R\$ 900,00
4	De R\$ 901,00 até R\$ 1.500,00
5	De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00
6	De R\$ 3.001,00 até R\$ 6.000,00
7	De R\$ 6.001,00 até R\$ 9.000,00
8	Mais de R\$ 9.000,00
10	Não sei/Não respondeu

**A6B.** Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**

(#)	Anote o valor: (#)  __ __ .  __ __ __, 00
1	Até R\$ 300,00
2	De R\$ 301,00 até R\$ 600,00
3	De R\$ 601,00 até R\$ 900,00
4	De R\$ 901,00 até R\$ 1.500,00
5	De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00
6	De R\$ 3.001,00 até R\$ 6.000,00
7	De R\$ 6.001,00 até R\$ 9.000,00
8	Mais de R\$ 9.000,00
9	Não tem renda pessoal
10	Não sei/Não respondeu

**A7.** Atualmente o(a) Sr(a)/você trabalha com carteira assinada? **(RU – ESTIMULADA)**

Sim	1
Não	2

**A8.** Você possui carteira de habilitação válida? **(RU – ESTIMULADA)**

Sim	1
Não	2

**A9.** Qual a cidade e o estado onde o(a) Sr(a). nasceu **(SE ESTRANGEIRO ANOTAR O PAÍS E A CIDADE):**

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_| |\_\_|

**A10.** Há quanto anos você vive aqui nessa cidade?

|\_\_| |\_\_| anos - 98 Não lembra/Não sei - 99 - NR

- A11.** Você já viveu em outra(s) cidade(s) aqui ou fora do Brasil, diferente do seu local de nascimento? **(SE SIM)** Quais foram as cidades e quanto tempo o(a) Sr(a). viveu em cada uma delas **(ENTREVISTADOR, PEÇA TAMBÉM PARA INFORMAR QUAL O ESTADO E PAÍS)**

Sim	1	Em quantas cidades?  __ __  (ANOTAR E DETALHAR ABAIXO. SE MAIS DE 5 ANOTAR AS CINCO ÚLTIMAS – MAIS RECENTES)
Não	2	Pule para <b>B1</b>

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_|\_\_| Tempo:  
|\_\_|\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_|\_\_| Tempo:  
|\_\_|\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_|\_\_| Tempo:  
|\_\_|\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_|\_\_| Tempo:  
|\_\_|\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_|\_\_| Tempo:  
|\_\_|\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

**B. USO DE VINHO, CERVEJA, DESTILADOS OU QUALQUER BEBIDA ALCÓOLICA**

As próximas perguntas são sobre seu uso de diversos tipos de bebidas alcoólicas.

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B1.** Com que frequência você geralmente bebe vinho? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual do consumo de vinho. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B2.** Com que frequência você geralmente bebe **cerveja ou chope**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. (**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:**) Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? (**RU – ESTIMULADA**)

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B3.** Com que frequência você geralmente bebe **bebidas “ice”** (destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados, como por exemplo Smirnoff Ice ou Johnnie Walker One)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B4.** Com que frequência você geralmente bebe cachaça, vodca, uísque, conhaque, rum ou outros destilados? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B5.** Com que frequência você geralmente bebe **qualquer bebida alcoólica** (incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

<b>(Bebedor atual)</b>	A. Três ou mais vezes por dia	1
	B. Duas vezes por dia	2
	C. Uma vez por dia	3
	D. Quase todos os dias	4
	E. Três ou quatro vezes por semana	5
	F. Uma ou duas vezes por semana	6
	G. Duas ou três vezes por mês	7
	H. Aproximadamente uma vez por mês	8
	I. Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
<b>(Ex-bebedor)</b>	J. Menos de uma vez por ano	10
<b>(Abstinente na vida)</b>	K. Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(PEGUE DE VOLTA O CARTÃO B1)**

**ENTREVISTADOR: CHECAR PULOS**

**CÓDIGO 11 EM B5 (NUNCA BEBEU) → PULE PARA B30**

**CÓDIGO 10 EM B5 (BEBE MENOS DE UMA VEZ POR ANO) → PULE PARA B27**

**CÓDIGOS 1-9 EM B5 (TODAS AS OUTRAS ALTERNATIVAS) → CONTINUE**

**(MOSTRE CARTÃO B6)**

As próximas questões perguntam sobre quanto vinho, cerveja, destilado e bebida ice você já bebeu. Quando dizemos uma dose, nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja, um copo de 90 ml de vinho, um copo de 30ml de destilados ou 1 lata ou garrafa de bebida ice.

**B6.** Pense em todas as bebidas alcoólicas combinadas, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo. Durante os últimos doze meses, qual foi o **maior número de doses** que você bebeu em um único dia? Apenas me diga a letra no cartão. Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B7a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B7b)</b>
D.	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B7c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B7d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B7e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B7f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B7g)</b>
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei</b>		98	
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa</b>		99	

**PEGUE DE VOLTA O CARTÃO B6.**

Cerveja	Vinho garrafa	Vinho garrafão	Destilado	Bebidas Ice
1 garrafa = 2 doses	1 garrafa = 8 doses	1 garrafão = 36 doses	1 garrafa = 32 doses	1 garrafa de ice = 1 dose
1/2 garrafa = 1 dose	3/4 garrafa = 6 doses	3/4 garrafão = 27 doses	3/4 garrafa = 24 dose	1 lata de ice = 1 dose
1 lata cerveja = 1 dose	1/2 garrafa = 4 doses	1/2 garrafão = 18 doses	1/2 garrafa = 16 dose	
1 garr. long neck = 1 dose	1/4 garrafa = 2 doses	1/4 garrafão = 9 doses	1/4 garrafa = 8 dose	
<b>Chope</b>	1 taça (90ml) = 1 dose		1 copo (30 ml) = 1 dose	
1 copo = 1 dose				

**B7 (MOSTRE CARTÃO B7)**

- B7a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 ou mais doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B7b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B7c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B7d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B7e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B7f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B7g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de qualquer tipo de bebida alcoólica em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (RU – ESTIMULADA)

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B7a	B7b	B7c	B7d	B7e	B7f	B7g
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99

**(SE NUNCA BEBEU CERVEJA (B1=11), PULAR PARA INSTRUÇÃO ACIMA DE B12)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de vinho que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de vinho nos referimos a um copo de vinho de 90 ml.

**(MOSTRAR CARTÃO B7X)**

**B7X.** Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade de vinho** que você geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. (RU – ESTIMULADA)

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA B8a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(PULE PARA B8b)
D	5, 6 ou 7 doses	4	(PULE PARA B8c)
E.	4 doses	5	(PULE PARA B8d)
F.	3 doses	6	(PULE PARA B8e)
G.	2 doses	7	(PULE PARA B8f)
H.	1 dose	8	(PULE PARA B8g)
(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei		98	
(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa		99	

**B8. (MOSTRAR CARTÃO B8)**

- B8a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 ou mais doses** de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO) . Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **ao menos 5, 6 ou 7 doses** de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)

- B8f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**). Foi: (**RU – ESTIMULADA**)
- B8g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**). Foi: (**RU – ESTIMULADA**)

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B8 a.	B8 b.	B8 c.	B8 d.	B8.e.	B8 f.	B8 g.
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99

**(MOSTRE CARTÃO B10A)**

**B10a.** Considere esses dois tipos de garrafas: garrafas tradicionais de vinho – branco e tinto - e um garrafão. As garrafas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Diga-me a letra correspondente ao tipo de garrafa que você geralmente bebeu nos últimos 12 meses. **(RU – ESTIMULADA)**

**(SE NÃO BEBE VINHO DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A QUESTÃO B11a)**

Além desse tipo de garrafa você também bebeu vinho nos últimos doze meses do outro tipo de garrafa?

**(MOSTRE CARTÃO B10B)**

**B10b.** Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que você geralmente bebeu, na garrafa que você selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses. **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS QUE BEBEU. RU – ESTIMULADA)**

	<b>B10A</b>		<b>B10b</b>							
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	Não sei	Recusa
	1 <sup>a</sup> Men.	2 <sup>a</sup> Men.	<b>1</b>	<b>3/4</b>	<b>2/3</b>	<b>1/2</b>	<b>1/3</b>	<b>1/4</b>		
A	1	1	1	2	3	4	5	6	98	99
B	2	2	1	2	3	4	5	6	98	99
Nenhum	97	97								
Não sei	98	98								
Recusa	99	99								

**(MOSTRE CARTÃO B11A)**

**B11a.** Olhe para essa foto de diferentes tipos de taças de vinho e de um copo comum. As taças e o copo aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de taça de vinho que você geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(RU – ESTIMULADA)**

**(SE NÃO BEBE VINHO NESTES TIPOS DE TAÇAS, PULE PARA INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO B12)**

Além desse tipo de taça/copo você também bebeu vinho nos últimos doze meses em outro tipo de taça/copo? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE TAÇA/COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)**



**(SE NUNCA BEBEU CERVEJA (B2=11), PULAR PARA INSTRUÇÃO ACIMA DE B16)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de cerveja ou chope que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de cerveja nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja ou considere que uma garrafa corresponde a 2 doses ou garrafa “long neck” que corresponde a 1 dose ou 1 copo de chope que corresponde a 1 dose.

**(MOSTRAR CARTÃO B12)**

**B12.** Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade de cerveja** ou chope você geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. **(RU – ESTIMULADA)**

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B13a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B13b)</b>
D.	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B13c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B13d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B13e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B13f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B13g)</b>
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei</b>		98	
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa</b>		99	

**B13 (MOSTRE CARTÃO B13)**

B13a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 doses** ou mais de cerveja ou chope em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas e copos de cerveja? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

B13b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

B13c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

B13d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

- B13e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**). Foi: (RU – ESTIMULADA)

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B13a.	B13b.	B13c.	B13d.	B13e.	B13f.	B13g.
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99

**(MOSTRE CARTÃO B14A)**

**B14a.** Olhe para essa foto com copos e um caneco de chope. Eles aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de copo de chope, ou caneco, que você geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(RU – ESTIMULADA)**

**(SE NÃO BEBE CERVEJA/CHOPE NESTES TIPOS DE COPOS, PULE PARA A QUESTÃO B15A)**

Além desse tipo de copo você também bebeu cerveja/chope nos últimos doze meses em outro tipo de copo? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)**

**(MOSTRE CARTÃO B14B)**

**B14b.** Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que você geralmente bebeu, no copo ou caneco que você selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODOS OS COPOS EM QUE BEBEU. RU – ESTIMULADA)**

	<b>B14A</b>				<b>B14B</b>							
	1 <sup>a</sup> Men.	2 <sup>a</sup> Men.	3 <sup>a</sup> Men.	4 <sup>a</sup> Men.	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	Não sei	Recus a
	1	2	3	4	1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
01	1	1	1	1	1	2	3	4	5	6	98	99
02	2	2	2	2	1	2	3	4	5	6	98	99
03	3	3	3	3	1	2	3	4	5	6	98	99
04	4	4	4	4	1	2	3	4	5	6	98	99
Nenhum	97	97	97	97								
Não sei	98	98	98	98								
Recusa	99	99	99	99								

**(MOSTRE CARTÃO B15A)**

**B15a.** Olhe para essa foto com uma lata e garrafas – tamanho tradicional e “long neck” - de cerveja. Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo, se lata e/ou garrafa, que você geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(RU – ESTIMULADA)**

**(SE NÃO BEBE CERVEJA DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO B16)**

Além desse tipo de garrafa/lata você também bebeu cerveja nos últimos doze meses de outro tipo de garrafa/lata? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE GARRAFA/LATA)**



**(SE NUNCA BEBEU BEBIDAS ICE (B3=11), PULAR PARA INSTRUÇÃO ACIMA DA QUESTÃO B19)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de bebida “ICE” que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de bebida “ICE” nos referimos a uma lata ou uma garrafa.

**(MOSTRAR CARTÃO B16)**

**B16** Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade** de latas ou garrafas de bebidas ice que você bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. **(RU – ESTIMULADA)**

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B17a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B17b)</b>
D.	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B17c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B17d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B17e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B17f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B17g)</b>
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei</b>		98	
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa</b>		99	

**B17 (MOSTRE CARTÃO B17)**

- B17a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 doses** ou mais de bebidas ice em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas e garrafas? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B17b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de bebidas ice em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B17c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de bebidas ice em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B17d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de bebidas ice em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B17e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de bebidas ice em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

- B17f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de bebidas ice em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (**RU – ESTIMULADA**)
- B17g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de bebidas ice em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi: (**RU – ESTIMULADA**)

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B17.a.	B17. b.	B17 c.	B17. d.	B17. e.	B17. f.	B17. g.
		12+	8-11	5-7	4	3	2	1
		DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99



**(SE NUNCA BEBEU DESTILADOS (B4=11), PULAR PARA B25)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de bebida destilada, cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de bebida destilada nos referimos a um copo de 30 ml de destilados.

**(MOSTRE CARTÃO B19)**

**B19.** Durante os últimos doze meses, qual foi a maior quantidade de bebidas contendo destilados de qualquer tipo, incluindo cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum que você bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.  
**(RU – ESTIMULADA)**

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B20a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B20b)</b>
D	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B20c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B20d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B20e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B20f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B20g)</b>
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei</b>		98	
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa</b>		99	

**B20 (MOSTRE CARTÃO 20)**

B20a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 doses** ou mais de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:

B20b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:

B20c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:

B20d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou

outras? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi:

- B20e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi:
- B20f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi:
- B20g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão (**SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO**) Foi:

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B20 a.	B20. b.	B20. c.	B20. d.	B20. e.	B20. f.	B20. g.
		12+	8-11	5-7	4	3	2	1
		DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99

**(MOSTRE CARTÃO B21A)**

**B21a.** Olhe para essa foto com diferentes tipos de garrafas de destilados de 1 litro – cachaça, uísque, vodca, rum e conhaque. Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo(s) de garrafa(s), que você geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(RU – ESTIMULADA)**

**(SE NÃO BEBE DESTILADOS DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA B22A)**

Além desse tipo de garrafa você também bebeu destilados nos últimos doze meses de outro tipo de garrafa? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE GARRAFA)**

**(MOSTRE CARTÃO B21B)**

**B21b.** Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que você geralmente bebeu, na garrafa que você selecionou, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS QUE BEBEU. RU – ESTIMULADA)**

	B21A					B21B							
	1 <sup>a</sup> Men.	2 <sup>a</sup> Men.	3 <sup>a</sup> Men.	4 <sup>a</sup> Men.	5 <sup>a</sup> Men.	A	B	C	D	E	F	Não sei	Recus a
	1	2	3	4	5	1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
A	1	1	1	1	1	1	2	3	4	5	6	98	99
B	2	2	2	2	2	1	2	3	4	5	6	98	99
C	3	3	3	3	3	1	2	3	4	5	6	98	99
D	4	4	4	4	4	1	2	3	4	5	6	98	99
E	5	5	5	5	5	1	2	3	4	5	6	98	99
Nenhum	97	97	97	97	97								
Não sei	98	98	98	98	98								
Recusa	99	99	99	99	99								

**(MOSTRE CARTÃO B22A)**

**B22a.** Olhe para essa foto com diferentes tipos de copos de destilados. Eles aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo(s) de copo(s), que você geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(RU – ESTIMULADA)**

**(SE NÃO BEBE DESTILADOS NESTES TIPOS DE COPOS, PULE PARA QUESTÃO B23)**

Além desse tipo de copo você também bebeu destilados nos últimos doze meses em outro tipo de copo? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)**



- B23.** Entre os destilados que você bebe, qual o que você mais consome? (Cachaça, Uísque, Rum, Vodca ou outra bebida alcoólica)? **(RU POR COLUNA – ESPONTÂNEA)**

	1 <sup>a</sup> Men.	2 <sup>a</sup> Men.	3 <sup>a</sup> Men.	4 <sup>a</sup> Men.	5 <sup>a</sup> Men.
Cachaça	1	1	1	1	1
Uísque	2	2	2	2	2
Rum	3	3	3	3	3
Vodca	4	4	4	4	4
Conhaque	5	5	5	5	5
Gin	6	6	6	6	6
Outra 1: _____	7	7	7	7	7
Outra 2: _____	8	8	8	8	8
Outra 2: _____	9	9	9	9	9
Nenhuma outra		97	97	97	97
Não sei	98	98	98	98	98
Recusa	99	99	99	99	99

**DIRIGIR ALCOOLIZADO**

- B25.** **(MOSTRAR CARTÃO B25)** Quantas vezes você dirigiu depois de beber álcool nos últimos 12 meses? **(NOTA PARA ENTREVISTADOR: DIRIGIR QUALQUER VEÍCULO, INCLUINDO CARRO, MOTO e CAMINHÃO) (RU – ESTIMULADA)**

Quase todas as vezes que bebi	1
Mais da metade das vezes que bebi	2
Menos da metade das vezes	3
Algumas vezes	4
2 ou 3 vezes	5
Só uma vez	6
Nunca aconteceu	7
Nunca dirigi/não tenho carta <b>(ESPONTÂNEO)</b>	9
Não sei	98
Recusa	99

**(SE CÓDIGO 7, 9, 98 OU 99 NA B25, PULE PARA B30)**

**B26. (MOSTRAR CARTÃO B25)** Quantas vezes você dirigiu depois de beber 3 ou mais doses nos últimos 12 meses? **(RU – ESTIMULADA)**

Quase todas as vezes que bebi	1
Mais da metade das vezes que bebi	2
Menos da metade das vezes	3
Algumas vezes	4
2 ou 3 vezes	5
Só uma vez	6
Nunca aconteceu	7
Não sei	98
Recusa	99

**(SE CÓDIGO 7 NA B26, PULE PARA B30)**

**B27.** Quantas doses de bebida alcoólica você pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (N. de Doses)

**B28. (MOSTRAR CARTÃO B28)** Pense na ocasião mais recente em que dirigiu logo após beber 3 ou mais doses. Aonde você havia bebido naquela ocasião? Por favor diga-me o local do cartão que melhor descreve aonde você bebeu. (RU – ESTIMULADA)

**(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: CASO TENHA BEBIDO EM VÁRIOS LOCAIS NA MESMA OCASIÃO, PERGUNTE SOBRE O ÚLTIMO LOCAL EM QUE O INDIVÍDUO BEBEU)**

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Pic-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro – Aonde? _____	94
Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses	95
Não sabe	98
Recusa	99

**SE CÓD. 95 OU 98 OU 99 EM B28, PULE PARA B30**

**B29.** Quantas doses você bebeu naquela ocasião? (RU – ESPONTÂNEA)

12 ou mais doses	1
8 a 11 doses	2
5 a 7 doses	3
4 doses	4
3 doses	5
2 doses	6
1 dose	7
Não sei	98
Recusa	99

**(ABSTÊMIO VIDA TODA VEIO DA B5 = 11)**

- B30.** Quantas vezes você foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais? (RU – ESPONTÂNEA)

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3

1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
Não sei	98
Recusa	99

(ABSTÊMIO B5 = 11 PULE PARA H1 – PÁG. 28)

- B31.** Quantas vezes você já esteve envolvido em algum acidente de trânsito quando dirigia após ter bebido qualquer quantidade de álcool? (RU – ESPONTÂNEA)

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
Nunca dirigi/não tenho carta	97
Não sei	98
Recusa	99

**IDADE DE INÍCIO**

- B32.** Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que você experimentou apenas 1 ou 2 goles.

|\_\_|\_\_| idade - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

- B33.** Quantos anos você tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas?

|\_\_|\_\_| idade - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

**Nº. DE DOSES AO DIA E MAIORES DOSES NA VIDA**

(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (B5=10), PERGUNTE USANDO O TEMPO PASSADO)

- B34.** Nos dias em que você bebe (bebia), cerveja, vinho, bebidas ice, destilados, quantas doses você geralmente bebe (bebia) por dia?

|\_\_|\_\_|\_\_| nr. de doses - 999 – menos de uma dose por dia

- B35.** Aproximadamente quanto do seu consumo de álcool ocorre (ocorria) durante as refeições. Você diria: **(RU – ESTIMULADA)**

todo ou quase todo,	1
mais de metade,	2
metade,	3
menos de metade, ou	4
nada ou quase nada?	5

Não sei	98
NR/Recusa	99

**(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (B5=10), PULE PARA B40.)**

**(MOSTRE CARTÃO B36)**

- B36.** Pense na ocasião nos últimos doze meses aonde você mais bebeu. Aonde você estava quando consumiu o maior número de doses? Diga-me o local do cartão.

**(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO BEBEU O MESMO EM DIVERSOS LUGARES, PERGUNTE SOBRE O LOCAL MAIS RECENTE.) (RU – ESTIMULADA)**

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/PIc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro - especifique _____	94
Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar	95
Não sei	98
Recusa	99

**(PEGUE DE VOLTA O CARTÃO)**

- B37.** Com quem você estava quando consumiu o maior número de doses de álcool?  
(SE B36= 95, LEIA:) Com quem você estava bebendo quando consumiu o maior número de doses de álcool na ocasião mais recente?

**(CIRCULE TODOS OS QUE SE APLICAM) (LEIA AS CATEGORIAS APENAS SE NECESSÁRIO) (RM – ESPONTÂNEO)**

A.	Sozinho (a)	1
B.	Com amigos	2
C.	Com parceiro amoroso (incluindo esposa/marido)	3
D.	Com estranhos	4
E.	Com familiares	5
F.	Com um(a) paquera	6
G.	Com colegas de trabalho/escola	7
H.	Com outra pessoa: <b>(ESPECIFIQUE):</b> _____	8
	Não sabe	98
	NR/Recusa	99

- B38.** Quantas doses de álcool você bebeu nessa ocasião? **(SE NECESSÁRIO USE TABELA DE EQUIVALÊNCIA)**

|\_|\_|\_| nr. doses - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

**(SE B38 = 98 - NÃO SEI, PERGUNTE 39)**

**(SE B38 = 99 – RECUSA, PERGUNTE 40)**

**(NOTA PARA ENTREVISTADOR: COMO ESSA PERGUNTA É DE “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO).**

**B39.** Você diria que foram quantas doses? (RU – ESTIMULADA-LEIA)

17 ou mais doses em um único dia	1
12 a 16 doses em um único dia	2
5, 6 ou 7 doses	3
De 8 a 11 doses	4
4 doses	5
3 doses	6
2 doses	7
1 dose	8
Não sei	98
Recusa	99

**SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (B5=1 à 9), PULE PARA B41.**

**SE EX-BEBEDOR (B5=10), CONTINUE.**

**B40.** Já houve algum período de tempo em que você bebeu vinho, bebidas ice ou destilado, ao menos uma vez por ano? (RU – ESTIMULADA)

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recusa	99

**B41.** Qual é o maior número de doses que você se lembra de ter consumido em uma ocasião?

\_|\_|\_| nr. doses - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

(SE B41 = 98 - NÃO SEI, CONTINUE)

(SE B41 = NÚMERO DE DOSES, VÁ PARA B43)

(SE B41 = 99 - RECUSA, PULE PARA B43)

**B42. HOMENS:** Foi cinco ou mais? (RU – ESTIMULADA)  
**MULHERES:** Foi quatro ou mais? (RU – ESTIMULADA)

<b>HOMEM:</b>	SIM: (CINCO OU MAIS)	95
	NÃO: (QUATRO OU MENOS)	94
<b>MULHER:</b>	SIM: (QUATRO OU MAIS)	93
	NÃO: (TRÊS OU MENOS)	92

**NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU 5 DOSES OU MAIS**

**SE O INDIVÍDUO FOR MULHER E B41 É MENOS DE 4 OU B42 É “92”, PULE PARA C1.**

**SE O INDIVÍDUO FOR HOMEM E B41 FOR MENOS QUE 5 OU B42 “94”, PULE PARA C1.**

**SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (B5=10), PULE PARA C1.**

**B43.** Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu (SE HOMEM: cinco ou mais doses MULHER: quatro ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião, ou seja, **durante cerca de 2 horas?**

|\_|\_|\_| nr. vezes - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

**(SE B43 = 98 - NÃO SEI, PERGUNTE B44)**

**(SE B43 = NR. DOSES, PERGUNTE B44)**

**(SE B43 =99 - RECUSA, PULE PARA C1)**

**B44.** Qual a frequência que isso aconteceu?

**(NOTA AO ENTREVISTADOR: COMO ESSE PERGUNTA É UMA “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOTRAR O CARTÃO). (RU – ESTIMULADA-LEIA)**

Todos os dias,	1
5 a 6 vezes por semana,	2
3 a 4 vezes por semana,	3
1 a 2 vezes por semana,	4
2 a 3 vezes por mês,	5
uma vez ao mês,	6
7 a 11 vezes nos últimos 12 meses,	7
3 a 6 vezes nos últimos 12 meses,	8
duas vezes nos últimos 12 meses,	9
uma vez nos últimos 12 meses,	10
nunca nos últimos 12 meses?	11
Não sei	98
Recusa	99

**C. EFEITOS PREJUDICIAIS DO BEBER**

- Qa.** Agora pensando na sua vida toda, houve algum período quando você achou que o seu beber tinha um efeito prejudicial sobre **(LEIA O ITEM): (RU – ESTIMULADA)**  
**(SE SIM PARA A Q.a E A SITUAÇÃO DE BEBER NO MARCADOR FOR BEBEDOR ATUAL (B5= 1 À 9), PERGUNTE Q. b IMEDIATAMENTE)**
- Qb.** Isso aconteceu nos últimos 12 meses? **(RU – ESTIMULADA)**

	Q.a Na vida				Bebedor Atual	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Q.b Últimos 12 meses	
					Sim	Não
<b>C1.</b> suas amizades e sua vida social?	1	2	98	99	1	2
<b>C2.</b> seus objetivos na vida/projeto/perspectiva?	1	2	98	99	1	2
<b>C3.</b> sua vida familiar ou casamento?	1	2	98	99	1	2
<b>C4.</b> sua posição financeira?	1	2	98	99	1	2
<b>C5.</b> seu trabalho e oportunidades de emprego?	1	2	98	99	1	2
<b>C6.</b> sua saúde?	1	2	98	99	1	2

**C. PROBLEMAS COM O ÁLCOOL**

Aqui constam algumas experiências que muitas pessoas relataram com relação a beber. A cada item lido, diga se isto já aconteceu com você.

- Qa. (LEIA ITEM) Isto já aconteceu com você (durante toda vida)? (RU – ESTIMULADA)**  
**(EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA a. E SE SUA CONDIÇÃO PARA BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (B5= 1 À 9), PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE)**
- Qb. Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (RU – ESTIMULADA)**

	Q.a Na vida				Bebedor Atual	
					Q.b Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
<b>C7.</b> Deixei de fazer diversas refeições regulares enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
<b>C8</b> Frequentemente, a primeira coisa que fiz quando acordei de manhã foi tomar uma dose de bebida alcoólica.	1	2	98	99	1	2
<b>C9.</b> Tomei uma dose de bebida alcoólica forte de manhã para superar os efeitos do que bebi na noite passada.	1	2	98	99	1	2
<b>C10.</b> Minhas mãos tremeram muito na manhã seguinte após ter bebido.	1	2	98	99	1	2
<b>C11.</b> Por vezes, acordei durante a noite ou de manhã cedo todo suado por ter bebido.	1	2	98	99	1	2
<b>C12.</b> Tive uma discussão exaltada enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
<b>C13.</b> Um policial me advertiu por causa de minha bebedeira.	1	2	98	99	1	2
<b>C14.</b> Meu consumo de álcool contribuiu para que me machucasse em um acidente com um carro ou outro local.	1	2	98	99	1	2
<b>C15.</b> Meu consumo de álcool contribuiu para me envolver em um acidente no qual uma outra pessoa se machucou ou um bem, como por exemplo um carro, foi danificado.	1	2	98	99	1	2
<b>C16.</b> Tive problemas com a lei por beber, não envolvendo dirigir.	1	2	98	99	1	2
<b>C17.</b> Fiquei alcoolizado (bêbado) por beber durante vários dias seguidos	1	2	98	99	1	2

**(PEGUE O CARTÃO DE VOLTA)**

**C. PROBLEMAS COM O ÁLCOOL**

- a. **(LEIA ÍTEM)** Isto já aconteceu com você (durante toda vida)? **(RU – ESTIMULADA)**  
**EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA a. E SE SUA CONDIÇÃO PARA BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (B5= 1 À 9), PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE)**
- b. Isto aconteceu nos últimos 12 meses? **(RU – ESTIMULADA)**

	Q.a Na vida				Bebedor Atual	
					Q.b Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
<b>C18</b> .Uma vez, comecei a beber e foi difícil para eu parar antes de ficar completamente alcoolizado (bêbado)	1	2	98	99	1	2
<b>C19</b> Tive uma doença relacionada com a bebida que me impediu de fazer minhas atividades regulares por uma semana ou mais.	1	2	98	99	1	2
<b>C20</b> . Senti que beber estava se tornando uma ameaça séria para minha saúde física.	1	2	98	99	1	2
<b>C21</b> . Um médico sugeriu que eu bebesse menos.	1	2	98	99	1	2
<b>C22</b> . Quase perdi ou cheguei a perder um emprego por causa da bebida.	1	2	98	99	1	2
<b>C23</b> . As pessoas no trabalho deram a entender que eu deveria beber menos.	1	2	98	99	1	2
<b>C24</b> . Beber pode ter afetado minhas chances de promoção ou aumentos ou trabalhos melhores.	1	2	98	99	1	2
<b>C25</b> . Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ficou irritado com minha bebedeira ou o modo como me comportei enquanto bebia (PARCEIRO AMOROSO)	1	2	98	99	1	2
<b>C26</b> . Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ameaçou me deixar por causa da minha bebedeira (PARCEIRO AMOROSO)	1	2	98	99	1	2
<b>C27</b> . Receio que eu possa ser um alcoólatra.	1	2	98	99	1	2
<b>C28</b> . Iniciei uma briga com alguém fora da minha família quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2

<b>C29.</b> Bati em alguém, ataquei alguém ou os(as) atingi com algo quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
<b>(CASO NÃO TENHA ESPOSO(A)/PARCEIRO PULE ESSA PERGUNTA)</b> <b>C30.</b> Iniciei uma discussão ou briga com meu/minha (esposo/esposa/parceiro) quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
<b>(CASO NÃO TENHA FILHOS, PULE ESSA PERGUNTA)</b> <b>C31.</b> Senti que beber causou problemas entre eu e meus filhos.	1	2	98	99	1	2
<b>C32.</b> Descobri que precisava de um gole de bebida alcoólica para não tremer ou ter ânsia de vômito.	1	2	98	99	1	2
<b>C33.</b> Acordei no dia seguinte e não consegui lembrar algumas coisas que tinha feito enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
<b>C34.</b> Por vezes, continuei bebendo após ter prometido a mim mesmo não fazê-lo.	1	2	98	99	1	2

**D. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL DE ACORDO COM A CIDI**

**(CASO SUA CONDIÇÃO PARA BEBER SEJA EX-BEBEDOR [B5=10], VÁ PARA A SEÇÃO F)**

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D1.</b> Nos últimos 12 meses, houve uma época em que <u>beber ou estar de ressaca</u> interferiu com frequência em seu trabalho/escola, emprego ou em casa?	1	2	98	99
<b>D2.</b> Nos últimos 12 meses, <u>ocê</u> frequentemente se envolveu em brigas físicas <u>ao beber</u> ?	1	2	98	99
<b>D3.</b> Nos últimos 12 meses, <u>beber</u> frequentemente <u>causou problemas entre você e um membro da família ou amigo</u> ?	1	2 (VÁ PARA D5)	98 (VÁ PARA D5)	99 (VÁ PARA D5)
<b>D4.</b> Você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava lhe causando problemas para se relacionar com outras pessoas</u> ?	1	2	98	99
<b>D5.</b> Nos últimos 12 meses, <u>ocê foi preso</u> por perturbar a paz ou dirigir <u>sob a influência do álcool</u> ?	1	2	98	99
<b>D6.</b> Nos últimos 12 meses, <u>ocê esteve sob a influência do álcool</u> em situações <u>em que você poderia se ferir</u> , como por exemplo ao andar de bicicleta, dirigir, operar uma máquina ou outra situação ?	1	2	98	99
<b>D7.</b> Houve alguma situação nos últimos 12 meses em que sentiu que teve que <u>beber muito mais do que costumava para obter o efeito que desejava</u> ?	1 (VÁ PARA D9)	2	98	99
<b>D8.</b> Nos últimos 12 meses, <u>ocê achou que a mesma quantidade de álcool teve menos efeito sobre você do que tinha antes</u> ?	1	2	98	99
<b>D9.</b> Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que <u>ocê sentiu um desejo tão forte ou necessidade de beber que você não pôde deixar de beber</u> ?	1 (VÁ PARA D11)	2	98	99
<b>D10.</b> Nos últimos 12 meses, alguma vez <u>ocê sentiu que desejou tanto beber que não conseguia pensar em mais nada</u> ?	1	2	98	99
<b>D11.</b> Nos últimos 12 meses, alguma vez <u>ocê sentiu que bebeu mais do que pretendia</u> ?	1 (VÁ PARA D13)	2	98	99

<b>D12.</b> Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que continuou <u>bebendo muito mais do que pretendia</u> ?	1	2	98	99
<b>D13.</b> Nos últimos 12 meses, <u>alguma vez</u> você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	1	2	98	99
<b>D14.</b> Nos últimos 12 meses, <u>por mais de uma vez</u> você sentiu que deveria <u>parar de beber</u> ou beber menos, mas não conseguiu?	1	2	98	99
<b>D15.</b> Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você sentiu que <u>gastou muito tempo bebendo</u> ou se recuperando dos efeitos do álcool?	1	2	98	99
<b>D16.</b> Nos últimos 12 meses, você sentiu que beber fez com que <u>desistisse ou reduzisse consideravelmente atividades importantes</u> – como participar de esportes, ir à escola ou trabalho ou manter contato com amigos ou parentes?	1	2	98	99

**(ATENÇÃO: SE NA QUESTÃO D14 TEM CÓD. 2, 98 ou 99, VÁ PARA D19)**

**D17.** Vou lhe perguntar sobre alguns problemas que você pode ter tido, nos últimos 12 meses, caso tenha **TENTADO PARAR DE BEBER** ou **REDUZIR A QUANTIDADE DE BEBIDA**.

	Sim	Não	Nunca parei ou reduzi	Não sei	Recusa
<b>D17a.</b> Você teve tremores nas mãos?	1	2	3	98	99
<b>D17b.</b> Você teve mais problemas para dormir do que de costume?	1	2	3	98	99
<b>D17c.</b> Você ficou mais nervoso do que costuma ser?	1	2	3	98	99
<b>D17d.</b> Você se sentiu mais inquieto, agitado, do que o habitual?	1	2	3	98	99
<b>D17e.</b> Você suou além do normal?	1	2	3	98	99
<b>D17f.</b> Você sentiu seu coração batendo mais rápido do que o normal?	1	2	3	98	99
<b>D17g.</b> Você teve náuseas ou vômitos?	1	2	3	98	99
<b>D17h.</b> Você teve dores de cabeça?	1	2	3	98	99
<b>D17i.</b> Você se sentiu fraco?	1	2	3	98	99

<b>D17j.</b> Você viu, ouviu ou sentiu coisas estranhas, que os outros não conseguiam ou percebiam?	1	2	3	98	99
<b>D17k.</b> Você teve um ataque epilético/convulsão	1	2	3	98	99

(SE NENHUM DOS ÍTENS DE D17a ATÉ D17k TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (SIM), VÁ PARA D19.)

**D18** Nos últimos 12 meses, você bebeu para não ter estes problemas **ou bebeu para fazê-los acabar?**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**D19.** Beber já lhe causou algum dos seguintes problemas médicos, tais como:

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D19a.</b> Doenças do fígado ou hepatite?	1	2	98	99
<b>D19b.</b> Doenças de estômago ou vômitos com sangue?	1	2	98	99
<b>D19c.</b> Formigamento nos pés ou dormência?	1	2	98	99
<b>D19d.</b> Pancreatite	1	2	98	99
<b>D19e.</b> Problemas de memória, esquecimentos, mesmo quando não estava bebendo?	1	2	98	99
<b>D19f.</b> Qualquer outra doença? (ESPECIFICAR): _____ _____ _____	1	2	98	99

**(CASO QUALQUER ITEM DE D19a ATÉ D19f TENHA SIDO RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE (SIM), VÁ PARA D20 CASO CONTRÁRIO, VÁ PARA D22)**

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D20.</b> Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava tendo um problema médico?</u>	1	2	98	99
<b>D21.</b> Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber quando teve conhecimento de que tinha qualquer (outra) doença física grave que piorou, foi agravada, devido à bebida?</u>	1	2	98	99

**D22.** O álcool já lhe causou qualquer problema emocional ou psicológico, como por exemplo:

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D22a.</b> Perder o interesse em suas atividades habituais?	1	2	98	99
<b>D22b.</b> Ficar deprimido?	1	2	98	99
<b>D22c.</b> Suspeitar ou desconfiar dos outros?	1	2	98	99
<b>D22d.</b> Ter pensamentos estranhos?	1	2	98	99

**(CASO QUALQUER ITEM DE D22a ATÉ D22d TENHA SIDO RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE (SIM), VÁ PARA D23 CASO CONTRÁRIO, VÁ PARA A SEÇÃO F)**

**D23.** Nos últimos doze meses, você continuou a beber após saber que a bebida alcoólica estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**EX-BEBEDORES (B5=10), VOLTAM A RESPONDER AQUI A PARTIR DE C34.**

## F. TRATAMENTO

**F1.** Você já procurou alguém – médico ou qualquer outro profissional, Alcoólicos Anônimos, clínica ou outra instituição de tratamento por causa de um problema relacionado ao modo como você bebe?

	Q. a.				Q. b.
	Sim	Não	N/s	Recusa	(ANOTE O NÚMERO E CIRCULE A UNIDADE)
<b>F2.</b> Hospitais Gerais	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F3.</b> Unidades do sistema único de saúde: postos de saúde, centros de atenção psicossocial - CAPS, programas saúde da família - PSF hospitais universitários	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F4.</b> Hospitais psiquiátricos	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F5.</b> Profissional ou clínica particular	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F6.</b> Receber algum benefício da Previdência Social	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F7.</b> Alcoólicos Anônimos	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F8.</b> Algum outro programa de tratamento de Alcoolismo	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F9.</b> Comunidades Terapêuticas (Fazendas)	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F10.</b> Padre, Pastor ou Curandeiro	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
<b>F11.</b> Algum outro serviço ou profissional	1	2	98	99	_____ _____ _____ _____  1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos

(ESPECIFIQUE): _____					anos
----------------------	--	--	--	--	------

Eu vou ler para você uma lista de locais e profissionais. Para cada questão, por favor, indique se você já os procurou por causa de um problema com bebidas.

- a. **(LEIA ITEM):** Você alguma vez já foi/procurou **(LEIA ITEM)** por causa de seu problema com álcool?  
**(EM CASO AFIRMATIVO PARA a. PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE. ANOTE NÚMERO E CIRCULE O PERÍODO DE TEMPO.)**
- b. Há quanto tempo foi o contato?

Sim	1
Não <b>(PULE PARA H1)</b>	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

#### H. FERIMENTOS

- H1.** Nos últimos 12 meses, você se feriu devido a uma queda, corte, tornozelo torcido, osso quebrado ou algo mais sério?

Sim	1
Não <b>(PULE PARA I1)</b>	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

- H2.** Você se submeteu a tratamento devido a este ferimento?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**(SE CÓDIGO 2 (NÃO), 98 (NÃO SEI), OU 99 (RECUSA) na H2 PULE PARA A INSTRUÇÃO DA H4)**

**H3.** Quando você procurou tratamento devido a este ferimento, onde você foi primeiro? Você foi:

A um pronto-socorro,	1
A um hospital,	2
A um médico ou clínica particular ou	3
A algum outro local?(ESPECIFIQUE) _____ _____	4
Não sabe	98
Recusa	99

**(CASO A CONDIÇÃO PARA BEBER NO MARCADOR SEJA BEBEDOR ATUAL [B5=1 à 9], PERGUNTE H4. CASO CONTRÁRIO, PULE PARA INSTRUÇÃO ACIMA DE I1).**

**H4.** Nas 6 horas anteriores a seu mais recente ferimento, você ingeriu qualquer bebida alcoólica – mesmo que apenas uma dose? Isto inclui vinho, bebidas ice, destilados e qualquer outra bebida contendo álcool.

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**H5.** Este ferimento mais recente estava de alguma forma relacionado ao seu consumo de bebidas alcoólicas?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**I. USO DO ÁLCOOL, POLÍTICA E PROPAGANDA**

Existem várias medidas que o governo pode criar para diminuir problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. As perguntas seguintes referem-se à sua opinião e experiência em relação a algumas dessas medidas. **(LER ESCALA)**

	Aumentada	Reduzida	Permanecer a mesma	Não sabe	Recusa
<b>I1.</b> Você acha que os impostos sobre as bebidas alcoólicas deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecer o mesmo?	1	2	3	98	99
<b>I2.</b> Você acha que a idade mínima legal para venda de bebidas alcoólicas - 18 anos - deveria ser aumentada, reduzida, ou permanecer a mesma?	1	2	3	98	99
<b>I3.</b> Você acha que as campanhas publicitárias patrocinadas pelo Governo Federal (p.ex., as campanhas alertando para os riscos de beber e dirigir) deveriam ser aumentadas, reduzidas, ou permanecerem as mesmas?	1	2	3	98	99
<b>I4.</b> Você acha que os programas de prevenção ao uso de álcool em escolas deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecerem os mesmos?	1	2	3	98	99
<b>I5.</b> Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecerem os mesmos?	1	2	3	98	99

**(MOSTRE CARTÃO I6)**

- 16.** Na sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais:  
(LER ESCALA)

	Nunca	Em poucas ou limitadas situações	Várias situações	Na maioria das situações	Sempre	Não sabe	Recusa
a. Deveria ser condenada à prisão?	1	2	3	4	5	98	99
b. Deveria ter sua carteira de habilitação suspensa?	1	2	3	4	5	98	99
c. Deveria ter que pagar multas?	1	2	3	4	5	98	99

Agora, por favor responda SIM ou NÃO para as próximas perguntas

		Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>I7</b>	Você acha que deveria haver restrição de horário para a venda de bebidas alcoólicas?	1	2	98	99
<b>I8</b>	Você acha que deveriam haver mais esforços por parte dos estabelecimentos para evitar que continuem a servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados?	1	2	98	99
<b>I9</b>	Você acha que deveria ser proibida a venda de bebidas alcoólicas em padarias, confeitarias e mercearias?	1	2	98	99
<b>I10</b>	Você acha que deveriam haver mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos das garrafas ou latas, além do já existente “Beba com moderação”?	1	2	98	99
<b>I11</b>	Você acha que deveria ser proibida a propaganda de bebidas alcoólicas na televisão, incluindo vinho cachaça, cerveja ou chope, uísque, rum, vodca e outros tipos fermentados e destilados?	1	2	98	99
<b>I12</b>	Você acha que as companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?	1	2	98	99

<b>I13</b>	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?	1	2	98	99
<b>I14</b>	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?	1	2	98	99
<b>I15</b>	<b>Veja se você concorda com esta afirmativa:</b> na maior parte do Brasil, é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda, mesmo sendo a venda a menores de idade proibida por Lei.	1	2	98	99
<b>I16</b>	Você acha que deveria haver um aumento na fiscalização dos comerciantes, em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade?	1	2	98	99

**I17.** Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas de bebidas alcoólicas em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio?

Nenhuma vez	1
Menos de uma vez por mês	2
1-3 vezes por mês	3
1-3 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5
Mais do que uma vez por dia	6
Não Sei	98
Recusa	99

**I18.** Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de **prevenção** ao consumo de álcool e drogas em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio?

Nenhuma vez	1
Menos de uma vez por mês	2
1-3 vezes por mês	3
1-3 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5
Mais do que uma vez por dia	6
Não Sei	98
Recusa	99

- I19.** Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propaganda de bebidas alcoólicas na internet ou visitou o site das companhias de bebidas alcoólicas?

Nenhuma vez	1
Menos de uma vez por mês	2
1-3 vezes por mês	3
1-3 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5
Mais do que uma vez por dia	6
Não Sei	98
Recusa	99

- I20.** Nos últimos 30 dias, você viu ou participou de promoções em bares, restaurantes ou na internet sobre bebidas alcoólicas?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

- I21.** Nos últimos 30 dias, quanta propaganda de cerveja você viu em locais de venda, como bares, padarias, supermercados, restaurantes, shows de música ou eventos esportivos? Você diria que ... ( **LEIA AS ALTERNATIVAS. RU** )

Não viu <b>nada</b>	1
Viu <b>poucas</b>	2
Viu <b>várias</b>	3
Viu <b>muitas</b>	4
Não sei	98
Recuso	99

**L. BEBER/ DIRIGIR – PUNIÇÃO SOCIAL**

**(MOSTRAR CARTÃO L1)**

As questões seguintes são a respeito das atitudes em relação às bebidas alcoólicas e a condução de automóveis.

Para cada afirmação, por favor, diga-me se você concorda totalmente, concorda em parte, nem discorda nem concorda, discorda em parte ou discorda completamente.

	Concor do totalme nte	Concor do em parte	Nem Dis. Nem Con.	Discord o em parte	Discord o totalme nte	Não sabe	Recusa
<b>L1.</b> Beber e dirigir por parte de outras pessoas é uma ameaça a minha segurança pessoal e à segurança da minha família.	1	2	3	4	5	98	99
<b>L2.</b> A maioria das pessoas que dirige após beber muito álcool é alcoólatra ou bebedor problemático.	1	2	3	4	5	98	99
<b>L3.</b> Não tem problema dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica.	1	2	3	4	5	98	99
<b>L4.</b> Se uma pessoa dirige após beber muito é quase certo que um policial vai pará-la e prendê-la	1	2	3	4	5	98	99

- L5.** Segundo as leis brasileiras, qual é o nível do álcool no sangue a partir do qual uma pessoa é considerada legalmente alcoolizada para dirigir no Brasil? **(SE NÃO SEI ESPONTÂNEO)** Diga-me o número no cartão que você acha que corresponde a esse limite.  
**(MOSTRAR CARTÃO L5)**

<b>(ESPONTÂNEO)</b> Anotar: _____ qtde - _____ unidade	1
<b>(ESPONTÂNEO)</b> Não sei	2

1,5 - Gramas por litro de sangue	1
0,9 - Gramas por litro de sangue	2
0,8 - Gramas por litro de sangue	3
0,6 - Gramas por litro de sangue	4
0,4 - Gramas por litro de sangue	5
0 - (Nada é permitido, pois dirigir com qualquer uso de álcool é ilegal)	6
Não sei	98
Recusa	99

- L6.** Você já foi parado pela polícia quando dirigia?

Sim	1
Não	2
Nunca dirigi/não tenho carta	3
Não Sei	98
Recusa	99

**(EM CASO DE ABSTÊMIO, B5=11, PULE PARA INSTRUÇÃO ACIMA DA M1)  
(OUTROS: VÁ PARA L7)**

**L7.** Este incidente foi ligado ao seu uso de álcool?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**L8.** Você já foi preso/a por dirigir após ter bebido?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**M. ESCALA DE DEPRESSÃO**

**(MOSTRE O CARTÃO M1)**

Eu vou ler uma lista que inclui o modo como as pessoas frequentemente se sentem ou se comportam. Por favor, diga-me quantas vezes você se sentiu desta maneira durante ***a semana que passou.*** (**LEIA O ITEM**). Baseado neste cartão diga-me a frequência com que você se sentiu assim.

	Raramente/ Nenhuma vez	As vezes / muito poucas vezes	Ocasional- mente / um número razoável de vezes	Na maioria das vezes / o tempo todo	Não sei	Recuso
	A	B	C	D	E	F
<b>M1.</b> Eu não tive vontade de comer; eu estive sem apetite.	1	2	3	4	98	99
<b>M2.</b> Eu me senti tão desanimado que nem minha família ou amigos podiam ajudar.	1	2	3	4	98	99
<b>M3.</b> Eu senti que eu era tão bom quanto os outros.	1	2	3	4	98	99
<b>M4.</b> Eu tive dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	1	2	3	4	98	99
<b>M5.</b> Eu me incomodei com coisas que normalmente não me incomodariam.	1	2	3	4	98	99
<b>M6.</b> Eu me senti deprimido.	1	2	3	4	98	99
<b>M7.</b> Eu senti que tudo que fiz precisou de esforço.	1	2	3	4	98	99
<b>M8.</b> Eu me senti esperançoso/a quanto ao futuro.	1	2	3	4	98	99
<b>M9.</b> Eu pensei que minha vida é um fracasso..	1	2	3	4	98	99
<b>M10.</b> Eu senti medo.	1	2	3	4	98	99
<b>M11.</b> Meu sono foi agitado.	1	2	3	4	98	99
<b>M12.</b> Eu me senti feliz.	1	2	3	4	98	99
<b>M13.</b> Eu falei menos do que o normal.	1	2	3	4	98	99
<b>M14.</b> Eu me senti sozinho.	1	2	3	4	98	99
<b>M15.</b> Eu achei que as pessoas foram antipáticas/frias.	1	2	3	4	98	99
<b>M16.</b> Eu aproveitei a vida.	1	2	3	4	98	99
<b>M17.</b> Eu tive crises de choro.	1	2	3	4	98	99
<b>M18.</b> Eu me senti triste.	1	2	3	4	98	99
<b>M19.</b> Eu achei que as pessoas não gostavam de mim.	1	2	3	4	98	99
<b>M20.</b> Não tive vontade de fazer nada.	1	2	3	4	98	99

**(PEÇA O CARTÃO DE VOLTA)****N. EXPERIÊNCIA COM O PROBLEMA COM ÁLCOOL DE OUTRAS PESSOAS**

As próximas perguntas dizem respeito às suas experiências com os problemas com álcool de outras pessoas.

- a. Você alguma vez já **(LEIA ITEM):**  
**(EM CASO AFIRMATIVO PARA a., PERGUNTE b. EM SEGUIDA)**
- b. Isso foi durante os últimos 12 meses?

	Q. a. Alguma Vez				Q. b. Últimos 12 Meses			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>N1.</b> Teve problemas na família ou dificuldades conjugais devido ao beber de outra pessoa?	1	2	98	97	1	2	98	99
<b>N2.</b> Foi passageiro de um motorista que havia bebido em excesso?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N3.</b> Esteve num acidente de automóvel por causa do consumo de álcool de outra pessoa?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N4.</b> Foi empurrado, apanhou, ou sofreu agressão física por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N5.</b> Teve problemas financeiros por causa do beber de outra pessoa?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N6.</b> Teve propriedade destruída por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N7.</b> Sugeriu que outra pessoa buscasse ajuda para um problema com álcool?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N8.</b> Auxiliou outra pessoa para que ela buscasse ajuda com um problema com o álcool?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N9.</b> Você sofreu insultos verbais por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N10.</b> Você sofreu assédio, ou outra forma abuso/violência sexual, por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99

## O. INFÂNCIA E VIOLÊNCIA FAMILIAR

**(MOSTRAR CARTÃO O1)**

**O1.** Durante sua infância e adolescência, quantas vezes você viu seus pais - ou as pessoas que o criaram - **ameaçarem** agredir fisicamente um ao outro ou a outra(s) pessoas(s)?

1	Muito freqüentemente
2	Freqüentemente
3	Algumas vezes
4	Nunca
98	Não sei
99	Recusa

**(MOSTRAR CARTÃO O2)**

**O2.** Durante sua infância e adolescência, quantas vezes você viu seus pais – ou as pessoas que o criaram - **agredirem** fisicamente um ao outro ou a outra(s) pessoa(s)?

1	Muito freqüentemente
2	Freqüentemente
3	Algumas vezes
4	Nunca
98	Não sei
99	Recusa

**a.** Durante sua infância e adolescência, seus pais ou as pessoas que o criaram, alguma vez fizeram uma das coisas que vou ler? **(LEIA CADA ITEM):**

**(EM CASO AFIRMATIVO PARA a., PERGUNTE b. EM SEGUIDA)**

**b.** Eles tinham bebido?

	a. Durante Infância/ Adolescência				b. Eles tinham bebido?			
	Sim	Não	Não sabe	Recus a	Sim	Não	Não sabe	Recus a
<b>O3.</b> Machucaram você com algum objeto?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O4.</b> Bateram em você?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O5.</b> Intencionalmente te queimaram ou jogaram água quente?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O6.</b> Ameaçaram você com uma faca ou com uma arma?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O7.</b> Atiraram em você com uma arma ou atingiram com uma faca?	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O8.</b> Cometeram algum tipo de violência/ abuso sexual?	1	2	98	99	1	2	98	99

**(APENAS INDIVÍDUOS CASADOS OU VIVENDO COM PARCEIRO/A [A4 = 2] DEVEM RESPONDER O9-O26. TODOS OS OUTROS ADULTOS DEVEM PULAR PARA P1. ADOLESCENTES NÃO CASADOS PULEM PARA O27.)**

Alguns casais têm períodos de crises e discussões, mesmo que eles vivam bem um com o outro. A lista abaixo apresenta algumas das coisas que podem acontecer durante uma discussão ou briga de casais. Responda se:

- a. Nos últimos 12 meses, alguma vez você já **(LEIA CADA ÍTEM): (SE A RESPOSTA FOR SIM, E O INDIVÍDUO CONSUME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO “B”, IMEDIATAMENTE E A QUESTÃO “C” EM SEGUIDA).**
- b. Você tinha consumido bebidas alcoólicas em ao menos uma vez quando isto aconteceu?
- c. Seu (sua) companheiro (a) tinha bebido quando isto aconteceu?

	Faz Uso De Álcool											
	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>O09.</b> Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O10.</b> Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O11.</b> Deu tapas nela (nele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O12.</b> Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O13.</b> Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O14.</b> Queimou ou escaldou ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O15.</b> Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O16.</b> Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O17.</b> Atingiu ou tentou atingir ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

Agora, responda às perguntas abaixo, para as mesmas situações listadas na questão anterior:

- a. Nos últimos 12 meses, alguma vez seu companheiro (a) já (**LEIA CADA ÍTEM**):  
(**SE A RESPOSTA FOR SIM, E O INDIVÍDUO CONSOME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO “B”, IMEDIATAMENTE E A QUESTÃO “C” EM SEGUIDA**).
- b. Você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu?
- c. Seu (sua) companheiro (a) tinha bebido quando isto aconteceu?

	Faz Uso De Álcool											
	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>O18.</b> Atirou alguma coisa em você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O19.</b> Empurrou, agarrou ou sacudiu você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O20.</b> Deu tapas em você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O21.</b> Agrediu você com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O22.</b> Acertou, ou tentou acertar você com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O23.</b> Queimou ou escaldou você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O24.</b> Forçou você a ter relações sexuais com ele (ela)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O25.</b> Ameaçou você com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O26.</b> Atingiu ou tentou atingir você com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

**AS QUESTÕES O27-O35 DEVEM SER RESPONDIDAS APENAS POR INDIVÍDUOS COM ATÉ 18 ANOS, QUE SEJAM ESTUDANTES (PEE = 1). CASO IDADE ACIMA DE 18 ANOS, PULAR PARA P1.**

Pense nos últimos 30 (trinta) dias e responda às perguntas (**O27 a O 29**):

- O27.** Durante os últimos 30 dias, quantos dias você andou com uma arma como revólver ou faca?

Nenhum dia	1
1 dia	2
2 ou 3 dias	3
4 ou 5 dias	4
6 ou mais dias	5
Não Sei	98
Recusa	99

- O28.** Durante os últimos 30 dias, quantos dias você andou com uma arma como revólver ou faca **na escola**?

Nenhum dia	1
1 dia	2
2 ou 3 dias	3
4 ou 5 dias	4
6 ou mais dias	5
Não Sei	98
Recusa	99

- O29.** Durante os últimos 30 dias, quantos dias você não foi à escola porque você sentiu que não estaria seguro na escola ou em seu caminho para a escola?

Nenhum dia	1
1 dia	2
2 ou 3 dias	3
4 ou 5 dias	4
6 ou mais dias	5
Não Sei	98
Recusa	99

**(AGORA, RESPONDA ÀS PERGUNTAS O30a A O33b ABAIXO. SE A RESPOSTA FOR UMA OU MAIS VEZES PERGUNTE A QUESTÃO “B” EM SEGUIDA)**

**O30a.** Nos últimos 12 meses, quantas vezes alguém te ameaçou ou te machucou com uma arma como revólver, faca dentro da escola?

Nenhuma Vez	1	Faça O30B
1 vez	2	
2 ou 3 vezes	3	
4 ou 5 vezes	4	
6 ou 7 vezes	5	
8 ou 9 vezes	6	
10 ou 11 vezes	7	
12 ou mais vezes	8	
Não Sei	98	
Recusa	99	

**O30.b** Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**O31.a** Nos últimos 12 meses, quantas vezes alguém te roubou ou destruiu de propósito algo seu, como seu carro, suas roupas ou livros, dentro da escola?

Nenhuma Vez	1	Faça O31b
1 vez	2	
2 ou 3 vezes	3	
4 ou 5 vezes	4	
6 ou 7 vezes	5	
8 ou 9 vezes	6	
10 ou 11 vezes	7	
12 ou mais vezes	8	
Não Sei	98	
Recusa	99	

**O31.b** Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**O32a.** Nos últimos 12 meses, quantas vezes você entrou em uma briga com agressão física?

Nenhuma Vez	1	Faça O32b
1 vez	2	
2 ou 3 vezes	3	
4 ou 5 vezes	4	
6 ou 7 vezes	5	
8 ou 9 vezes	6	
10 ou 11 vezes	7	
12 ou mais vezes	8	
Não Sei	98	
Recusa	99	

**O32b.** Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**O33a.** Você entrou em uma briga com agressão física na qual você se machucou e teve que ser tratado por um médico ou enfermeira?

Nenhuma Vez	1	Faça O33b
1 vez	2	
2 ou 3 vezes	3	
4 ou 5 vezes	4	
6 ou 7 vezes	5	
8 ou 9 vezes	6	
10 ou 11 vezes	7	
12 ou mais vezes	8	
Não Sei	98	
Recusa	99	

**O33.b** Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**(PARA AS PERGUNTAS O34 E O35 RESPONDA)**

- a. **(LEIA CADA ÍTEM): (SE A RESPOSTA FOR SIM, E O NAMORADO(A) OU VOCÊ CONSUME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO “B”, IMEDIATAMENTE E A QUESTÃO “C” EM SEGUIDA).**
- b. Você tinha consumido bebidas alcoólicas em ao menos uma vez quando isto aconteceu?
- c. Seu (sua) namorado (a) tinha bebido quando isto aconteceu?

	Faz Uso De Álcool											
	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Namorado(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>O34.</b> Nos últimos doze meses, o seu namorado ou sua namorada alguma vez te bateu, te deu socos ou te machucou fisicamente de propósito?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>O35.</b> Nos últimos doze meses, alguma vez você foi forçado(a) fisicamente a ter relações sexuais quando você não queria?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

<b>P. TABAGISMO</b>
---------------------

Vou lhe fazer perguntas sobre o hábito de fumar.

- P1.** Para cada um destes espaços públicos, por favor diga se você acha que deveria ser permitido fumar em todas as áreas internas, em algumas áreas internas, ou se não deveria ser permitido fumar em nenhuma área interna

	Todas as áreas internas	Algumas áreas internas	Nenhuma área interna	Não sei	Recusa
Hospitais	1	2	3	98	99
Locais de trabalho	1	2	3	98	99
Bares	1	2	3	98	99
Restaurantes e cafés	1	2	3	98	99
Lojas	1	2	3	98	99
Escolas	1	2	3	98	99
Shopping Centers	1	2	3	98	99

- P2.** Seus pais fumam atualmente? Já fumaram no passado?

	Fumam	Já fumaram
Nenhum dos dois	1	1
Ambos	2	2
Somente o pai	3	3
Somente a mãe	4	4
Não tenho pais	5	5
Não sei	98	98
Recusa	99	99

- P3.** Alguma vez o Sr(a) já tentou ou experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?

Sim	1
Não ( <b>VÁ PARA BLOCO Q</b> )	2
Não Sei	98
Recusa	99

- P4.** Quantos anos o Sr(a) tinha quando fumou seu primeiro cigarro?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| **Anos**

**P5.** Somando todos os cigarros que o Sr(a) fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**P6.** Atualmente, o Sr fuma cigarros?

Sim	1
Não ( <b>VÁ PARA P26</b> )	2
Não Sei	98
Recusa	99

**P7.** Em média, quantos cigarros o Sr fuma **POR DIA**?

|\_\_|\_\_| **cigarros por dia**

**P8.** Nos últimos sete dias (uma semana), em quantos dias o Sr(a) fumou cigarros?

|\_\_|\_\_| **dias da semana**

**P9.** Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias o Sr(a) fumou cigarros?

Nenhum	1
1 ou 2 dias	2
3 a 5 dias	3
6 a 9 dias	4
10 a 19 dias	5
20 a 29 dias	6
Todos os 30 dias	7
Não sei	98
Recusa	99

- P10.** Nos últimos 30 dias (um mês), nos dias em que fumou, quantos cigarros o Sr(a) fumou em média?

Menos de 1 cigarro por dia	1
1 cigarro por dia	2
2 a 5 cigarros por dia	3
6 a 10 cigarros por dia	4
11 a 20 cigarros por dia	5
Mais de 20 cigarros por dia	6
Não sei	98
Recusa	99

- P11.** Quantos anos o Sr tinha quando começou a fumar regularmente, isto é, pelo menos 1 cigarro por semana?

Nunca fumei regularmente	1
_____ANOS	2
Não sei	98
Recusa	99

- P12.** Quantos anos o Sr(a) tinha quando começou a fumar cigarros diariamente?

Nunca fumei diariamente	1
_____ANOS	2
Não sei	98
Recusa	99

**P13.** Que tipo de cigarro o Sr(a) fuma mais? (o Sr(a) pode escolher mais de uma opção)

Baixos teores/ suaves / light	1
Teores regulares	2
Eu não sei o que significa cigarros de baixos teores/ suaves / light ou de teores regulares	3
Cigarros com filtro	4
Cigarros sem filtro	5
Cigarros de palha	6
Charutos	7
Cachimbo	8
Cigarrilhas	9
Cigarros com sabor Mentolado / de menta	10
Cigarros com sabor de baunilha	11
Cigarros de Bali (cravo)	12
Outros	13
Não sei	98
Recusa	99

**P14.** Quanto tempo depois de acordar o Sr(a) fuma o primeiro cigarro?

Menos de 5 minutos	1
De 5 a 14 minutos	2
De 15 a 29 minutos	3
Após 30 minutos, mas menos de 1 hora	4
Após 1 hora mas menos de duas horas	5
2 horas ou mais	6
Não sei	98
Recusa	99

**P15.** Quão fácil ou difícil o Sr(a) acharia ficar um dia inteiro sem fumar cigarros? O sr(a) acharia...

Muito fácil	1
Fácil	2
Difícil	3
Muito difícil	4
Não sei	98
Recusa	99

**P16.** No último mês você fez algum esforço para evitar de olhar ou pensar sobre as fotos/ advertências nos maços de cigarros:

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
Cobrindo as fotos/ advertências?	1	2	98	99
Deixando o maço longe de vista?	1	2	98	99
Usando uma cigareira ou alguma outra caixa?	1	2	98	99
Não comprando maços com alguma foto/ advertência em particular?	1	2	98	99

**P17.** Se o preço dos maços aumentasse, o que você faria?

	Sim	Não	Não sei	Recusa
Fumaria menos cigarros?	1	2	98	99
Mudaria para uma marca mais barata?	1	2	98	99
Procuraria um local onde vendessem sua marca mais barato?	1	2	98	99
Compraria uma quantidade menor de cigarros por vez?	1	2	98	99
Compraria cigarros em grande quantidade?	1	2	98	99
Tentaria parar de fumar?	1	2	98	99
Não mudaria meus hábitos de fumar	1	2	98	99

**P18.** O Sr(a) fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã?

Não, não fumo nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	1
Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	2
Sim, freqüentemente fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	3
Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	4
Não sei	98
Recusa	99

**P19.** O Sr(a) gostaria de parar de fumar totalmente?

Sim	1
Não ( <b>PULE PARA P22</b> )	2
Não Sei	98
Recusa	99

**P20.** O(a) Sr(a) pretende parar de fumar?

No próximo mês	1
Nos próximos 6 meses	2
No próximo ano	3
Não sei	98
Recusa	99

**P21.** Qual a principal razão para o Sr(a) querer para de fumar (**DIGA SIM PARA APENAS UMA RESPOSTA**)

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	8
i. Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESP.)	11
Não sei	98
Recusa	99

**P22.** Agora vou lhe mostrar algumas opiniões de pessoas a respeito de fumar. Por favor, diga o quanto o Sr(a) concorda ou discorda delas (**MOSTRAR CARTÃO P22**)

	Discor do totalm ente	Discor do	Conco rdo	Conco rdo totalm ente	Não sei	Recus a
a. Fumar não é tão prejudicial a saúde quanto dizem	1	2	3	4	98	99
b. Acho que eu ficaria muito mais saudável se parasse fumar	1	2	3	4	98	99
c. Se os cigarros fossem mais caros eu pensaria em parar de fumar	1	2	3	4	98	99
d. Se houvesse tratamento gratuito disponível para parar de fumar, eu o usaria	1	2	3	4	98	99

**P23** O Sr(a) já parou de fumar por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1
Não ( <b>PULE PARA P26</b> )	2
Não Sei	98
Recusa	99

**P24** Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) parou de fumar, por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**→ PULE PARA P26**

**P25.** Qual foi a principal razão para o Sr(a) querer para de fumar? (**DIGA SIM PARA APENAS UMA RESPOSTA**)

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	8
i. Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESP.)	11
Não sei	98
Recusa	99

**P26a.** Nos últimos 12 meses o Sr(a) recebeu alguma ajuda para parar de fumar?

Sim	1
Não	2
Recusa	99

→ PULE PARA  
P30

**P26b.** Que tipo de ajuda? (**PODE SELECIONAR MAIS DE UMA RESPOSTA**)

	Sim	Não	Não sei	Recusa
Sim, de um programa para parar de fumar	1	2	98	99
Sim, de um médico	1	2	98	99
Sim, de uma enfermeira	1	2	98	99
Sim, de um dentista	1	2	98	99
Sim, de um (a) psicólogo (a)	1	2	98	99
Sim, de um amigo	1	2	98	99
Sim, de um membro da família	1	2	98	99
Sim, de um padre ou qualquer outro líder religioso (pastor, etc...)	1	2	98	99
Sim, de uma “rezadeira”	1	2	98	99
Sim, mas de outra fonte (descreva) _____	1	2	98	99
—				

**PERGUNTAS 27, 28 E 29 SOMENTE PARA EX-FUMANTES**

**P27.** o Sr já fumou cigarros diariamente?

Sim	1
Não	2
Recusa	99

**P28.** Há quanto tempo o Sr parou de fumar?

1-3 meses	1
4-11 meses	2
Um ano	3
Dois anos	4
3 anos	5
4 anos	6
5 anos	7
6 anos	8
7 anos ou mais	9
Não sei	98
Recusa	99

**P29.** Qual foi a **PRINCIPAL** razão para O Sr decidir parar de fumar?  
(SELECIONE APENAS UMA RESPOSTA)

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família, amigos e filhos à fumaça do cigarro	8
i. Porque não queria que meus filhos me copiassem começando a fumar	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESP.)	11
Não sei	98
Recusa	99

**APENAS PARA FUMANTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE**

**P30.** Nos últimos 30 dias (um mês), em geral, como o Sr(a) conseguiu seus próprios cigarros?

**(SELECIONE APENAS UMA RESPOSTA)**

Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)	1
Eu os comprei numa loja ou shopping	2
Eu os comprei em um vendedor ambulante / camelô	3
Eu os comprei em um bar / botequim	4
Eu os comprei pela internet	5
Eu os roubei	6
Uma pessoa mais velha me deu	7
Eu os pedi a alguém	8
Dei para alguém comprá-los para mim	9
Eu os consegui de outro modo	10
Não sei	98
Recusa	99

**P31.** Nos últimos 30 dias (um mês) alguém se recusou a lhe vender cigarros em função de sua idade?

Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias (um mês)	1
Sim, alguém se recusou a me vender cigarros em função de minha idade	2
Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros	3
Não sei	98
Recusa	99

<b>Q. RELAÇÃO COM JOGO</b>
----------------------------

**Q1.** Você já teve que mentir para pessoas que são importantes para você sobre quanto dinheiro você aposta em jogo?

Sim	1
Não	2
Recusa	99

**Q2.** Você já sentiu a necessidade de apostar mais e mais dinheiro?

Sim	1
Não	2
Recusa	99

**Q3.** Quanto dinheiro em média o sr. / sra. gasta com jogo por mês?

Não jogo	1
R\$1,00 ou menos	2
R\$1,00 a R\$10,00	3
R\$10,00 a R\$100,00	4
R\$100,00 a R\$1.000,00	5
R\$1.000,00 a R\$10.000,00	6
Mais de R\$10.000,00	7

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CONTINUE SE A RESPOSTA FOR POSITIVA PARA Q1, Q2 OU AMBAS. CASO CONTRÁRIO, PULE PARA A PRÓXIMA SEÇÃO R.**

**Q4.** Que idade você tinha quando começou a fazer apostas regularmente ou seja pelo menos uma vez por mês?

|\_\_| |\_\_| **Anos**

**Q5.** Qual o jogo que você mais praticava nessa época (**CARTÃO Q5**)?

Baralho	1
Cavalo	2
Jogo do bicho	3
Loterias oficiais	4
Raspadinha	5
Bingo de cartela	6
Bingo de computador	7
Vídeo-bingo	8
Video- pôquer	9
Caça-níquel	10
Aposta pela Internet	11
Outros	12

**Q6.** Qual foi o **primeiro problema** causado por jogo em sua vida?

Não houve	1
Problema profissional ou no emprego	2
Problema familiar	3
Problema financeiro	4
Problema legal	5
Problema de saúde	6
Um acidente (de carro, no trabalho, etc.)	7
Outro	8

**Q7.** Que idade você tinha quando este problema aconteceu?

|\_\_\_|\_\_\_| **Anos**

**Q8.** Qual o jogo que você mais gasta dinheiro atualmente (**CARTÃO Q5**)?

Baralho	1
Cavalo	2
Jogo do bicho	3
Loterias oficiais	4
Raspadinha	5
Bingo de cartela	6
Bingo de computador	7
Vídeo-bingo	8
Video- pôquer	9
Caça-níquel	10
Aposta pela Internet	11
Outros	12

**Q9.** Agora eu vou ler uma série de frases que se referem às suas apostas, incluindo apostas feitas pela internet e gostaria que você pensasse se isso já **Nunca aconteceu** com você, **Aconteceu uma ou duas vezes**, **Aconteceu algumas vezes** ou **Acontece com frequência?** (SE ENTRE 14 E 17 ANOS COMPLEMENTAR A PERGUNTA)  
Para responder as próximas questões considere os últimos anos desde os seus 14 anos

	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Com frequência
( <b>TODOS</b> ) Preocupou-se com jogo (por exemplo, ficou revivendo as experiências passadas com jogo, ficou planejando as próximas jogadas, ou ficou pensando em como conseguir dinheiro para jogar novamente)	1	2	3	4
( <b>TODOS</b> ) Tem tido necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores, a fim de obter a excitação desejada.	1	2	3	4
( <b>18 ANOS OU MAIS</b> ) Tentou repetidamente e sem sucesso controlar, reduzir, ou parar de jogar.	1	2	3	4
( <b>TODOS</b> ) Sentiu inquietude ou irritabilidade quando tentou reduzir ou cessar o jogo	1	2	3	4
( <b>TODOS</b> ) Jogou como uma forma de fugir de problemas, ou para aliviar um humor disfórico (por exemplo, sensação de desamparo, culpa, ansiedade, ou depressão).	1	2	3	4
( <b>TODOS</b> ) Depois de perder dinheiro apostando, retornou com frequência um outro dia para tentar recuperar as perdas.	1	2	3	4
( <b>TODOS</b> ) Mentiu para família, para o terapeuta, ou outra pessoa, para esconder a extensão do seu envolvimento com jogo.	1	2	3	4
( <b>18 ANOS OU MAIS</b> ) Cometeu atos ilegais como fraude, falsificação, roubo, ou estelionato para financiar o jogo.	1	2	3	4
( <b>TODOS</b> ) Colocou em perigo ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo.	1	2	3	4
( <b>18 ANOS OU MAIS</b> ) Recorreu a outras pessoas para obter dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperadora causada por jogo.	1	2	3	4
( <b>15 A 17 ANOS</b> ) Teve episódios de perda de controle, gastou mais dinheiro do que planejava ou do que seria aceitável	1	2	3	4

<b>(15 A 17 ANOS)</b> Usou dinheiro da mesada para jogar sem a permissão dos pais ou tutores, desviou dinheiro da família para jogar ou tomou dinheiro emprestado fora do contexto familiar para jogar	1	2	3	4
--	---	---	---	---

**Q10.** Você acha que hoje em dia jogo continua sendo um problema em sua vida?

Sim	1
Não	2
Recusa	99

**R. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

**R.** Agora eu vou mencionar algumas situações que podem ocorrer com as pessoas. Para cada situação me diga qual a frequência que isso ocorreu com você nos **últimos 6 meses**. Utilize as opções que estão neste cartão.?  
**(MOSTRAR CARTÃO R)**

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Com que frequência você tem dificuldade para terminar um trabalho depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você tem dificuldades de organizar as coisas para fazer um trabalho?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4
4. Quando você precisa realizar um trabalho que exige muita concentração, com que frequência você evita ou demora para começar?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
6. Com que frequência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “ligado na tomada”?	0	1	2	3	4

## G. USO DE DROGAS

**(MOSTRE CARTÃO G1)****AGORA, NÓS TEMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU USO DE VÁRIAS DROGAS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES.**

**G1.** Com que frequência você utilizou (**LER A DROGA**) durante os últimos 12 meses? Foi uma vez por semana ou mais, uma vez a cada duas ou três semanas, uma vez a cada mês ou dois, com menor frequência do que isso ou nunca? Apenas diga-me a letra no cartão.

**(CASO A RESPOSTA SEJA NUNCA [5], VÁ PARA A PRÓXIMA DROGA,)**

	G1. FREQUÊNCIA DE USO						
	A	B	C	D	E	F	G
	Uma ou mais vezes por semana	Uma vez a cada 2 ou 3 semanas	Uma vez a cada mês ou dois	Com menor frequência do que esta	Nunca	Não sei	Recusa
a. Estimulantes tais como anfetaminas	1	2	3	4	5	98	99
b. Cocaína ou crack	1	2	3	4	5	98	99
c. Depressores como tranqüilizantes: Diazepam (Valium), Bromazepam (Lexotan, Somalium), etc...	1	2	3	4	5	98	99
d. Inalantes solventes, como cola de sapateiro, lança perfume, etc.	1	2	3	4	5	98	99
e. Ecstasy	1	2	3	4	5	98	99
f. Opióides como Codeína, heroína ou morfina	1	2	3	4	5	98	99
g. Maconha ou haxixe	1	2	3	4	5	98	99
h. Eesteróides anabolizantes	1	2	3	4	5	98	99
i. Alucinógenos tais como LSD, chá de cogumelo ou lírio	1	2	3	4	5	98	99
j. <b>(SE MENCIONAR OUTRAS DROGAS, RELACIONE-AS AQUI):</b> _____	1	2	3	4	5	98	99

**(PEÇA CARTÃO DE VOLTA)**

**TODOS OS ITENS RECEBAM CÓDIGO 5 : CIRCULE CÓDIGO 0 NO MARCADOR, USO DE DROGAS: NUNCA USOU.**

**MARCADOR/LIVRETO DE ANOTAÇÕES – USO DE DROGAS 0= NUNCA USOU 1= UMA DROGA USADA; 2= MAIS DE UMA DROGA USADA**

**CASO APENAS 1 ITEM RECEBA OS CÓDIGO DE 1 A 4: CIRCULE CÓDIGO 1 NO MARCADOR, USO DE DROGAS: 1 DROGA.**

**CASO 2 OU MAIS ITENS 1 - 4: CIRCULE CÓDIGO 2 NO MARCADOR, USO DE DROGAS: 2 OU MAIS DROGAS.**

**(CASO A CONDIÇÃO DE BEBER SEJA ABSTÊMIO DURANTE TODA A VIDA OU EX-BEBEDOR [B5= 10 OU 11], VÁ DIRETO PARA G3. DO CONTRÁRIO PERGUNTE G2).**

**G2.** Com que frequência você usou álcool e **(LER A DROGA)** ao mesmo tempo? Foi geralmente, às vezes, ou nunca? **(MOSTRAR CARTÃO G2 – G3)**

**G3. (PERGUNTE APENAS SOBRE DROGAS COM PRESCRIÇÃO CONTROLADA, RECEITADAS POR MÉDICOS – ANOTADAS COM “RECEITA” NO QUADRO):** Com que frequência a(s) **(DROGA/S)** foi/foram receitadas pelo médico? Sempre, às vezes, ou nunca?

	Bebedor Atual			G3. Receitado Pelo Médico		
	G2. Usado com Alcool			Sempre	Às vezes	Nunca
	Geralmente	Às vezes	Nunca			
a. Estimulantes tais como anfetaminas <b>(RECEITA)</b>	1	2	3	1	2	3
b. Cocaína ou crack	1	2	3	1	2	3
c. Depressores como tranqüilizantes: Diazepam (Valium), Bromazepam (Lexotan, Somalium), etc. <b>(RECEITA)</b>	1	2	3	1	2	3
d. Inalantes solventes, como cola de sapateiro, lança perfume, etc.	1	2	3	1	2	3
e. Ecstasy	1	2	3	1	2	3
f. Opióides como Codeína, heroína ou morfina <b>(RECEITA)</b>	1	2	3	1	2	3
g. Maconha ou haxixe	1	2	3	1	2	3
h. Esteróides anabolizantes		2	3		2	3

	Bebedor Atual			G3. Receitado Pelo Médico		
	G2. Usado com Alcool					
	Geralmente	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca
<b>(RECEITA)</b>						
i. Alucinógenos tais como LSD, chá de cogumelo ou lírio	1	2	3	1	2	3
j. (SE MENCIONAR OUTRAS DROGAS, RELACIONE-AS AQUI): _____ _____	1	2	3	1	2	3

**A12.** Você poderia me dizer qual a sua altura sem sapatos ? **(RESPOSTA ÚNICA)**

ESPECIFICAR: I\_\_I , I\_\_I\_\_I - 9.99 - NÃO SABE/ NR

**A13.** Você poderia me dizer qual o seu peso? **(RESPOSTA ÚNICA)**

ESPECIFICAR: I\_\_I\_\_I\_\_I,I\_\_I\_\_I\_\_I - 999.999 - NÃO SABE/ NR

CB1) O(A) Sr(a). tem em sua casa ...	Não tem	Um	Dois	Três	4 ou +
Televisão em cores (em funcionamento ou em conserto)	0	2	3	4	5
Rádio (em funcionamento ou em conserto, excluindo rádio do automóvel)	0	1	2	3	4
Banheiro (incluindo de empregada e lavabo com vaso sanitário)	0	2	3	4	4
Automóvel (uso de passeio)	0	2	4	5	5
Empregada (mensalista e que trabalhe pelo menos de 2ª a 6ª)	0	2	4	4	4
Aspirador de Pó (em funcionamento ou em conserto)	0	1	1	1	1
Máquina de lavar roupa (em funcionamento ou em conserto)	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD (em funcionamento ou em conserto)	0	2	2	2	2
Geladeira (em funcionamento ou em conserto)	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0	1	1	1	1
<b>(Não conta ponto para classe)</b> Telefone fixo	0	0	0	0	0
<b>(Não conta ponto para classe)</b> Computador	0	0	0	0	0
<b>(Não conta ponto para classe)</b> TV a cabo, parabólica ou por assinatura	0	0	0	0	0
<b>(Não conta ponto para classe)</b> Microondas	0	0	0	0	0

CB2) Qual a instrução do chefe da família?	
Analfabeto /Primário incompleto	0
Primário completo /Ginásio incompleto	1
Ginásio completo /Colégio incompleto	2
Colégio completo /Universitário incompleto	3
Universitário completo ou mais	5

**Pontos**

|\_\_| |\_\_|

A1 (30 a 34 pontos)	1
A2 (25 a 29 pontos)	2
B1 (21 a 24 pontos)	3
B2 (17 a 20 pontos)	4
C (11 a 16 pontos)	5
D (6 a 10 pontos)	6
E (Até 5 pontos)	7

- A14.** Agora eu vou ler uma lista com diversas religiões e gostaria que o(a) Sr(a). me avisasse quando eu falar o nome da sua religião? **(LER EM RODÍZIO)**  
 Algumas pessoas já declararam que freqüentam mais de uma religião, eu vou ler novamente a lista e gostaria que você me avisasse quando eu falar o nome de uma outra religião que o(a) Sr(a). também costuma freqüentar de vez em quando?

		<b>1<sup>a</sup> menção</b>	<b>2<sup>a</sup> menção</b>
A	Umbandista	1	1
B	Candomblé	2	2
C	Espírita kardecista	3	3
D	Evangélico Pentecostal	4	4
E	Evangélico outros : _____	5	5
F	Protestante : _____	6	6
<b>(LER SEMPRE DEPOIS E NÃO RODIZIAR OS PRÓXIMOS TRÊS ITENS)</b>			
G	Católico Carismático	7	7
H	Católico das Comunidades Eclesiais de Base	8	8
I	Católico Tradicional	9	9
<b>(ESPONTÂNEA – NÃO LER)</b>			
J	Outra: _____	10	10
K	Nenhuma/Não tem religião	97	97

- A15.** Com que freqüência vai a serviços religiosos?

Uma vez por semana ou mais	1
Uma ou duas vezes ao mês	2
Algumas vezes por ano	3
Raramente	4
Nunca	5

- A16.** O quanto é importante a religião na sua vida? **(RU – LEIA AS ALTERNATIVAS)**

Muito importante	1
Um pouco importante	2
Indiferente	3
Não é realmente importante	4
Não é nem um pouco importante	5

**A17.** A sua cor ou raça é:

1	Branca
2	Preta
3	Parda
4	Amarela
5	Indígena
99	Recusa

**Informações relevantes:** esta pesquisa de opinião pública está sendo realizada sem a finalidade de divulgação dos seus resultados através dos meios de comunicação.

A pesquisa está sendo conduzida rigorosamente de acordo com o código de ética da ANEP (Associação Nacional das Empresas de Pesquisa) e da ESOMAR (European Society of Opinion and Market Research) destinando-se exclusivamente à coleta de informações, desta forma:

- O entrevistador deve coletar as informações dadas pelo entrevistado sem realizar qualquer ato de venda ou de convencimento.
- 20% do material será verificado em campo por equipe independente para controle de qualidade e autenticidade das informações coletadas
- As instruções de amostragem devem ser seguidas rigorosamente para que o Universo pesquisado seja adequadamente representado
- O questionário e os resultados da pesquisa são de propriedade do contratante, sendo vedada sua divulgação ou reprodução sem a sua autorização

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENTREVISTADOR** - Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade exigido pela D'Fatto, pela IPSOS-Opinion e pela Universidade Federal de São Paulo, ou seja:

- o entrevistado enquadrou-se dentro do perfil exigido pelas cotas
- as informações são verdadeiras e foram corretamente anotadas no questionário
- o questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos
- tenho conhecimento que pelo menos 20% do material por mim coletado será verificado em campo para controle de qualidade
- Estou ciente das informações incluídas acima sob a denominação de informação relevante

Ass. do entrevistador:

RG:

5.6. Anexo 6: Cartões-resposta e cartões com fotos (para visualização e identificação de doses de diferentes tipos de bebidas alcoólicas) utilizados no questionário.

## **CARTÃO RENDA**

- 1. Até R\$ 300,00**
- 2. De R\$ 301,00 até R\$ 600,00**
- 3. De R\$ 601,00 até R\$ 900,00**
- 4. De R\$ 901,00 até R\$ 1.500,00**
- 5. De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00**
- 6. De R\$ 3.001,00 até R\$ 6.000,00**
- 7. De R\$ 6.001,00 até R\$ 9.000,00**
- 8. Mas de R\$ 9.000,00**

## **CARTÃO B1 – B5**

- A. Três ou mais vezes por dia
- B. Duas vezes por dia
- C. Uma vez por dia
- D. Quase todos os dias
- E. Três ou quatro vezes por semana
- F. Uma ou duas vezes por semana
- G. Duas ou três vezes por mês
- H. Aproximadamente uma vez ao mês
- I. Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez ao ano
- J. Menos de uma vez por ano

## CARTÃO B6

- A. - 17 ou mais doses em um único dia
- B. - 12 a 16 doses em um único dia
- C. - De 8 a 11 doses
- D. - 5, 6 ou 7 doses
- E. - 4 doses
- F. - 3 doses
- G. - 2 doses
- H. - 1 dose

## **CARTÃO B7**

- A. - Todos os dias
- B. - 5 a 6 vezes por semana
- C. - 3 a 4 vezes por semana
- D. - 1 ou 2 vezes por semana
- E. - 2 ou 3 vezes por mês
- F. - 1 vez por mês
- G. - 7 a 11 vezes no último ano
- H. - 3 a 6 vezes no último ano
- I. - 2 vezes no último ano
- J. - 1 vez no último ano

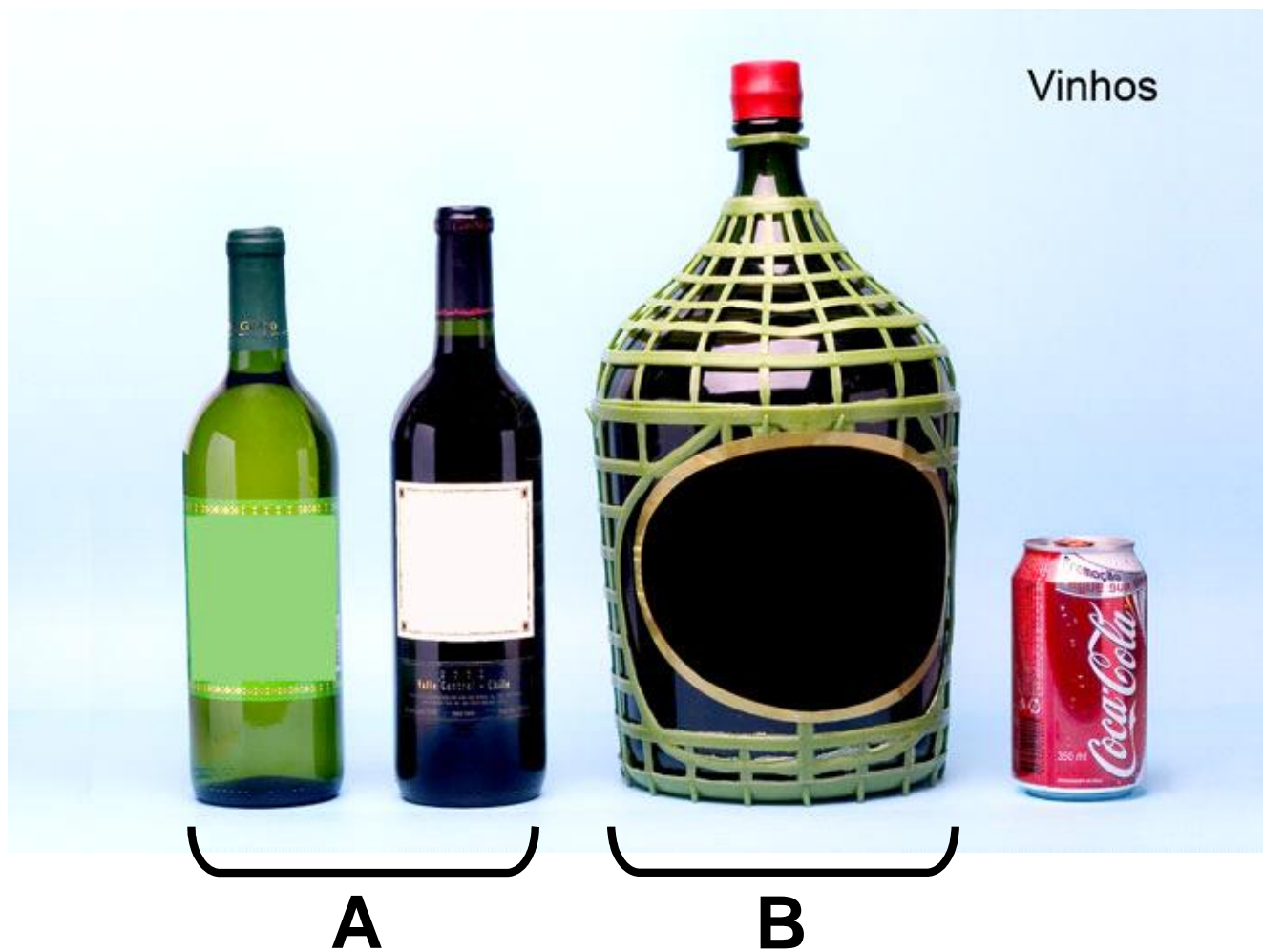
## **CARTÃO B7X**

- A. - 17 ou mais doses em um único dia
- B. - 12 a 16 doses em um único dia
- C. - De 8 a 11 doses
- D. - 5, 6 ou 7 doses
- E. - 4 doses
- F. - 3 doses
- G. - 2 doses
- H. - 1 dose

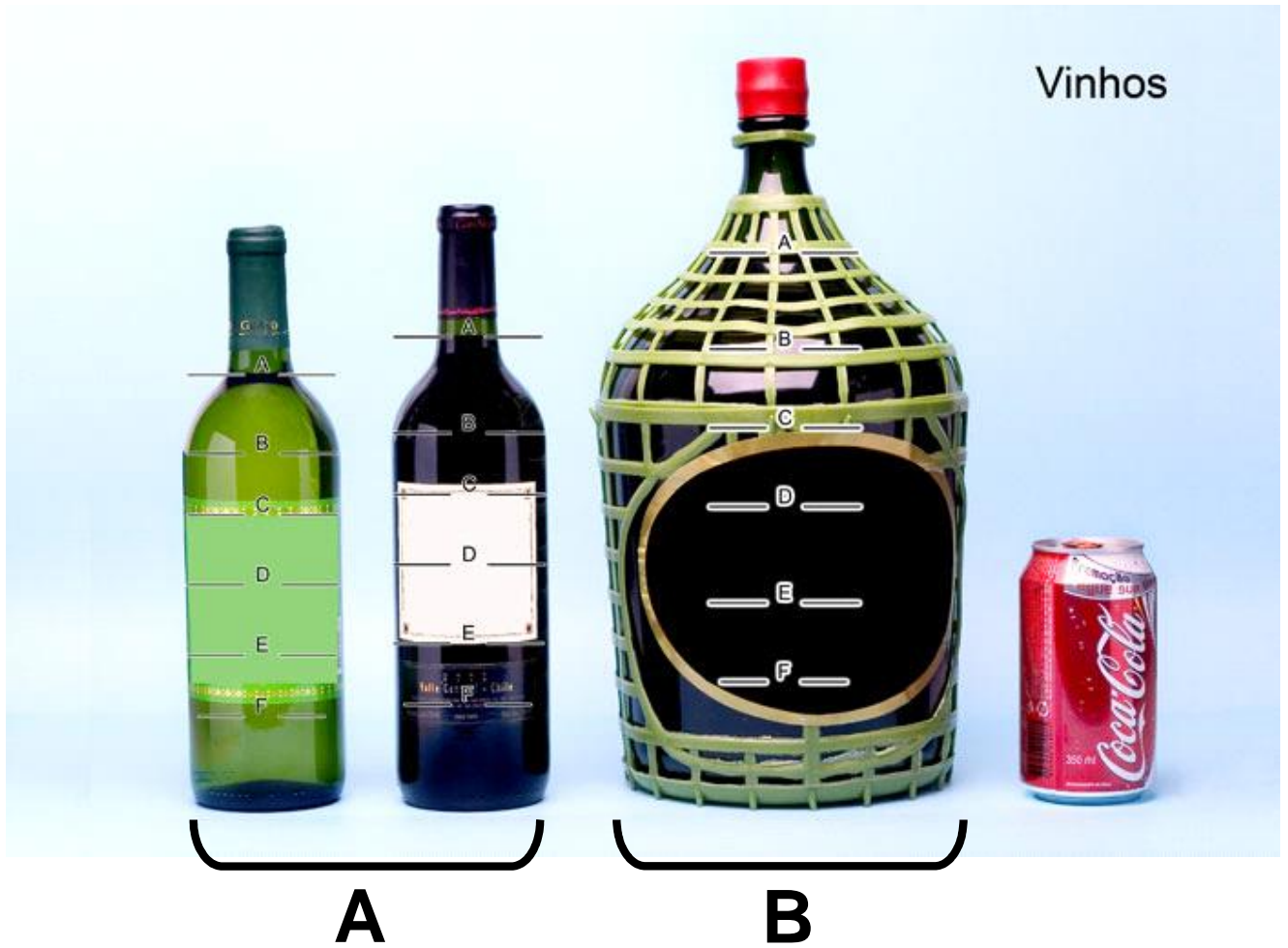
## CARTÃO B8

- A. - Todos os dias
- B. - 5 a 6 vezes por semana
- C. - 3 a 4 vezes por semana
- D. - 1 ou 2 vezes por semana
- E. - 2 ou 3 vezes por mês
- F. - 1 vez por mês
- G. - 7 a 11 vezes no último ano
- H. - 3 a 6 vezes no último ano
- I. - 2 vezes no último ano
- J. - 1 vez no último ano

# CARTÃO B10A



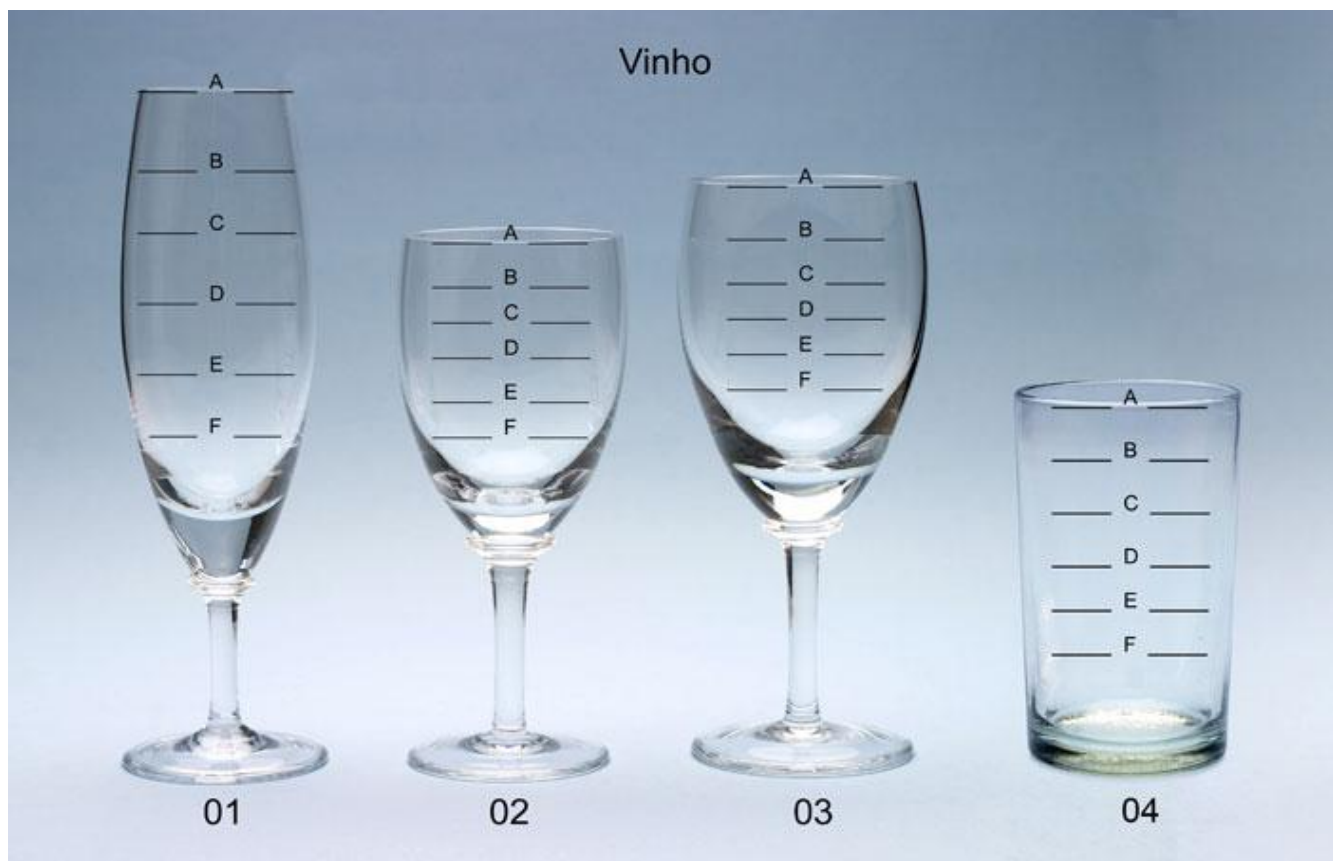
# CARTÃO B10B



## CARTÃO B11A



## CARTÃO B11B



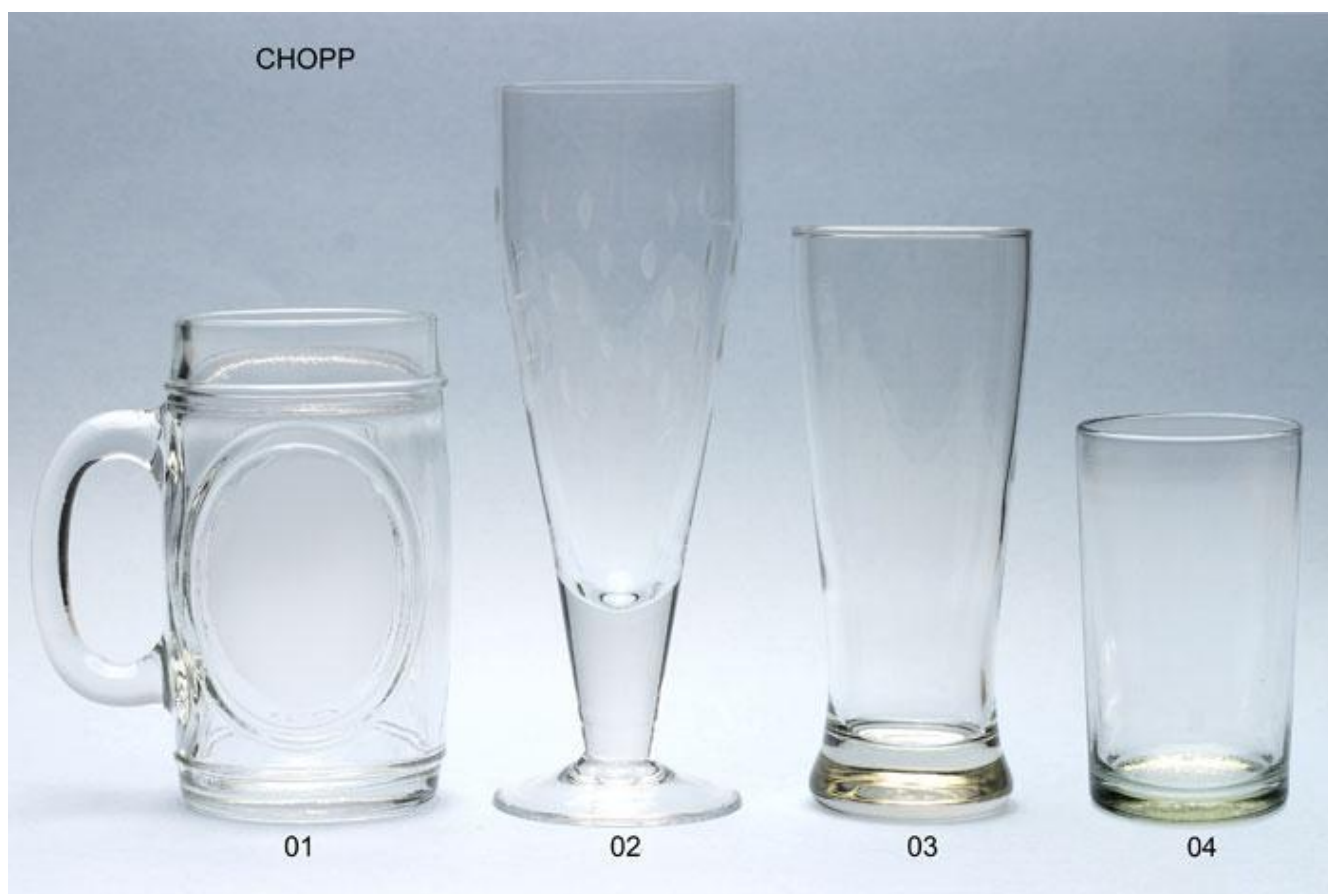
## CARTÃO B12

- A. - 17 ou mais doses em um único dia
- B. - 12 a 16 doses em um único dia
- C. - De 8 a 11 doses
- D. - 5, 6 ou 7 doses
- E. - 4 doses
- F. - 3 doses
- G. - 2 doses
- H. - 1 dose

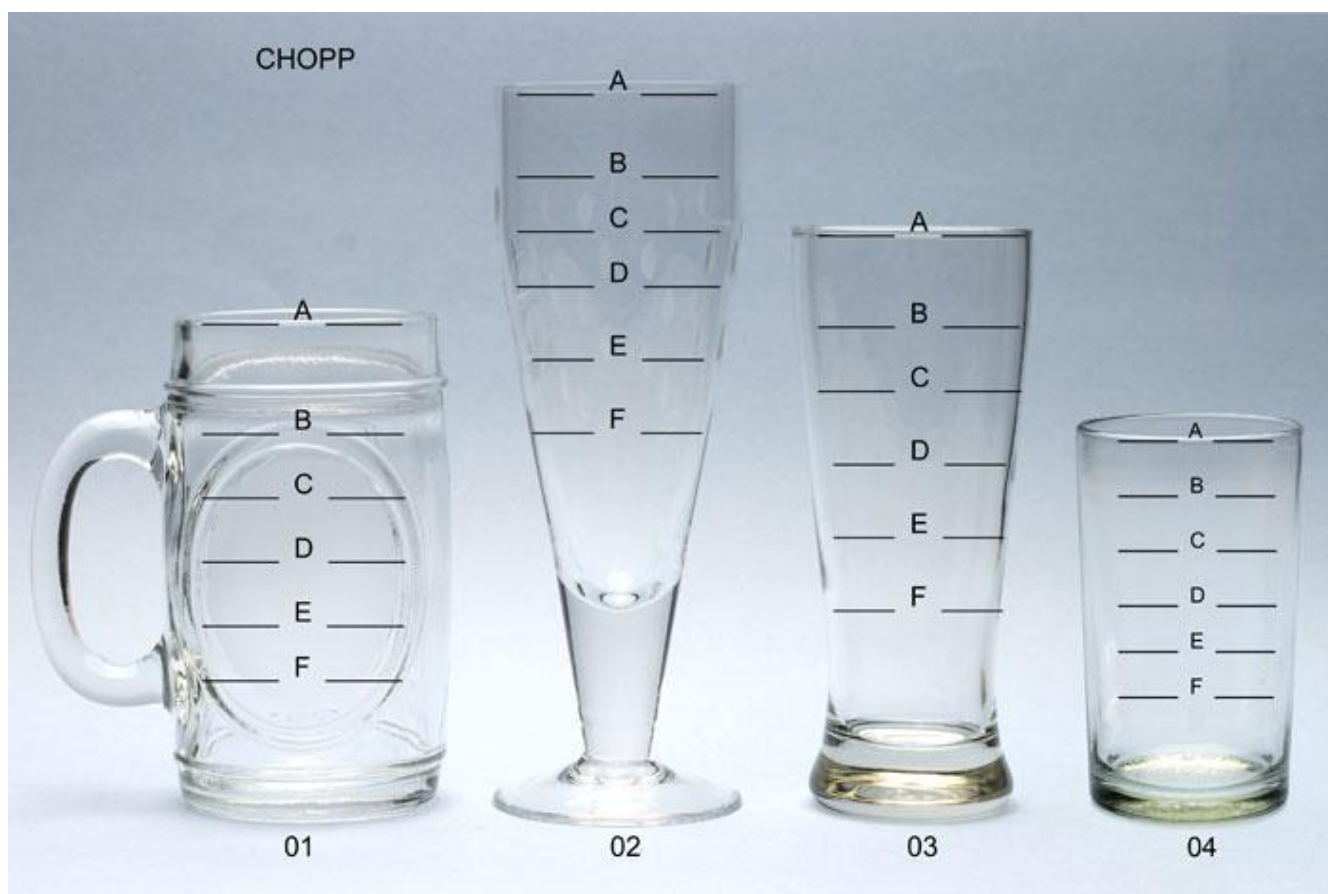
## **CARTÃO B13**

- A. - Todos os dias
- B. - 5 a 6 vezes por semana
- C. - 3 a 4 vezes por semana
- D. - 1 ou 2 vezes por semana
- E. - 2 ou 3 vezes por mês
- F. - 1 vez por mês
- G. - 7 a 11 vezes no último ano
- H. - 3 a 6 vezes no último ano
- I. - 2 vezes no último ano
- J. - 1 vez no último ano

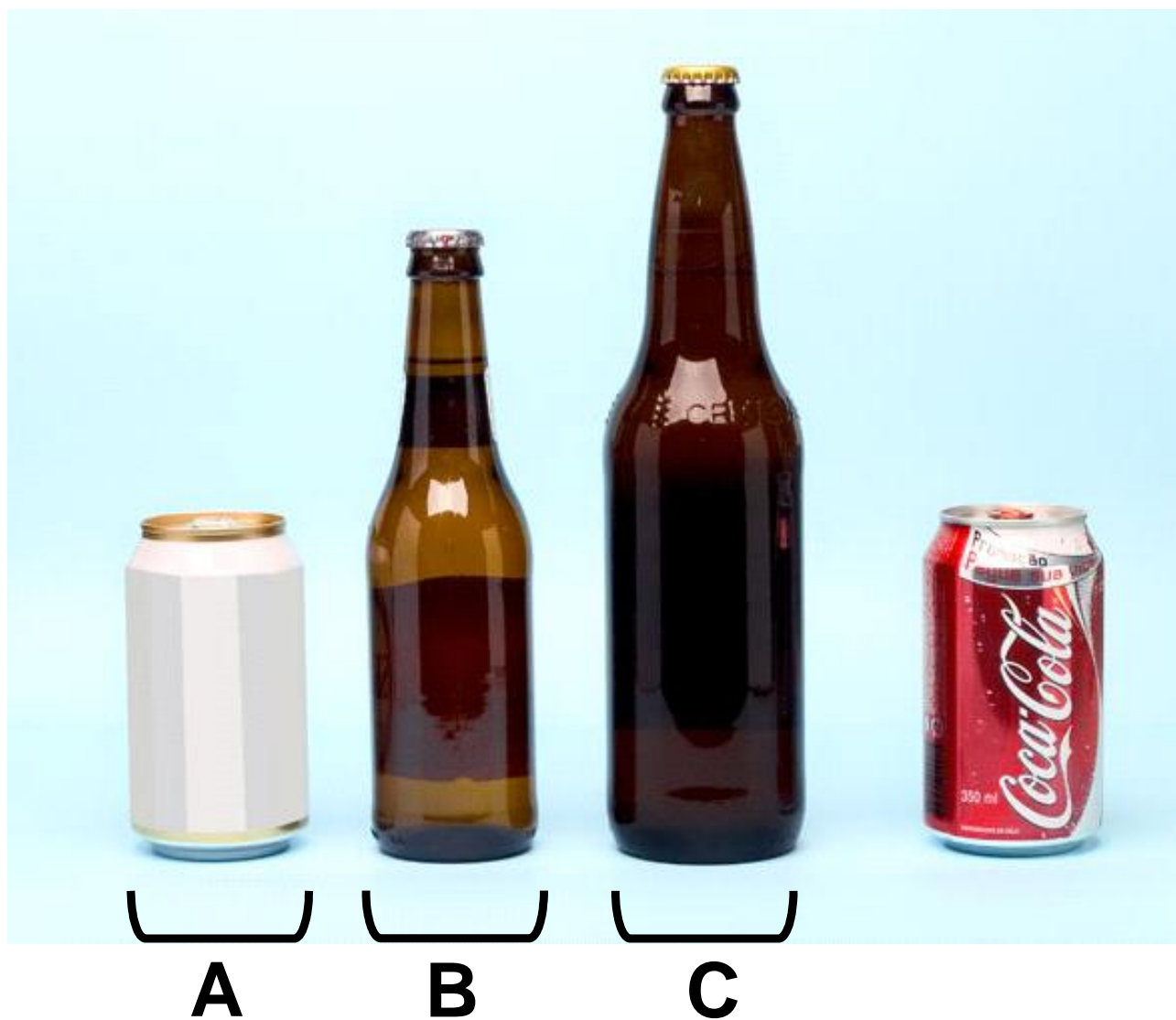
## CARTÃO B14A



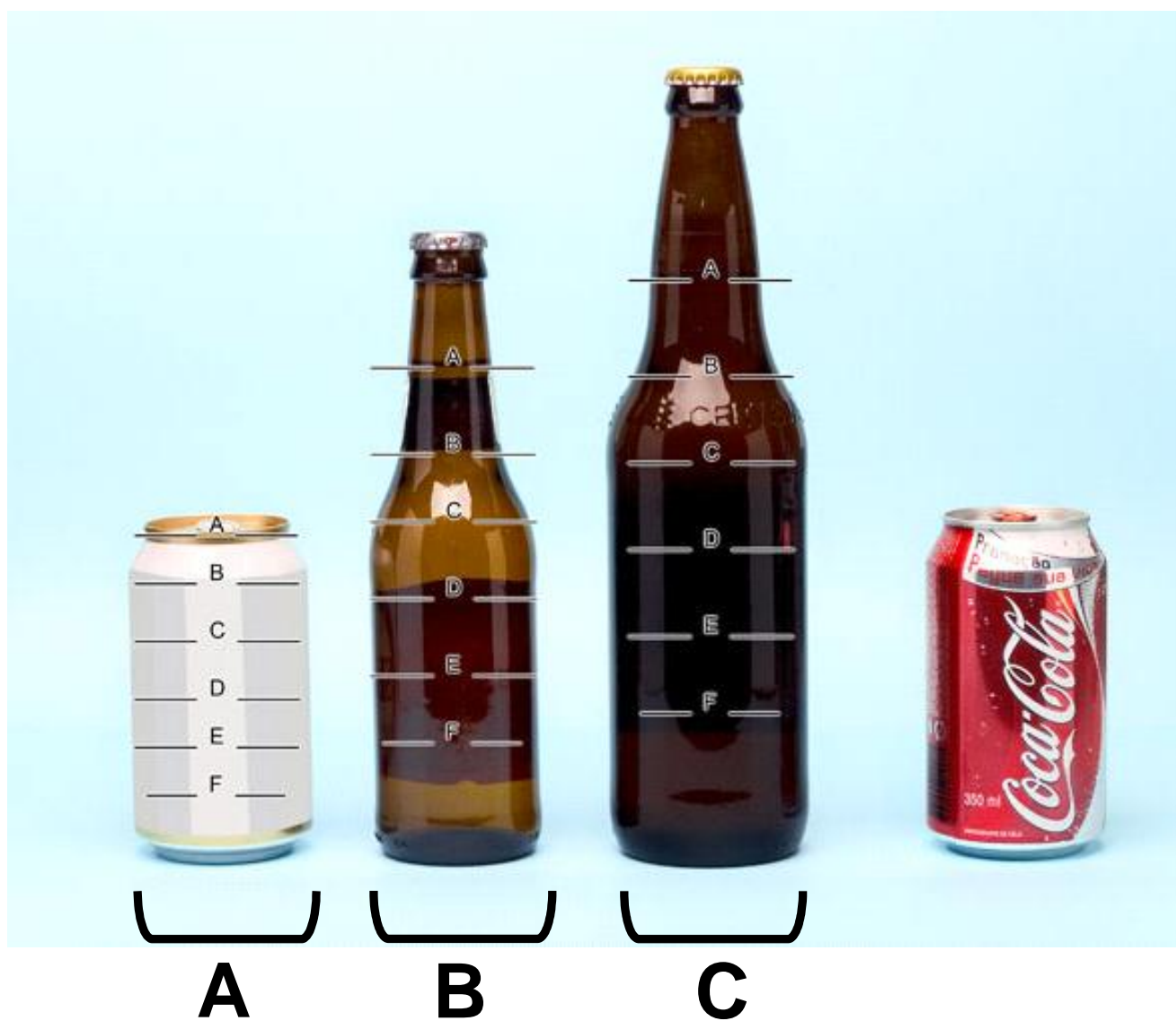
# CARTÃO B14B



## CARTÃO B15A



## CARTÃO B15B



## CARTÃO B16

- A. - 17 ou mais doses em um único dia
- B. - 12 a 16 doses em um único dia
- C. - De 8 a 11 doses
- D. - 5, 6 ou 7 doses
- E. - 4 doses
- F. - 3 doses
- G. - 2 doses
- H. - 1 dose

## CARTÃO B17

- A. - Todos os dias
- B. - 5 a 6 vezes por semana
- C. - 3 a 4 vezes por semana
- D. - 1 ou 2 vezes por semana
- E. - 2 ou 3 vezes por mês
- F. - 1 vez por mês
- G. - 7 a 11 vezes no último ano
- H. - 3 a 6 vezes no último ano
- I. - 2 vezes no último ano
- J. - 1 vez no último ano

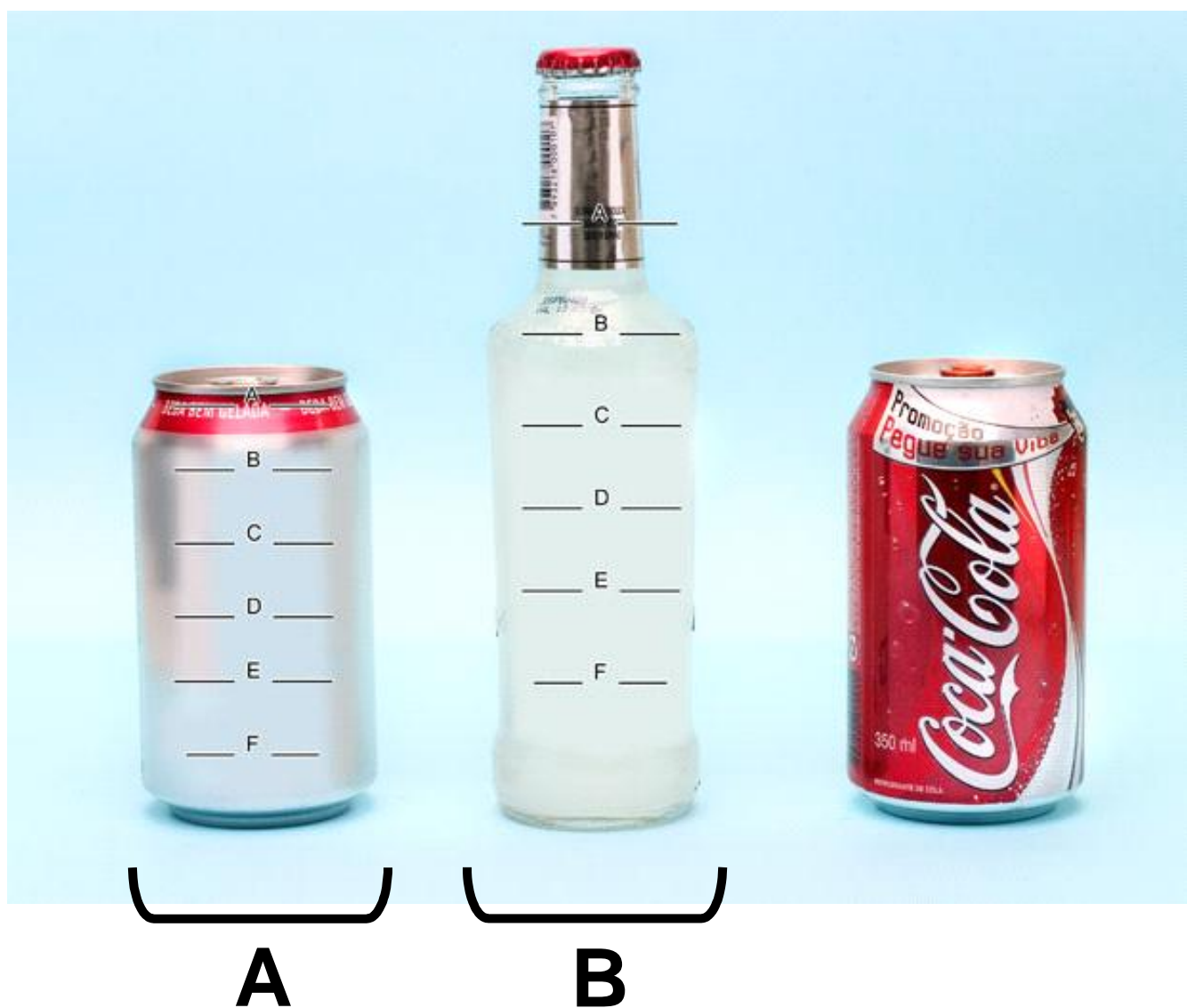
## CARTÃO B18A



**A**

**B**

## CARTÃO B18B



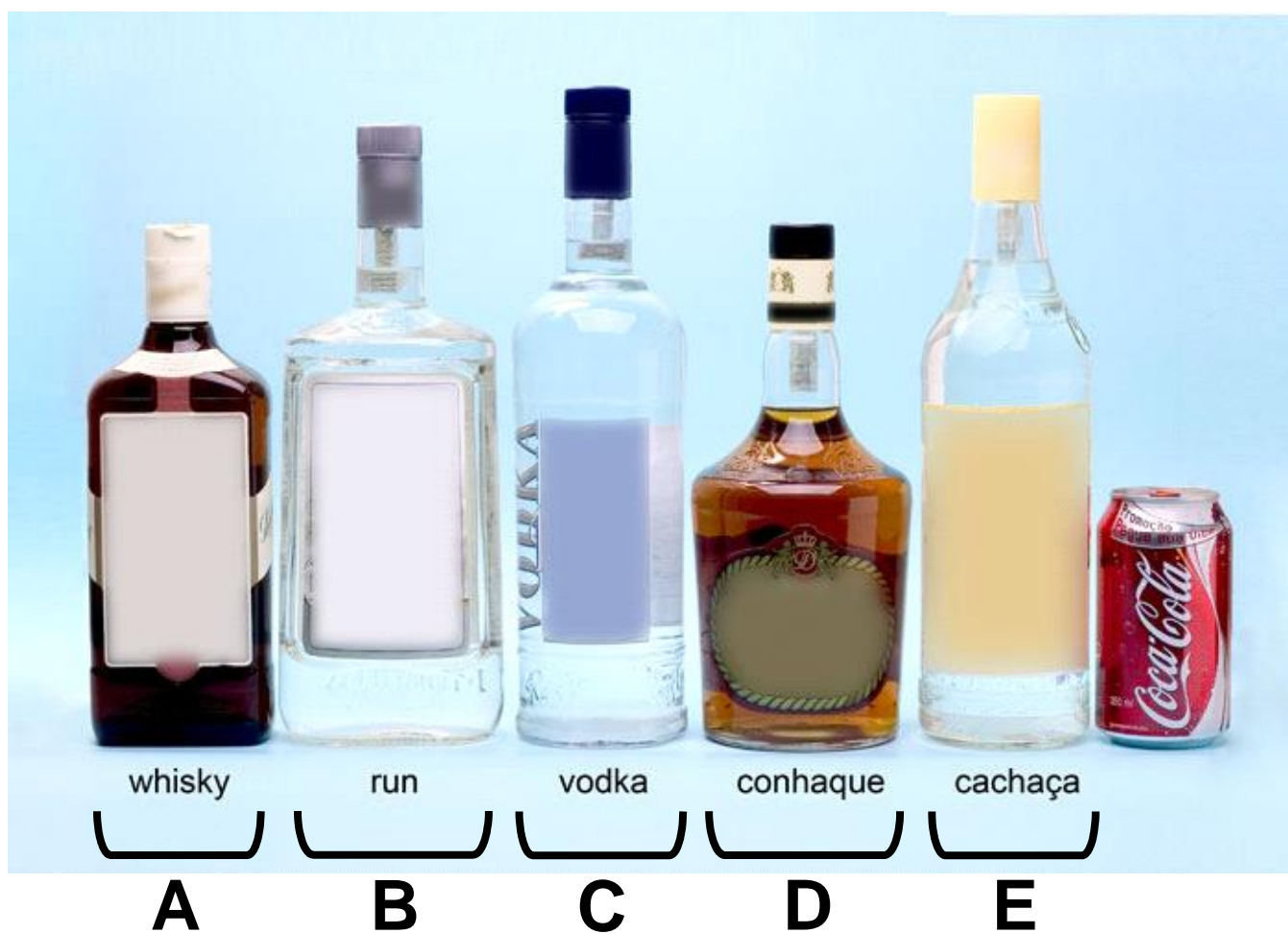
## CARTÃO B19

- A. - 17 ou mais doses em um único dia
- B. - 12 a 16 doses em um único dia
- C. - De 8 a 11 doses
- D. - 5, 6 ou 7 doses
- E. - 4 doses
- F. - 3 doses
- G. - 2 doses
- H. - 1 dose

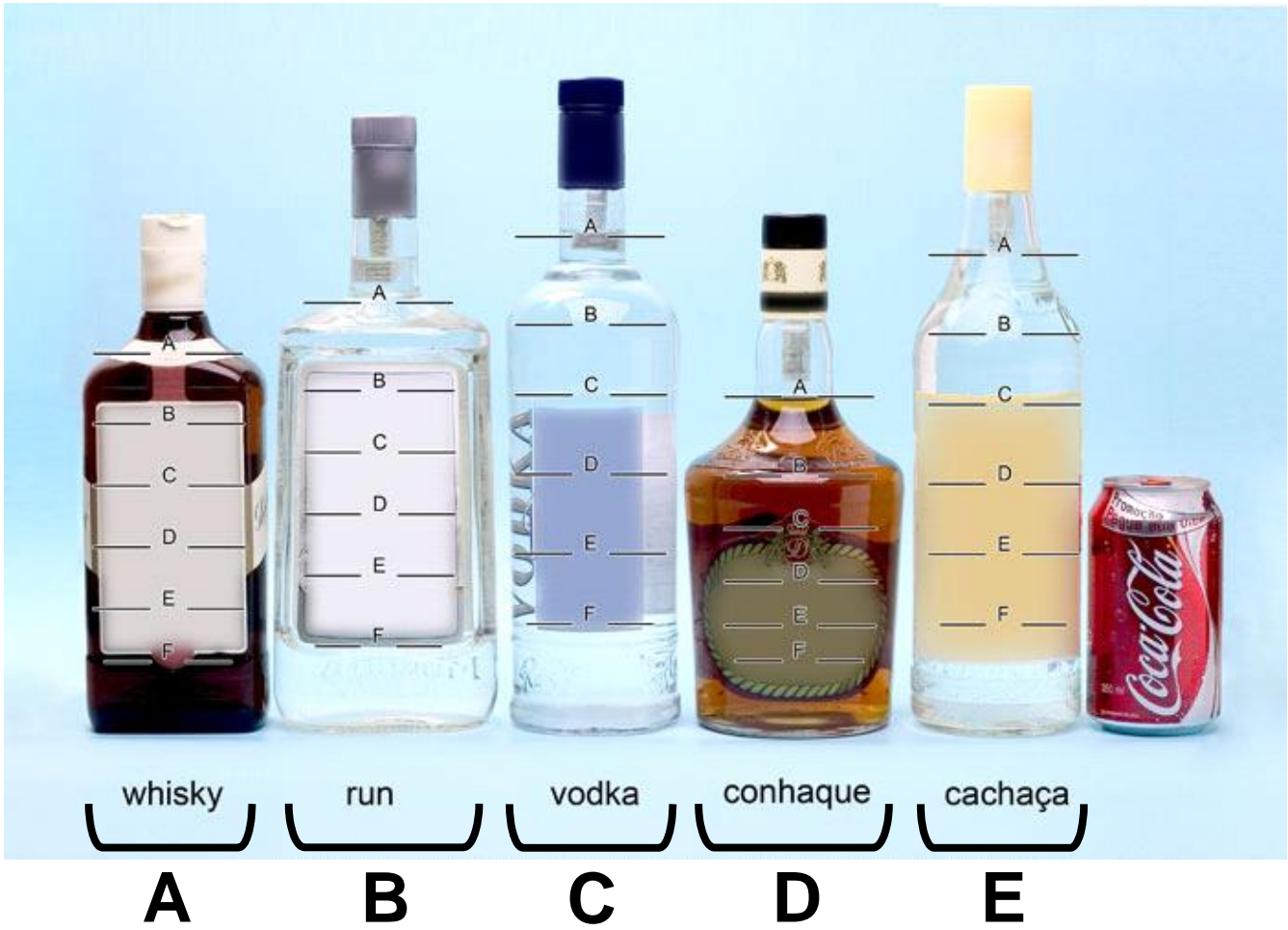
## **CARTÃO B20**

- A. - Todos os dias
- B. - 5 a 6 vezes por semana
- C. - 3 a 4 vezes por semana
- D. - 1 ou 2 vezes por semana
- E. - 2 ou 3 vezes por mês
- F. - 1 vez por mês
- G. - 7 a 11 vezes no último ano
- H. - 3 a 6 vezes no último ano
- I. - 2 vezes no último ano
- J. - 1 vez no último ano

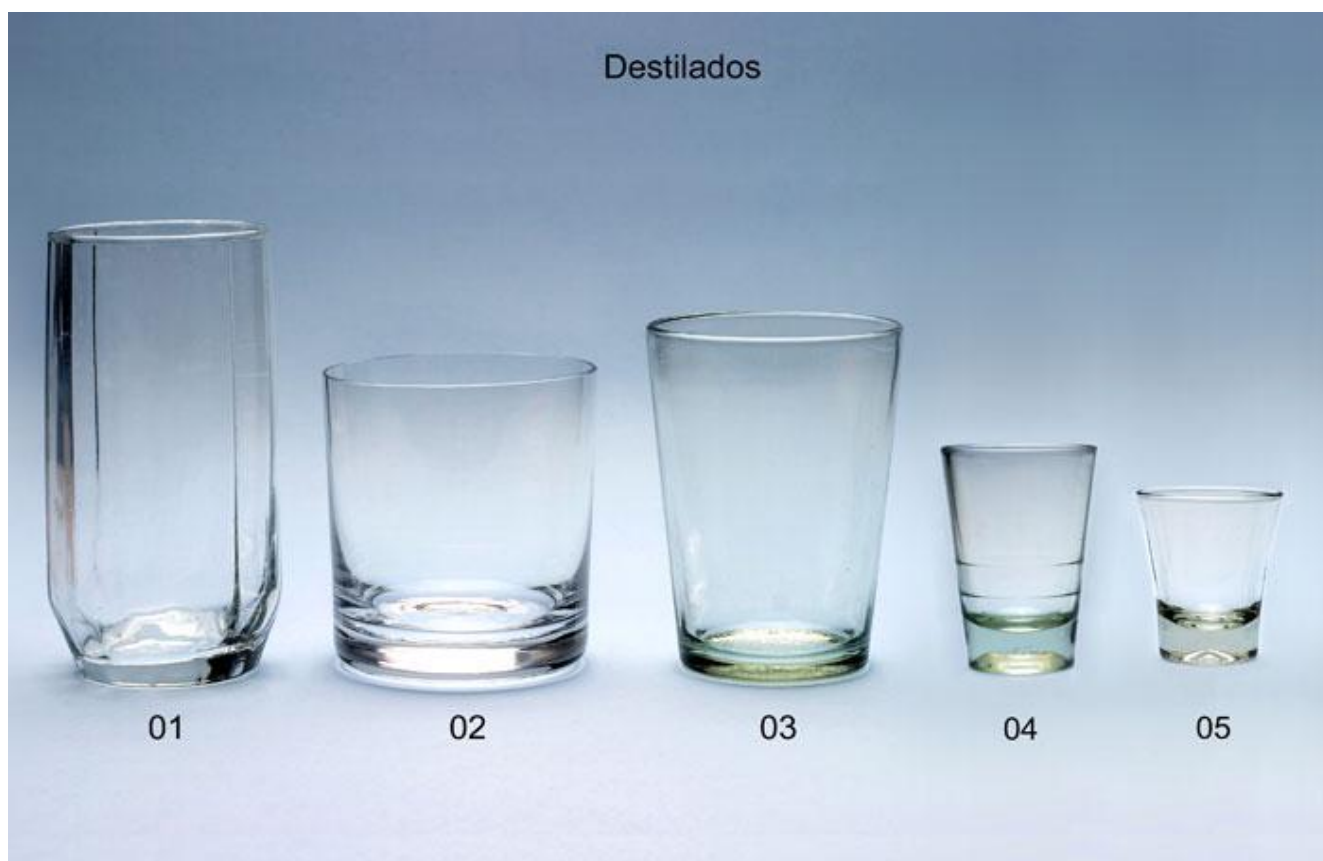
## CARTÃO B21A



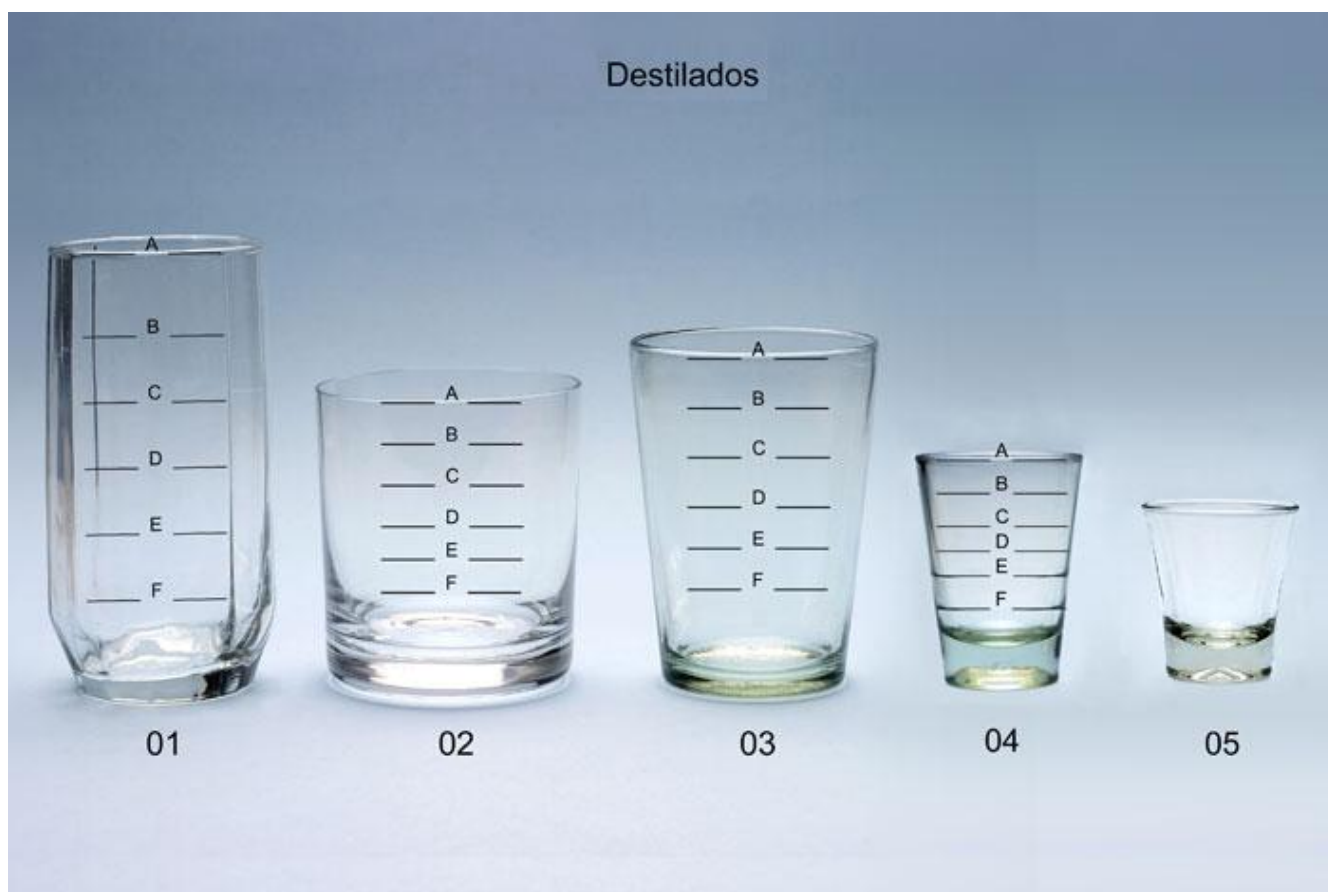
# CARTÃO B21B



## CARTÃO B22A



## CARTÃO B22B



## **CARTÃO B25**

- Quase todas as vezes que bebi
- Mais da metade das vezes que bebi
- Menos da metade das vezes que bebi
- Algumas vezes
- 2 ou 3 vezes
- Só uma vez
- Nunca aconteceu

## **CARTÃO B28**

- **Bar / restaurante próximo a escola ou faculdade**
- **Bar/Balada**
- **Casa de amigo**
- **Casa de Parentes**
- **Cinema**
- **Dirigindo**
- **Esporte**
- **Evento esportivo**
- **Fazendo compras**
- **Festa**
- **Hotel/Motel**
- **No trabalho**
- **Parque público/Plc-Nic**
- **Restaurante**
- **Shopping center**
- **Sua casa**

## **CARTÃO B36**

- **Bar / restaurante próximo a escola ou faculdade**
- **Bar/Balada**
- **Casa de amigo**
- **Casa de Parentes**
- **Cinema**
- **Dirigindo**
- **Esporte**
- **Evento esportivo**
- **Fazendo compras**
- **Festa**
- **Hotel/Motel**
- **No trabalho**
- **Parque público/Plc-Nic**
- **Restaurante**
- **Shopping center**
- **Sua casa**

## **CARTÃO I6**

- **Nunca**
- **Em poucas ou limitadas situações**
- **Em várias situações**
- **Na maioria das situações**
- **Sempre**

## **CARTÃO L1**

- **Concordo totalmente**
- **Concordo em parte**
- **Nem concordo / Nem discordo**
- **Discordo em parte**
- **Discordo totalmente**

**CARTÃO L5**

<b>1,5</b>	<b>Gramas por litro de sangue</b>
<b>0,9</b>	<b>Gramas por litro de sangue</b>
<b>0,8</b>	<b>Gramas por litro de sangue</b>
<b>0.6</b>	<b>Gramas por litro de sangue</b>
<b>0,4</b>	<b>Gramas por litro de sangue</b>
<b>0</b>	<b>Nada é permitido pois qualquer uso de álcool é ilegal</b>

## **CARTÃO M1**

- **Raramente / Nenhuma vez**
- **Às vezes / Muito poucas vezes**
- **Ocasionalmente / Um número razoável de vezes**
- **Na maioria das vezes / O tempo todo**

## **CARTÃO 01 – 02**

- **Muito frequentemente**
- **Frequentemente**
- **Algumas vezes**

## **CARTÃO P22**

- **Concordo totalmente**
- **Concordo**
- **Discordo**
- **Discordo totalmente**

## **CARTÃO R**

- **Muito frequentemente**
- **Frequentemente**
- **Algumas vezes**
- **Raramente**
- **Nunca**

## **CARTÃO G1**

- A. - Uma ou mais vezes por semana**
- B. - Uma vez a cada 2 ou 3 semanas**
- C. - Uma vez a cada mês ou dois**
- D. - Com menor frequência do que estas**

## **CARTÃO G2 - G3**

- **Geralmente**
- **Às vezes**
- **Nunca**

## 5.7. Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebida alcoólica, levantando informações sobre os fatores que estimulam e reduzem esse consumo, os locais e os tipos de bebidas mais consumidas, frequência de consumo, e outros fatores associados. Serão entrevistadas cerca de 2500 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais. A participação é anônima e voluntária. O questionário consta de cerca de 2090 questões e sua aplicação dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se você não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

Sua participação é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir de suas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados e seus desconfortos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

ENTREVISTADO:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:			CEP: _____ - _____
TEM TELEFONE:	(#)	1 - Sim 2 - Não	SE SIM ( _____ ) _____ - _____ 1. Residência      2. Comercial      3. Recado      4. Celular

Assinatura do entrevistado:
Assinatura do responsável (se menor de 18 anos):

(AGRADEÇA E ENCERRE)

## 6. REFERÊNCIAS

Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, James AS. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38: 45-54.

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 524-529.

Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(1): 23 -29.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. ed. Text Revision. Washington, DC: APA, 2000.

Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2000; 126(5): 651-80.

Babor T & Caetano R. Evidence-based alcohol policies in the Americas: strengths, weakness, and future challenges. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18 (4-5): 327-37.

Babor TF, Lauermaann RJ. Classification and forms of inebriety: Historic antecedents of alcoholic typologies. In: Gallant, M. (ed). *Recent development in alcoholism*. v.4. new York, Plenum Press, 1986. pp. 113-144.

Babor T & National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (U.S.). *Alcohol and culture: comparative perspectives from Europe and America*. New York, N.Y. New York Academy of Sciences. 1986.

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol : no ordinary commodity. In: *Alcohol : no ordinary commodity : research and public policy*, pp. 15-29. Oxford University Press. New York. 2003.

Barros MB, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marin-León L, de Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 502-9.

Bersamin M, Paschall MJ, Flewelling RL. Ethnic differences in relationships between risk factors and adolescent binge drinking: a national study. *Prev Sci*. 2005; 6(2): 127-37.

Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G e Rehn N. International comparisons of alcohol consumption. NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). 2003.

Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. *JAMA*. 2005; 294 (5): 616-619.

Browne A. Violence against women by male partners: prevalence, outcomes and policy implications. *Am Psychol*. 1993; 48: 1077-87.

Caetano R. Non-response in alcohol and drug surveys: a research topic in need of further attention. *Addiction*. 2001; 96: 1541-5.

Caetano R, Cunradi C. Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Ann Epidemiol*. 2003 Nov; 13(10): 661-5.

Caetano R, McGrath C, Ramisetty-Mikler S, Field CA. Drinking, alcohol problems and the five year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(1): 98-106.

Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Caetano Vaeth PA, Harris TR. Acculturation stress, drinking, and intimate partner violence among Hispanic couples in the U.S. *J Interpers Violence*. 2007; 22(11): 1431-47.

Caetano R, Ramisetty-Mikler S, McGrath C. Characteristics of non-respondents in a US national longitudinal survey on drinking and intimate partner violence. *Addiction*. 2003; 98(6): 791-7.

Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Rodriguez L. The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): Rates and Predictors of Alcohol Abuse and Dependence Across Hispanic National Groups. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008 May; 69(3): 441-448.

Caetano R, Schafer J, Cunradi CB. Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(1): 58-65.

Caetano R, Schafer J, Fals-Stewart W, O'Farrell T, Miller B. Intimate partner violence and drinking: new research on methodological issues, stability and treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27(2): 292-300.

Campos VR, Salgado R, Rocha MC, Duailib S, Laranjeira R. Drinking-and-driving prevalence in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(4): 829-34.

Capriglione MJ, Monteiro MG, Masur J. Aplicação do questionário Cage para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. *Rev Assoc Bras Psiquiatr*. 1985; 7(25): 50-3.

Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Health behavior among students of public and private schools in the metropolitan area of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(6): 636-45.

Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987. Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5); 1989. pp. 9-84.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR e Nappo AS. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2001. São Paulo, CEBRID. 2002.

Carlini EA. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País - 2005. CEBRID/SENAD. 2006.

Chase KA, O'Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W, Murphy M. Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male patients. *J Stud Alcohol*. 2003; 64(1): 137-49.

Cochran, WG. Sampling Techniques. 3rd. Ed. New York:John Wiley and Sons. 1977.

Costa JS, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AM, Gigante DP, Olinto MT, Macedo S. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38: 284 - 91.

Cunradi CB, Caetano R, Schafer J. Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002a; 26(4):493-500.

Cunradi C, Caetano R, Schafer J. Socioeconomic predictors of intimate partner violence among white, black, and hispanic couples in the United States. *Journal of family violence*. 2002b; 17, 377-89.

Cunradi CB, Caetano R, Clark C, Schaefer J. Neighborhood poverty as a predictor of intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States: a multilevel analysis. 2000; 10(5), 297-308.

Cunradi C, Carol B, Caetano R, Schafer J. Religious Affiliation, Denominational Homogamy, and Intimate Partner Violence Among U.S. Couples. *Journal for the scientific study of religion*. 2002c; 41(1): 139-151.

Duailib S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *Am J Public Health*. 2007; 97(12): 2276-80.

Deslandes SF, Gomes R, Furtado MC, Silva P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16: 129-37.

Duailib S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalence of drinking and driving in a city of Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(6): 1058-61.

Edwards G. Alcohol policy and the public good. *Addiction*. 1997; 92(1): 73-9.

Duarte PCAV, Carlini-Cotrim B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídios julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*. 2000; 1(1): 17-25.

Edwards G & Holder HD. The alcohol supply: its importance to public health and safety, and essential research questions. *Addiction*. 2000; 95: 621-7.

Edwards G & Gross MM. Alcohol dependence. Provisional description of a clinical syndrome. *Br. Med. J*. 1976; 1: 1058-61.

Faden V. Epidemiology. In: Galanter M (ed.). *Recent Developments in Alcoholism, vol. 17 – Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2005.

Field CA, Caetano R. Intimate partner violence in the U.S. general population: progress and future directions. *J Interpers Violence*. 2005; 20(4): 463-9.

Fortes, JRA. Conceito e definição de alcoolismo. In: A. & Gatto, BCF. *Alcoolismo*, pp. 11-27. São Paulo, Sarvier. 1975.

Galduróz JCF & Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras. Psiquiatr*. 2004; 26(1): 3-6.

Galduróz JCF & Carlini EA. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil - 2001. *Braz J Med Biol Res*. 2007; 40(3): 367-75.

Galduróz JCF & Noto AR. Uso pesado de álcool entre estudantes de 1º e 2º graus da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*. 2000; 1(1): 25-32.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A: Estudo envolvendo as 24 Maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo, CEBRID. 2000.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Comparações dos resultados de dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no estado de São Paulo nos anos de 1999 a 2001. *J Bras Psiq*. 2003b; 52(1): 43-51.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *São Paulo Med J*. 2003a; 121: 231-7.

Galduróz, JCF; Noto, A, Nappo, S, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res.* 2004; 37(4): 523-531.

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006; 368(9543): 1260-9.

Heath DB. Cross-cultural studies of alcohol use. In: Galanter M. (ed.) Recent developments in alcoholism, vol 2, pp. 405-15. New York. Plenum. 1984.

Heeb JI, Gmel G. Spreading interviews over time in health surveys: do temporal variations of self-reported alcohol consumption affect measurement? *Subst Use Misuse.* 2005; 40(8): 1015-33.

Hurtz SQ, Henriksen L, Wang Y, Feighery EC, Fortmann SP. The relationship between exposure to alcohol advertising in stores, owning alcohol promotional items, and adolescent alcohol use. *J Stud Alcohol.* 2007; 42: 143-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. IBGE. v.25:1-120. 2004

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000. IBGE. 2002.

Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New haven; Hillhouse, 1960.

Jerome HJ. The concept of dependence: Historical Reflections. *Alcohol Health and Research World.* 1993; 17: 188-190.

Kalmuss DS, Straus MA. Wife's marital dependency and wife abuse. In: Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families, edited by M.A. Straus and R.J. Gelles. New Brunswick, NJ. Transaction Books. 1990.

- Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *Am J Public Health*. 1994; 84(10): 1586-90.
- Kish, L. *Survey Sampling*. John Wiley & Sons, Inc., New York. 1965.
- Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinking in Europe. *Soc. Sci. Med*. 2004; 59(1): 113-27.
- Laranjeira R & Romano M. Brazilian consensus on public policies on alcohol. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(1): 68-77.
- Lima JMB. Do álcool e do alcoolismo: aspectos histórico-culturais. In: Lima JMB *Alcoologia – O alcoolismo na perspectiva da saúde pública*, pp. 11-18. Rio de Janeiro, Medbook. 2008.
- Lipsey MW, Wilson DB, Cohen MA, Derzon JH. Is there a casual relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. *Recent Dev Alcohol* 1997; 13: 245-82.
- Lipsky S, Caetano R, Field CA, Bazargan S. Violence-related injury and intimate partner violence in an urban emergency department. *J Trauma*. 2004; 57(2): 352-9.
- Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. *J Stud Alcohol*. 2005a; 66(3): 407-12.
- Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Psychosocial and substance abuse risk for intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend*. 2005b 4; 78(1): 39-47.
- Maggs JL, Schulenberg JE. Initiation and course of alcohol consumption among adolescents and young adults. In: Galanter M (ed.) *Recent Developments in*

*Alcoholis, vol 17 - Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2005.

Mäkelä P, Fonager K, Hibell B, Nordlund S, Sabroe S, Simpura J. (2001). Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey. *Addiction*. 2001; 96: 1575-1588.

Masur J, Jorge MR. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. *Rev ABP-APAL*. 1986; 8(4): 157-65.

Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003; 98: 799 -804.

Miller P, Plant M, Plant M. Spreading out or Concentrating Weekly Consumption: Alcohol Problems and Other Consequences within a UK. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40(5): 461-8.

Monteiro MG & Levav I. EU alcohol policies and free trade: consequences beyond its borders. *Lancet*. 2006; 368(9535): 580.

Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*" utilizado para identificar a violência entre casais. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18: 163-75.

Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 79: 269-77.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, Victoria CG. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol*. 1996; 57: 253 -9.

Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence Vict.* 1995; 10: 251-72.

Morse RM & Flavin DK. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. *JAMA.*1992; 268(8): 1012-4.

Murphy CM, O'Farrell TJ. Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *J Fam Psychol* 1996; 8:321-335.

Murphy CM, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Feehan M. Correlates of intimate partner related violence among male alcoholic patients. *Consult Clin Psychol.* 2001; 69(3): 528-40.

Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ.* 1994; 72(3): 429-45.

Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, Marks JS. Binge drinking among US adults. *JAMA.* 2003; 289 (1): 70-77.

Nery Filho A, Medina MG, Melcop AG, Oliveira EM, (eds.) Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito. Brasília (DF): Associação Brasileira dos Departamentos Estaduais de Trânsito. 1997.

Noto AR. Os Índices de consumo de psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. Em: Adolescência e Drogas. Pinsky I e Bessa M (organizadores). Editora Contexto. 2004.

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG e Carlini EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003. São Paulo, CEBRID. 2004.

Noto AR, Moura YG, Nappo S, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por Transtornos Mentais e de Comportamentos Decorrentes de Substâncias Psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. *J Bras Psiquiatr.* 2002; 51(2): 113-121.

Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R e Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras - 1997. São Paulo, CEBRID. 1998.

Pinsky I, Bessa MA. *Adolescência e Drogas*. Ed. Contexto. São Paulo. 2004.

Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Alcohol use and intimate partner violence as predictors of separation among U.S. couples: a longitudinal model. *J Stud Alcohol.* 2005; 66(2): 205-12.

Rand M, Strom K. Violence-related injuries treated in hospital emergency departments. Bureau of Justice Statistics special report. Washington, DC: US Department of Justice. Publication NCJ-156921. 1997.

Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana Jde A, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006;22(2): 425-37.

Rehm J & Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica.* 2005; 18(4-5): 241-8.

Roizen J. Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In: *Recent Developments in Alcohol: Alcohol and Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives* (Martin SE ed), pp 3-36. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD. 1993.

Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(4): 495-501.

Room R, Jennigan J, Carlini Marlatt B, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies. 2002.

Schaefer J, Caetano R, Clark CL. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health*. 1998; 88(11): 1702-4.

Shapiro MF, Berk ML, Berry SH, Emmons CA, Athey LA, Hsia DC, Leibowitz AA, Maida CA, Marcus M, Perlman JF, Schur MA, Schuster CL, Senterfitt JW, Bozzette SA. National Probability Samples in Studies of Low-Prevalence Diseases. Part I: Perspectives and Lessons from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Health Services Research*. 1999; 34 (5): 951-68.

Silveira CM, Wang YP, Andrade AG, Andrade LH. Heavy episodic drinking in the São Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and sociodemographic correlates. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007, 68(1): 18-27.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41: 797-807.

Stets J, Straus MA. Gender differences in reporting marital violence and its medical consequences. In: *Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8.145 Families*, edited by M.A. Straus and R.J. Gelles. New Brunswick, NJ. Transaction Books. 1990.

Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics Scale (CTS). *J Marriage Fam*. 1979; 41: 75-88.

Straus, MA. Trends in cultural norms and rates of partner violence: an update to 1992. In: *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Stith SM & Straus MA (eds). National Council on Family Relations, MN. 1995.

Straus MA, Gelles RJ. How violent are American families? Estimates from a national family violence resurvey and other studies. In: *Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*, edited by M.A. Straus and R.J. Gelles. New Brunswick, NJ. Transaction Books. 1990.

Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scale (CTS2). *J Fam Iss.* 1996; (3)17: 283–316.

Suitor JJ, Pillemer K, Straus M. Marital violence in a life course perspective. In: *Physical Violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Straus MA & Gelles RJ (eds). New Brunswick, NJ. Transaction Books. 1990.

Thompson MP, Kingree JB. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes *J Interpers Violence* 2006; 21(2): 163-77.

Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Institute of Justice, Washington, DC. 1998.

VVAA. Twelve steps and twelve traditions. In: *Alcoholics Anonymous*. (16th ed.) Alcoholics Anonymous Grapevine, Inc., and Alcoholics Anonymous Publishing. 1994.

Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma*. 2005; 58(1): 22-9.

White HR, Chen PH. Problem drinking and intimate partner violence. *J Stud Alcohol*. 2002; 63(2): 205-14.

World Bank. Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean. 2002.

World Bank. Report N° 32576 – BR: Addressing challenge of non-communicable diseases in Brazil. Washington, D. C.: World Bank; 2005, p. 07.

World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva. 1989.

World Health Organization. Global status report on alcohol, 2004. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf).

World Health Organization. Global Status Report : Alcohol and Young People. Geneva, World Health Organization. 2001.

World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Geneva, Switzerland: WHO. 1993.

## ABSTRACT

**Objective:** This study presents two different parts: the first one describes the methodology analysis and field work challenges in a national epidemiological survey of alcohol consumption and related problems in Brazil. The second study analyses the prevalence rates of intimate partner violence (IPV) among Brazilian couples and also assess the contribution of drinking and sociodemographic factors to the risk of IPV.

**Method:** A multistage cluster sampling procedure was used to select 3,007 individuals aged 14 years and older from the Brazilian household population. Face to face interviews were conducted using a standardized closed questionnaire, including a sub-sample consisting of 1445 married or cohabitating males and females in the Brazilian population, used to analyze IPV data. All interviews were conducted between November 2005 and April 2006.

**Results:** The overall response rate was 66%, ranging from 80 to 56% in the different Brazilian geographic regions. Most of non-responses were linked to lack of access to households in closed condominiums. Special fieldwork procedures put in effect in the areas with lowest response rates had a positive effect, raising the overall rate by about 11 percentage points. Concerning IPV results, the analyses indicate 10.7% and 14.6% prevalence, respectively for male-to-female and female-to-male IPV. Males were drinking in 38.1% of IPV events and females in 9.2%. The male's partner was drinking in 30.8% and the females' partner in 44.6% of IPV acts. Bivariate associations between violence and sociodemographics were found for age groups, household monthly income and educational level. Logistic regression analysis indicates that younger age

for both male and female partners, men with no religious affiliation and women who are homemakers are significant predictors of violence.

**Conclusion:** This study provides important information to further research concerning prevention and public policies on alcohol abuse and IPV in Brazil.