



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

MIRNA GRANATO SALOMÃO NAGIB

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E USO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO
BRASILEIRA**

JUIZ DE FORA

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MIRNA GRANATO SALOMÃO NAGIB

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E USO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO
BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Saúde – área de concentração
em Saúde Brasileira do Programa de Pós
Graduação em Saúde da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Juiz de
Fora como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Saúde Brasileira

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida

Juiz de Fora
2009

Nagib, Mirna Granato Salomão.

Associação entre religiosidade e o uso de álcool na população brasileira / Mirna Granato Salomão Nagib. – 2009.
135 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Religiosidade popular. 2. Bebidas alcólicas. 3. Abuso de alcohol.
I. Título.

CDU 2-853

MIRNA GRANATO SALOMÃO NAGIB

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E USO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO
BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Aprovada em 20 de agosto de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Alexander Moreira de Almeida (Orientador)
Doutor em Psiquiatria – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Zila van der Meer Sanchez
Doutora em Psicobiologia – Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Doutora em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho:

À minha querida tia Isabel, minha inspiração, minha referência de dignidade e força, exemplo de busca incansável de progresso e melhoria espiritual. Ao dedicar toda sua vida à tarefa de socorrer e consolar os que sofrem, esta senhora de 84 anos, corajosa e magnífica, abriu um imenso campo de trabalho cristão na Comunidade Espírita “A Casa do Caminho”, onde me realizo e me fortaleço. Conviver com D. Isabel Salomão de Campos e suas experiências espirituais me fez compreender o mundo não físico e suas relações intensas e permanentes com o mundo físico.

À minha família amiga, meus pais Leny e Salomão, sempre amorosos e presentes em todas as jornadas, exemplos de retidão e bondade; e minhas irmãs Miriam e Lívia, compreensivas nos momentos mais difíceis, alegres e companheiras na vida cotidiana. Vocês foram tolerantes nesta empreitada desafiadora que agora finalizo. Sou eternamente grata pelo convívio e pela amizade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, “inteligência suprema, causa primária de todas as coisas”.

A Jesus, o Cristo, Mestre, Médico e Amigo.

Aos amigos espirituais, que sempre estiveram presentes e atuantes em minha mente e meu coração. Obrigada pela proteção.

Ao meu orientador professor doutor Alexander Moreira de Almeida, que com paciência, habilidade e dedicação me iniciou na pesquisa. Exigente e minucioso, conhecedor dos desafios a serem vencidos, compreendeu minhas limitações como aprendiz e ofereceu o caminho a ser trilhado, ajudando-me a vencer os obstáculos mais difíceis. Obrigada por dividir comigo seus conhecimentos e sua competência.

Ao meu companheiro de mestrado Alexandre Augusto que com solidariedade compartilhou comigo seus conhecimentos e fraternalmente esteve presente nos desafios desta jornada.

Ao professor doutor Ronaldo Laranjeira, que permitiu minha participação em seu grupo de trabalho, experiência única que engrandece minha formação.

À professora e pesquisadora Ilana Pinsky, que com presteza e gentileza ofereceu seus conhecimentos nas fases de qualificação e desenvolvimento deste trabalho.

Ao pesquisador Marcos Sanchez, que fraternalmente venceu a distância física com uma impressionante disponibilidade. Seu conhecimento e suas contribuições foram essenciais para meu crescimento e para a construção deste trabalho.

Aos participantes do Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juntos, estamos descobrindo na diversidade das crenças e nas semelhanças de objetivos científicos o caminho de construção deste novo campo de pesquisa.

À professora Darcília Maria Nagen da Costa, trabalhadora incansável do Programa de Pós Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF. É muito bom contar com sua presença, ter a segurança do seu trabalho e sua dedicação.

Às minhas queridas amigas Zélia e Martha, as quais foram incentivadoras persistentes e incondicionais companheiras. Obrigada pela amizade e confiança. Contem comigo.

Aos meus cunhados Sílvio e André pela amizade e aos meus sobrinhos Mateus, Pedro e Jamil pelo carinho com esta tia “tão ocupada”. Sou grata a Deus pela família que Ele me ofertou.

Aos amigos da Comunidade Espírita “A Casa do Caminho”, com quem compartilho os ideais cristãos e espíritas. No trabalho da Comunidade, reabasteço minhas energias e solidifico meu compromisso com o Evangelho de Jesus.

Aos colaboradores da Clínica da Criança, meu campo de atuação na Pediatria Clínica, que de diferentes formas contribuíram com esta jornada, gerindo minha agenda, meus compromissos, cuidando de meus pacientes e ainda ofertando soluções para diversas questões do cotidiano.

“Fé inabalável é aquela que pode encarar a razão, face a face, em todas as épocas da humanidade.”

Allan Kardec.

RESUMO

Dezenas de estudos apontam para o impacto da religiosidade na saúde e no uso de álcool. No entanto, existem poucos dados provenientes de estudos com amostras nacionalmente representativas. Objetivos: Investigar as relações entre dimensões do consumo de álcool e da religiosidade na população brasileira. Método: estudo transversal em amostra representativa da população brasileira (n=3.007) obtida com amostra probabilística em 143 cidades. O estudo investigou envolvimento religioso (Religiosidade Organizacional: frequência a serviços religiosos; Subjetiva: quão importante a religião é para o indivíduo; Filiação religiosa) e padrões de uso de álcool (uso na vida, beber em binge, dependência/abuso). Foram feitas regressões logísticas binomiais, controlando para as variáveis sociodemográficas. Resultados: Filiação religiosa e frequência a serviços religiosos têm associação significativa com o uso de bebidas alcoólicas, uso em binge e abuso/ dependência. A importância dada à religião não mostrou associação quando outras variáveis estão controladas no modelo. Aqueles que nunca vão a serviços religiosos, em relação aos que frequentam semanalmente, têm o dobro da chance de usar bebida alcoólica na vida, beber em binge ou apresentar abuso ou dependência. Evangélicos e Protestantes possuem menor chance de consumo de álcool em relação aos católicos. Não pertencer a nenhuma religião se associa maior chance de dependência ou abuso em relação aos católicos (OR=2.4). Conclusão: Os modelos mostram grande associação de frequência e filiação religiosa com uso do álcool. Importância declarada da religião não tem efeito significativo quando controlado pelos demográficos e as outras duas dimensões religiosas.

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Álcool. Abstinência. Beber em binge. Dependência. Abuso.

ABSTRACT

A large number of studies point to the impact of religiosity on health and alcohol use. Yet, there is a paucity of data from studies with nationally representative samples. Objectives: Investigate the relationships between alcohol intake and religiosity dimensions in the Brazilian population. Method: Cross-sectional study of a representative sample of the Brazilian population (n=3,007), obtained from a probabilistic sample of 143 cities. The study investigated religious involvement (Organizational Religiosity: frequency of attendance to religious services; Subjective: how important for the individual religion is; Religious Affiliation) and alcohol use patterns (lifetime use, binge drinking, dependence/abuse). Binomial logistic regressions controlling for sociodemographic variables were made. Results: Religious affiliation and frequency of attendance to religious services were significantly associated with alcoholic beverage use, binge drinking and abuse/dependence. The importance attributed to religion did not show any association when other variables were controlled for in the model. Individuals who never attended religious services were twice as likely to present lifetime alcohol use, binge drink or develop abuse or dependence. Evangelicals and Protestants were less likely to drink alcohol than Catholics. Not belonging to any religious denomination was associated with a greater likelihood of alcohol dependence or abuse than being a Catholic. (OR=2.4) Conclusions: The models showed a great association of frequency of attendance to religious services and religious affiliation with alcohol use. The stated importance of religion was not significant when controlled for demographic features and the two other religiosity dimensions. Keywords: Religiosity. Spirituality. Alcohol. Abstention. Binge drinking. Dependence. Abuse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, consumo em binge e abuso ou dependência entre os demográficos e dimensões de religiosidades.....	39
Tabela 2	Razão de chance na regressão logística de variáveis demográficas e religiosas em relação às variáveis de uso de álcool.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Código Internacional de Doenças
DP	Desvio padrão
EUA	Estados Unidos da América
fem.	feminino
freq.	frequência
GHQ	General Health Questionnaire
HABLAS	The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
imp.	importância
masc.	masculino
OR	Odds Ratio
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PSF	Programa Saúde da Família
RC	Razão de Chances
ref.	referência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
serv.	serviço
SSPS	Statistical Package for Social Sciences
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 USO DO ÁLCOOL	14
3 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	16
3.1 Conceitos	16
3.2 Relações entre saúde e religiosidade	18
3.3 Pesquisas de religiosidade e saúde mental no Brasil	19
3.4 Religiosidade e o uso de álcool	22
4 OBJETIVOS	29
4.1 Objetivo geral	29
4.2 Objetivos específicos	29
5 MÉTODO	30
5.1 Dimensionamento da amostra	30
5.2 Desenho amostral e abrangência da pesquisa	31
5.3 Questionários utilizados	32
5.4 Análise estatística	33
5.5 Fatores éticos	33
5.6 Variáveis	34
6 RESULTADOS	37
6.1 Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, consumo em binge e abuso ou dependência	37
<i>6.1.1 Uso de bebidas alcoólicas</i>	37
<i>6.1.2 Consumo em binge</i>	37
<i>6.1.3 Abuso ou Dependência</i>	38
6.2 Regressão logística	40
<i>6.2.1 Uso de bebidas Alcoólicas</i>	40
<i>6.2.2 Consumo em binge</i>	40
<i>6.2.3 Abuso ou Dependência</i>	41
7 DISCUSSÃO	43
8 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	55

1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool é considerado em todo o mundo um problema de saúde pública. Há 30 anos, a Organização Mundial de Saúde tem suas atenções voltadas para o desenvolvimento de políticas públicas para o uso do álcool. Como resultado deste esforço, foi publicado em 2003 o livro “*Alcohol: no ordinary commodity*” que através de fundamentação científica revela como o álcool afeta a saúde do indivíduo e das sociedades, com destaque para o fato de que os países em desenvolvimento são atingidos de forma crescente por problemas relacionados ao uso de álcool (apud ROMANO; LARANJEIRA, 2004). O álcool é responsável por 9,7% do total de anos de vida perdidos por morte e incapacitação gerados por fatores de risco preveníveis. Dentre estes, o álcool é o fator de risco de maior impacto na América Latina e Caribe. (MURRAY; LOPEZ, 1997). Em 2002, o uso de álcool foi responsável por cerca de 2,3 milhões de mortes prematuras em todo o mundo representando 3,7 % da mortalidade global e ainda responsável por 4,4% da carga global de doenças (OMS, 2008).

Avaliando a epidemiologia do álcool no Brasil, Galduróz e Caetano (2004), concluíram que o álcool, também no Brasil, contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde. No mesmo estudo, destacou-se a necessidade de maior ênfase às pesquisas epidemiológicas no país, com a ampliação e renovação sistemática dessas pesquisas. A partir daí será possível o desenvolvimento de políticas públicas que atendam às peculiaridades e necessidades do cenário do uso e abuso de álcool no Brasil.

Segundo alguns autores, deve-se esperar das políticas do álcool uma redução global do consumo, dos múltiplos danos relacionados ao álcool como morbidade e mortalidade relacionadas, violência e acidentes, e ainda redução do acesso de adolescentes às bebidas alcoólicas (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

2 USO DO ÁLCOOL

O consumo de álcool é responsável por cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta e por 4% da carga global de doenças no mundo (BABOR et al., 2003). Além de risco aumentado para inúmeras doenças como câncer de fígado, outros tipos de neoplasias e doenças cardíacas, o álcool também está associado a diferentes tipos de transtornos depressivos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2004). Estima-se que no mundo 6% a 15% da população que procuram atendimento em serviços de atenção primária tenham problemas com abuso ou dependência de álcool. Essa prevalência aumenta para mais de 61% entre pacientes que buscam clínicas especializadas ou hospitais (AERTGEERTS; BUNTINX; KESTER, 2004). Além desses danos, o uso abusivo de álcool está claramente associado à violência urbana e doméstica, estando presente em 13% a 50% dos casos de estupro e atentado ao pudor (BABOR et al., 2003), gerando outros agravos relacionados não apenas ao indivíduo, mas também à sociedade geral na decorrência dos eventos de violência associados ao uso de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No Brasil, dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) indicam que 52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao álcool (CARLINI et al., 2002). Existem também evidências da participação do uso de álcool em casos de homicídios, suicídios, crimes sexuais, atropelamentos e acidentes envolvendo motoristas alcoolizados (LARANJEIRA; DUAILIBI; PINSKY, 2005). Um estudo realizado na cidade de Diadema, estado de São Paulo, com 908 motoristas submetidos ao uso de bafômetros, indicou que 23,7% apresentavam algum traço de consumo recente de álcool e 19,4% dos motoristas avaliados apresentavam níveis de álcool iguais ou acima dos limites permitidos. Com achados seis vezes acima dos encontrados internacionalmente, o problema de álcool e direção mostra-se tão grave quanto relevante no país e, portanto, passível de outros estudos (DUAILIBI et al., 2007).

Estudos epidemiológicos sobre consumo de bebidas alcoólicas realizados até o momento corroboram as afirmações anteriores, particularmente entre os jovens brasileiros. Foram realizados cinco levantamentos amplos com estudantes de ensino médio e fundamental, os últimos resultados mostram que o uso de álcool na vida é de 65% para todos os estudantes, com 41% das crianças da faixa etária

de 10-12 anos já tendo experimentado bebidas alcoólicas ao menos uma vez na vida. (GALDEROZ; CAETANO, 2004). Em 2005, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado em 108 cidades com mais de 200.000 habitantes, na faixa etária entre 12 a 65 anos de idade, apontou para um aumento do consumo de bebidas alcoólicas pela população jovem. Em quatro anos, o uso de álcool na vida (definido com qualquer consumo em qualquer momento da vida) aumentou de 48% para 54,3% entre adolescentes de 12 a 17 anos e de 73% para 78,6% entre jovens de 18 a 24 anos (CARLINI et al., 2007).

Esses e muitos outros estudos demonstram que o álcool é um grave problema de saúde pública também no Brasil.

Ao longo da história da humanidade, o álcool tem apresentado múltiplos significados simbólicos e culturais (LARANJEIRA; ROMANO, 2004). Sabe-se que diversos fatores influenciam o comportamento do beber como contexto familiar e social, expectativas de vida, crenças, disponibilidade comercial, facilidade de acesso ao álcool, além dos fatores genéticos. (KENDLER; GARDNER; PRESCOTT, 1997; KENDLER et al., 2003; BABOR et al., 2003).

3 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

3.1 Conceitos

A Organização Mundial de Saúde recentemente incluiu na avaliação de qualidade de vida a dimensão de espiritualidade junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais (FLECK et al., 2003). Uma grande quantidade de estudos científicos tem demonstrado a associação da religiosidade com melhores condições de saúde (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Religiosidade e Espiritualidade são termos utilizados com frequência, como sinônimos, no entanto existem muitas definições para ambos. Muller (1998) definiu Religiosidade como a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma religião. Segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), espiritualidade é definida como uma “busca pessoal para a compreensão de respostas a questões últimas sobre a vida, seu sentido e sobre a relação com o sagrado ou transcendente” (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p. 18).

Os mesmos autores definem religião como:

[...] um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados (a) para facilitar uma proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior ou verdade/realidade última) e (b) para estabelecer uma compreensão da relação e responsabilidade com os outros convivendo em uma comunidade. (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p. 18).

São várias as dimensões de Religiosidade. Koenig, McCullough e Larson (2001) destacam as principais:

- crença religiosa: o nível básico da religiosidade é habitualmente medida em termos de crenças tradicionais. Refere-se a quanto o indivíduo segue os rituais e tradições de sua crença;
- filiação religiosa: refere-se à identificação com um grupo religioso específico;

- religiosidade organizacional: participação em atividades religiosas em grupos, como as realizadas em igrejas, sinagogas ou similares. É a medida da dimensão social da religião;
- religiosidade não-organizacional: refere-se a atividades religiosas que são realizadas individualmente, como prece pessoal, meditação, leitura de livros sagrados, assistir ou ouvir programas religiosos de televisão ou rádio;
- religiosidade subjetiva: senso interno da importância da religião na vida pessoal do indivíduo;
- orientação/ compromisso religioso: demonstra que diferença a religião faz ou relevância que essa tem na vida do indivíduo;
- conversão religiosa: transformação lenta ou súbita na religião professada ou entre religiões;
- bem-estar religioso: também chamado de bem-estar espiritual; refere-se a um estado de satisfação;
- “*coping*” religioso: comportamentos e significados religiosos que o indivíduo usa para lidar com as dificuldades da vida;
- conhecimento religioso: conhecimento adquirido sobre a religião professada;
- consequências religiosas: consequências práticas da crença religiosa na maneira de viver do indivíduo, como, por exemplo, trabalho voluntário, ajuda aos pobres, ações de altruísmo;
- experiências religiosas: experiências espetaculares, místicas ou estranhas.

Dentre essas várias dimensões de religiosidade passíveis de serem investigadas, aquelas que têm sido muito associadas a desfechos de saúde e estão entre as mais utilizadas nos estudos são Filiação religiosa, Religiosidade subjetiva (importância da religião para a pessoa) e Religiosidade organizacional (frequência a missas, cultos e outros serviços religiosos) (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

O conceito do termo Espiritualidade tem mudado nas últimas décadas no que se refere às pesquisas sobre saúde mental. Recentemente, Koenig avaliou criticamente essa transformação conceitual de Espiritualidade e sua aplicação nas pesquisas sobre saúde mental (KOENIG, 2008).

Compreendida inicialmente como parte intrínseca e aprimorada da Religiosidade, a Espiritualidade passou a ser uma dimensão mais ampliada, permitindo um contexto não religioso com o surgimento do indivíduo que se afirma “espiritualizado, porém não religioso” (“*spiritual, but not religious*”). Essa trajetória de mudança do conceito do termo espiritualidade tem sido permeada por um modelo chamado, por Koenig, de versão Tautológica da Espiritualidade, por incluir em sua definição além de indicadores tradicionais de Religiosidade e do sagrado, também os estados psicológicos positivos como bem-estar, harmonia e propósitos de vida, que já estariam incluídos no conceito de Religiosidade. O modelo mais recente acresce à proposta anterior até a presença dos indivíduos materialistas, ateus e agnósticos, dando extrema amplitude ao conceito de Espiritualidade. Koenig lança dúvidas sobre a viabilidade científica desse conceito de Espiritualidade no campo da Saúde Mental, já que questões como bem-estar poderiam ser fatores de desfecho em pesquisas sobre Saúde Mental e Espiritualidade e não deveriam ser englobadas no próprio conceito de Espiritualidade.

Esse panorama demonstra a carência do aprimoramento do conceito de Espiritualidade que possa fundamentar novas pesquisas. Tal amplitude do conceito de Espiritualidade sugere que ainda há um grande caminho a ser percorrido aliando rigor metodológico à perspectiva de novos campos de pesquisa.

Neste estudo, optamos por trabalhar apenas com o conceito de Religiosidade, conforme descrito acima.

3.2 Relações entre saúde e religiosidade

Já em 1987, um volume significativo de pesquisas apontava para o estabelecimento de uma consistente área de pesquisa envolvendo religiosidade e saúde (LEVIN; VANDERPOOL, 1987). Numa revisão dos trabalhos disponíveis, Levin confirmou a existência de uma associação geralmente positiva entre saúde e religião (LEVIN, 1994), porém ainda estava em aberto o mecanismo de interferência da religião na saúde.

Koenig, McCullough e Larson (2001) publicaram o “Manual de Religiosidade e Saúde”, a mais importante revisão sistemática já feita dos estudos publicados na área ao longo do século XX, com mais de 1200 estudos sobre o tema. Utilizando

várias bases de dados, como Medline, PsycLit, SocLit, CINAHL, Current Contents, HealthStar e Cancerlit, os autores encontraram 850 trabalhos relacionados à saúde mental que foram cuidadosamente avaliados (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001). Koenig e colaboradores identificaram uma associação positiva entre religiosidade e saúde mental, os mais religiosos tendiam a ser os mais saudáveis ou terem menos transtornos mentais, sintomas ou comportamentos psicopatológicos. Em situações estressantes, o impacto da religiosidade mostrou-se ainda mais significativo (KOENIG, 2004). Entre os anos de 2001 e 2005, foram encontrados 6.437 artigos sobre religiosidade e saúde, revelando um aumento de 600% no número de publicações em 30 anos. Evidencia-se, assim, um significativo crescimento no campo de pesquisa e discussão acadêmicas relacionadas à religiosidade e saúde mental (KOENIG, 2007).

Compreendendo-se a Religiosidade como um fator multidimensional que envolve aspectos culturais, sociais e familiares (KENDLER; GARDNER; PRESCOTT, 1997), vários mecanismos têm sido propostos para explicar a influência da religião na saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). As crenças religiosas podem interferir no comportamento do indivíduo no que se refere ao enfrentamento das circunstâncias difíceis da vida. A combinação de crenças, de comportamentos e envolvimento promovidos pela religião provavelmente atua como mecanismo de interferência sobre a saúde, entretanto esse ainda é um extenso campo de pesquisa a ser explorado (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002).

Sabe-se que comportamento e estilo de vida têm grande influência na saúde do homem e as religiões costumam interferir nesse comportamento ditando normas que podem determinar riscos e benefícios à saúde de seus fiéis. O envolvimento religioso, então, poderia estimular comportamentos e práticas promotoras de saúde como, por exemplo, menor uso de álcool, tabaco e outras drogas ou tipo de dieta consumida (DALGALARRONDO, 2008).

3.3 Pesquisas de religiosidade e saúde mental no Brasil

No Brasil, vários autores têm estudado no último século a religiosidade e suas relações com os transtornos mentais. Dalgalarrondo (2008) percorreu a trajetória histórica de pesquisadores brasileiros e a visão de uma influência religiosa,

como causa de transtornos mentais. Em 1896, Raimundo Nina Rodrigues, o provável pioneiro neste campo de pesquisa, avaliou a religiosidade de negros e pardos, assim como a chamada “loucura coletiva” dos fenômenos de messianismo ocorrida no país. Apenas em meados do século XX, iniciou-se um processo de “despatologização” de fenômenos religiosos e messiânicos. A partir desse período, a religiosidade brasileira passa então a ser entendida como um fenômeno sociológico importante, com interferências não apenas negativas, mas também positivas no universo da saúde do indivíduo. Entretanto, em análise crítica dessa produção científica, o autor conclui que as pesquisas no campo da religiosidade e saúde mental necessitam de maior articulação com as ciências sociais, como a antropologia e a sociologia da religião.

Numa revisão sobre o período de 2001 a 2005, Koenig identificou 20 artigos brasileiros envolvendo espiritualidade, religião e saúde, sendo que quatro desses estavam especificamente relacionados à saúde mental (KOENIG, 2007). No primeiro desses, 110 espíritas frequentadores de atividades de centro espírita de São Paulo foram avaliados através de escalas padronizadas para medir socialização, felicidade, religiosidade, personalidade e experiências dissociativas (NEGRO; PALADINO-NEGRO; LOUZA, 2002). Os autores encontraram bons escores em socialização e adaptação. Assim, apesar da atividade mediúnica ter sido associada com mais experiências dissociativas, não encontraram níveis aumentados de psicopatologia, sugerindo não haver natureza patológica nas experiências.

A seguir, Dalgarrondo, Banzato e Botega (2004) estudaram 989 pacientes católicos e protestantes (maioria pentecostal) admitidos consecutivamente em internação hospitalar psiquiátrica. Protestantes, de maioria jovem, mulheres e com menor nível educacional, apresentaram maior probabilidade de ter esquizofrenia e menor probabilidade de ter transtornos por abuso de substâncias. Os autores acreditam que esses resultados possam ser devido ao padrão de busca de tratamento por parte dos pentecostais, um grupo de menor nível socioeconômico.

Estudando 2.287 alunos de escolas públicas e privadas da cidade de Campinas (São Paulo), alguns autores encontraram resultados indicando uma associação inversa entre dimensões de religiosidade e o uso de álcool e drogas (DALGARRONDO et al., 2004). As variáveis relacionadas à religiosidade foram: ter ou não ter uma religião, filiação religiosa, tempo em que está numa religião, frequência de ida a serviços religiosos por mês, considerar-se uma pessoa religiosa e educação religiosa na infância. Estudantes sem religião ou sem educação religiosa

na infância faziam um uso significativamente maior de drogas ilícitas (êxtase ou cocaína). Ter tido uma educação religiosa na infância relacionou-se a um menor uso de drogas no mês ou uso pesado de diferentes drogas. Nesse estudo, não houve relação entre frequência religiosa e uso de diferentes drogas, destacando-se as variáveis relacionadas à internalização de normas, valores e atitudes morais e religiosas mais conservadoras. O quarto estudo no Brasil investigou os efeitos da filiação religiosa (pentecostais, católicos e espíritas) de 1.796 estudantes de escolas públicas e particulares da cidade de Campinas, São Paulo, em relação ao uso de álcool e drogas e na saúde mental (DALGALARRONDO et al., 2005). Foram avaliadas dimensões da saúde mental através do “General Health Questionnaire” (GHQ-12), que identifica sintomas psicopatológicos e faz um rastreamento de possíveis casos de transtorno mental. Pentecostais usaram menos tabaco, álcool e drogas e pontuaram menos no GHQ-12; espíritas usaram mais substâncias psicoativas e obtiveram maiores pontuações no GHQ-12; e os católicos alcançaram escores intermediários entre os dois grupos. Os achados desse trabalho apontaram que os grupos religiosos estudados como pentecostais consideram-se muito religiosos e frequentaram quatro ou mais vezes por mês os cultos; espíritas consideram-se pouco religiosos e iam menos de quatro vezes por mês aos cultos; e os católicos em posição intermediária entre os dois grupos citados.

Podemos citar outros estudos realizados no Brasil, como o desenvolvido por Rocha (2002) que avaliou uma amostra de 242 indivíduos (122 pacientes psiquiátricos e 119 controles normais). Os achados apontaram para uma associação positiva entre espiritualidade e religiosidade e uma melhor qualidade de vida geral. Em 2003, foram investigados 464 jovens universitários da cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul) e verificou-se que aqueles que apresentavam bem-estar espiritual baixo ou moderado apresentavam o dobro de chances de manifestar também transtorno mental (VOLCAN et al., 2003). Almeida (2004) avaliou a saúde mental de 115 indivíduos classificados como médiuns espíritas na cidade de São Paulo e que apresentaram baixa prevalência de transtornos mentais e boa adequação social. Os médiuns também não apresentaram transtornos de identidade dissociativa.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) afirmam que a maioria dos estudos de boa qualidade publicados no século XX apontam para uma associação positiva entre envolvimento religioso e melhor saúde mental. Maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais

elevado. No entanto, pesquisa domiciliar realizada com 515 adultos brasileiros indicou que pertencer à religião protestante ou evangélica está associado a menor consumo abusivo de álcool, mas também à maior frequência de sintomas depressivos. (DALGALARRONDO et al., 2008)

Em nosso meio, duas recentes publicações marcaram avanços no campo da Saúde e Espiritualidade: a Revista de Psiquiatria Clínica (2007), editada pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, e o livro Religião, Psicopatologia e Saúde Mental do professor titular de Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas, Paulo Dalgalarrondo (2008). A primeira publicou um suplemento especial sobre Espiritualidade e Saúde Mental e constituiu-se na primeira revista médica em português a destinar um fascículo inteiro ao tema (MOREIRA-ALMEIDA, 2007). A segunda marca a síntese de mais de 15 anos de pesquisas do autor sobre o tema (DALGALARRONDO, 2008), apresentando e analisando a religião como um fenômeno multifacetário com aspectos históricos, psicológicos, antropológicos, teológicos, filosóficos e políticos. Assim, a religiosidade é compreendida como uma dimensão marcante da experiência humana, e a religião como um complexo objeto de investigação. Percorrendo a literatura científica nacional e internacional, o livro aborda as relações entre Religião e Saúde física e mental e ainda oferece ao leitor um importante e consistente instrumento de conhecimento e reflexões.

3.4 Religiosidade e o uso de álcool

A religião tem sido identificada como um fator protetor ao uso de álcool e outras drogas, recebendo dos pesquisadores muita atenção nos últimos anos. Para Koenig, McCullough e Larson (2001), a associação entre religiosidade e menor abuso ou dependência de álcool e outras drogas é o mais consistente de todos os achados no campo da saúde mental e religião. A seguir, apresentaremos um panorama das pesquisas na área.

Em um estudo pioneiro, Straus e Bacon (1953) realizaram uma pesquisa nacional, com 15.747 estudantes universitários americanos, avaliando o uso de álcool e variáveis religiosas (filiação e prática de oração). Nesse primeiro estudo, foi encontrada uma associação positiva entre as variáveis de religiosidade e melhores

condições de saúde e, ainda, menor uso de álcool (STRAUS; BACON, 1953 apud KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). A partir de então, mais de 80% dos 120 estudos publicados até o ano 2000 investigando religiosidade e uso/abuso de álcool e outras drogas encontraram uma relação inversa entre essas variáveis. Dos 86 estudos que avaliaram especificamente o uso de álcool, 76 (88%) encontraram menor uso de álcool nos indivíduos mais religiosos. Entretanto, poucos são os estudos em populações de adultos, sendo essa uma lacuna importante que será analisada em seguida. Nessa revisão feita por Koenig, McCullough, e Larson (2001) na literatura do século XX, foram encontrados apenas quatro estudos que investigaram Religiosidade e uso de drogas em população adulta. Esses artigos serão brevemente comentados a seguir.

Cisin e Cahalan (1968) compararam características de abstêmios e de indivíduos que faziam uso de grandes quantidades de álcool numa amostra nacional de 2.746 adultos nos Estados Unidos. Nesse estudo transversal, os autores encontraram que mais abstêmios que usuários de álcool participam de atividades nas igrejas. A seguir, um estudo também realizado entre adultos americanos avaliou 30 variáveis que poderiam estar relacionadas com o uso de álcool. Entre as 10 variáveis identificadas, estavam presentes a frequência a serviços religiosos e a filiação ao Protestantismo conservador. Os resultados demonstraram que entre protestantes conservadores havia um alto percentual de abstêmios (CALAHAN; ROOM, 1972). Entre aqueles que bebiam intensamente ou em “binge”, os protestantes conservadores relatavam sofrimento maior que os adeptos de outras religiões (católicos, judeus ou protestantes liberais). Beber consumindo grande volume de álcool num curto espaço de tempo é conhecido internacionalmente como “beber em binge”, sendo que a quantidade estabelecida por inúmeros estudos é de cinco doses para homens e quatro doses para mulheres, em uma única ocasião (BREWER; SWAHN, 2003). Esse padrão de beber pode levar a intoxicações frequentemente associadas a uma grande série de problemas, sendo que acidentes e violência são os mais significativos.

Khavari e Harmon (1982) encontraram uma forte associação entre baixa crença religiosa e consumo de álcool e outras drogas, com diferenças significativas entre os muito religiosos e os não religiosos. Após avaliação dessa amostra com 4.853 adultos, os autores concluíram que a religiosidade deveria ser considerada nas estratégias de tratamento de usuários de álcool e outras drogas (KHAVARI; HARMON, 1982 apud KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Numa amostra de 2.969 adultos americanos do estado da Carolina do Norte, com idade de 18 a 97 anos, Koenig e colaboradores avaliaram a associação de variáveis religiosas e abuso/dependência de álcool. Os dados indicaram que transtornos relacionados ao consumo de álcool, recente ou em algum momento da vida, eram significativamente menos comuns em frequentadores assíduos às igrejas (KOENIG et al., 1994).

Koenig, McCullough e Larson (2001) encontraram outros estudos que investigaram apenas população de jovens e adolescentes. Todos eles mostraram uma clara associação inversa entre várias medidas de religiosidade e uso de álcool e outras drogas. Jovens que frequentavam serviços religiosos, que consideravam a religião muito importante em suas vidas e que pertenciam a denominações religiosas que proibiam ou desencorajavam uso de drogas, apresentaram menor chance de uso de álcool e outras drogas em relação àqueles que eram menos religiosos. Um estudo canadense com 2.066 adolescentes que avaliou associação entre álcool e outras drogas e medidas de religiosidade (filiação, frequência à igreja e importância da religião) concluiu que estudantes que se consideravam muito religiosos apresentavam menor probabilidade de uso de álcool no ano anterior do que os não religiosos. O mesmo foi identificado entre aqueles que apresentavam maior frequência à igreja em relação aos que raramente ou nunca frequentavam (ADLAF, SMART, 1985 apud KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Um ano antes, Hadaway encontrou evidências de que a religião poderia ser fator protetor contra o uso de álcool e outras drogas numa amostra de 23.000 estudantes do estado americano da Geórgia (HADAWAY et al., 1984 apud KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Kendler, Gardner e Prescott (1997) entrevistaram 1.902 irmãs gêmeas de famílias religiosas ou não religiosas encontrando resultados que sugeriram que crença religiosa poderia ser o fator mais importante na decisão de não usar drogas e que a devoção religiosa influenciaria particularmente a decisão de desistir do uso ou de manter baixos níveis de uso de drogas. A religiosidade foi um dos fatores não genéticos mais significativos para reduzir o risco de uso e abuso de álcool e drogas. Os autores também encontraram nessa amostra uma associação negativa entre religiosidade e história de dependência de álcool.

De uma maneira geral, observa-se que as pesquisas em populações de adolescentes e jovens aparecem em um número maior. Isso ocorre provavelmente em virtude da facilidade da obtenção de amostras entre estudantes e também pelo

fato dos estudos apontarem para a precocidade cada vez maior do início de uso de álcool e outras drogas (JOHNSON; O'MALLEY, 2001 apud KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; CARLINI et al., 2007).

No tocante a estudos com amostras de população adulta e amostras nacionalmente representativas, existe uma carência de novas pesquisas.

Das amostras nacionalmente representativas, encontramos, em 2003, um estudo realizado nos Estados Unidos, com 2.616 adultos, investigando a relação de dimensões de religiosidade com transtornos psiquiátricos e uso de drogas (KENDLER et al., 2003). As dimensões de religiosidade estudadas foram: religiosidade geral, religiosidade social, questões relacionadas a Deus, justiça de Deus, misericórdia/amor, gratidão. O estudo sugere que algumas dimensões de religiosidade estão relacionadas com menor risco de transtornos psiquiátricos e outras, como o envolvimento religioso, relacionadas com a redução do risco de abuso de drogas. Os resultados, porém, não indicaram a natureza da relação causal entre religiosidade e riscos de doença.

Uma pesquisa, com uma amostra de 2004 indivíduos com idade entre 11 e 18 anos, investigando comportamentos de risco na adolescência, indicou que variáveis de religiosidade, como considerar a religião importante em suas vidas e participar de atividades religiosas, estavam consistentemente associadas a comportamentos de risco reduzidos nas áreas de uso de álcool e outras drogas, assim como evasão escolar e atividade sexual (SINHA, RAM, GELLES, 2007).

Fora dos Estados Unidos, um estudo epidemiológico investigou o uso de álcool e outras drogas e sua relação com a religiosidade entre 12.797 estudantes em sete países da América (Panamá, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Costa Rica). Os resultados identificaram que altos níveis de devoção religiosa propiciariam menor chance de exposição e início de uso do álcool e, ainda, identificou que a prática religiosa (frequência às igrejas católica ou protestante) estava inversamente relacionada com o consumo precoce de cigarro e maconha (CHEN et al., 2004).

Em 2006, o estudo "*Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey*" realizou 7.370 entrevistas para saber "Quão importante é a religião na abstenção e no uso de álcool?". As três variáveis de religiosidade estudadas foram: preferência religiosa (Sem religião ou denominação religiosa), religiosidade (Quão importante é a religião na sua vida?) e proscrição de álcool (Sua religião desencoraja o uso de bebidas alcoólicas?). Foram quatro as variáveis de uso de álcool descritas como

abstêmios no último ano, beber moderadamente (não beber cinco ou mais doses numa única ocasião no último ano), beber pesado ocasionalmente (beber cinco ou mais doses em uma ocasião porém não mais que uma vez por semana) e beber pesado frequentemente (beber cinco ou mais doses por ocasião, pelo menos uma ou mais vezes por semana). Os abstêmios são a maioria da amostra (38,9%); 36,2% usam álcool moderadamente e um quarto da amostra bebe pesadamente. Religiosidade e o caráter proscritivo da religião apresentaram forte associação inversa com uso de álcool e com beber pesadamente. O estudo sugere que variáveis religiosas são importantes no estabelecimento de hábitos relativos ao uso de álcool, principalmente no comportamento dos abstêmios. Ainda que exista uma variedade de razões para a abstinência do álcool, o levantamento americano indicou que as variáveis religiosas são importantes fatores de abstinência. (MICHALAK; TROCKI; BOND, 2007).

No Brasil, são poucos os estudos no campo da religiosidade e uso de álcool.

Tavares, Béria e Lima (2004) avaliaram fatores associados com o uso de drogas em estudantes brasileiros com idade entre 10 a 19 anos. Crença em Deus, hábito de orar em circunstâncias difíceis, participação em grupos de jovens ou outras atividades religiosas no último ano foram as variáveis religiosas estudadas. Os resultados sugeriram que maior envolvimento religioso estava associado ao menor envolvimento com drogas.

Recentemente, em estudo qualitativo com 62 jovens com idade entre 16 e 24 anos, de classe baixa, residentes em áreas violentas da cidade de São Paulo, usuários e não-usuários de drogas psicotrópicas, concluiu-se que a religião seria um relevante fator protetor contra o uso de drogas. Foram investigados os seguintes fatores protetores: família, informação, religiosidade, perspectivas de futuro, personalidade/consciência, amor próprio, medo, amizades não-usuárias. Os autores observaram que 81% dos não-usuários praticavam sua religião e apenas 13% dos usuários faziam o mesmo. A religiosidade foi identificada como um aspecto de grande relevância para os adolescentes entrevistados, ocupando um importante papel na estruturação da família. Os autores concluíram a pesquisa sugerindo a possibilidade da introdução da religiosidade como fator protetor do uso de drogas em modelos de prevenção (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

Um estudo realizado com 926 universitários também na cidade de São Paulo averiguou que maior renda familiar e ausência de religião estavam associadas ao maior risco de consumo de drogas. Os pesquisadores identificaram diferenças

entre algumas denominações religiosas em relação ao consumo de álcool. Entre espíritas e protestantes praticantes não foram encontrados bebedores excessivos (SILVA et al., 2006).

Em estudo da prevalência de abuso/dependência de álcool na área urbana da cidade Campinas, estado de São Paulo, investigando indivíduos de 14 anos ou mais (n=515), não ter religião ou ser de religião que não fosse a evangélica apresentou maiores razões de chance de abuso/dependência de álcool (BARROS et al., 2007). As variáveis de religiosidade investigadas foram filiação religiosa, frequência a serviços religiosos e se o indivíduo se considera uma pessoa religiosa.

A maioria dos estudos foi conduzida entre adolescentes e grupos de estudantes, quando o uso de drogas usualmente é iniciado.

Em 2005, foi realizado, no Brasil, um inquérito de base populacional com amostra de 5.040 indivíduos, residentes em áreas urbanas, com idade de 16 a 65 anos, para estudar o “Comportamento Sexual e Percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS”. Com base nos dados coletados, foi avaliado o consumo de álcool e drogas na população brasileira. O uso do álcool foi investigado através das questões “Você já tomou bebidas alcoólicas alguma vez na vida?”, “Com que frequência você bebe?”, “Em algum período de sua vida, você passou a beber regularmente?”. Entre outras variáveis, as de religiosidade incluídas no estudo foram obtidas com as questões “Religião em que foi criado”, “Durante a infância o lar era religioso”, “Religião atual”, “Importância da religião”, “Número de vezes que frequentou eventos religiosos”. A formação religiosa se mostrou um fator protetor frente a um consumo de álcool. A análise dos demais modelos logísticos bivariados não apresentou resultados estatisticamente significativos no tocante a outras dimensões de religiosidade e uso de álcool.

A maioria dos estudos ainda se restringe a grupos etários e populacionais específicos e limitados, evidenciando uma escassez de pesquisas que avaliem as relações entre o uso de álcool e a religiosidade na população brasileira.

Em vista dessa lacuna, fazem-se necessários estudos que avaliem o impacto da religiosidade sobre o uso de álcool na população brasileira. Para tanto, utilizaremos dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA et al., 2007). Tal pesquisa é a primeira no Brasil a avaliar o uso de álcool em uma amostra nacionalmente representativa e sua relação com religiosidade, utilizando três das mais importantes dimensões de

religiosidade, quais sejam: Filiação Religiosa, Religiosidade Organizacional e Religiosidade Subjetiva.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar as relações entre os padrões de consumo de álcool na população brasileira e suas relações com três dimensões de Religiosidade (Religiosidade Organizacional, Religiosidade Subjetiva e Filiação Religiosa).

4.2 Objetivos específicos

- Investigar a relação do nível de envolvimento religioso e padrão de uso, dependência e abuso de álcool.
- Avaliar o padrão de uso de álcool entre as diferentes filiações religiosas.
- Investigar a influência da religiosidade na busca de tratamento em geral e tratamento religioso para problemas relacionados ao álcool.

5 MÉTODO

Neste estudo, foi utilizado o banco de dados do estudo transversal “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira” desenvolvido pela Secretaria Nacional Antidrogas e pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizado entre novembro de 2005 e abril de 2006 (LARANJEIRA et al., 2007).

5.1 Dimensionamento da amostra

O consumo de álcool foi a principal variável de interesse da pesquisa, embora muitas outras tenham sido consideradas. Estimou-se um erro amostral de aproximadamente 2% para um nível de confiança de 95%. A amostra de entrevistas foi sorteada de forma representativa de todo o território nacional conforme descrição dos pesquisadores no “I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de Álcool na População Brasileira” – Capítulo 1 (LARANJEIRA et al., 2007).

A amostra domiciliar cobriu todo o território brasileiro, tendo sido excluídos da amostra somente algumas minorias como deficientes mentais, outros deficientes incapacitados de responder ao questionário, residentes em território nacional que não falam língua portuguesa, residentes em domicílios coletivos como prisões e internatos e as populações indígenas que vivem em aldeias. De acordo com dados do governo brasileiro, a população indígena que vive em aldeias representa apenas 0,25% da população geral do país (BRASIL, 2007).

O método utilizado foi a amostra probabilística estratificada em três estágios. O primeiro estágio consistiu em sorteio com estratificação dos municípios por região administrativa e porte. O sorteio foi feito com probabilidade proporcional à população de cada município dada pelo Censo 2000 (BRASIL, 2003). Nenhum município foi excluído da amostragem. Seguiu-se o sorteio, também com estratificação dos setores censitários dentro dos municípios. Setores também foram sorteados com probabilidade proporcional a sua população dada pelo Censo 2000. Todos os setores, inclusive os situados em zona rural, foram incluídos na amostra. Cada setor

censitário sorteado no segundo estágio teve seus domicílios arrolados e numerados. No terceiro estágio foram sorteados aleatoriamente os domicílios dentro de cada setor. Cada setor teve determinado, a priori, um número de domicílios a ser sorteado tal que, levando-se em conta a taxa de não resposta, se conseguisse oito entrevistas por setor. Estimativas regionais para a taxa de não resposta foram conseguidas com base em estudo anterior que usou a mesma metodologia (Pesquisa Social Brasileira – PESB). Domicílios sorteados não puderam ser substituídos a não ser mediante constatação de que o domicílio era vago ou de uso coletivo. Em cada domicílio sorteado foi feito o arrolamento dos moradores e o próximo aniversariante com mais de 13 anos era considerado o indivíduo sorteado. A taxa de respostas foi de 66,4%.

Os dados assim coletados foram submetidos a um processo de ponderação. Cada entrevistado foi multiplicado inicialmente pelo inverso de sua probabilidade de seleção. Em seguida, um fator que era o número de moradores elegíveis por domicílio foi aplicado para corrigir o fato de que domicílios não foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho. Uma ponderação de não resposta foi então aplicada, baseada em nível de educação e região. Finalmente uma ponderação de pós-estratificação foi usada e teve por base as distribuições de sexo, idade, educação e região encontrada nos dados do Censo 2000 (BRASIL, 2003).

5.2 Desenho amostral e abrangência da pesquisa

Foram realizadas 3.007 entrevistas, em 143 municípios brasileiros, em todo o país, dentro de 325 setores censitários. A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira, com idade de 14 anos ou mais, de ambos os gêneros e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, inclusive áreas rurais. Não foram incluídas na amostra populações indígenas que vivem em aldeias, residentes em território brasileiro que não falam a língua portuguesa, deficientes mentais e outros deficientes incapacitados de responder ao questionário. A pesquisa teve um interesse especial em relação a um grupo populacional específico: pessoas com idade entre 14 e 17 anos completos denominadas de adolescentes. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2003 (BRASIL, 2003), cerca de 10% da população se encontram nessa faixa de idade, ou seja, das 3.000 entrevistas, perto de 300

seriam feitas com adolescentes. Como se considerou 300 um número muito baixo para a análise detalhada de consumo de álcool nessa faixa etária, optou-se por uma diminuição da amostra para 2.600 entrevistas e uma amostra adicional, chamada de “sobrecota”, de 400 entrevistas somente com adolescentes. A amostra foi composta por 2.522 entrevistas, com a população geral de 14 anos ou mais, e uma “sobrecota” de 485 entrevistas, com a população entre 14 e 17 anos (adolescentes), totalizando 3.007 entrevistas. Assim, do total de 3.007, 2.346 entrevistas foram realizadas com adultos com idade igual ou maior que 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos, fazendo-se um ajuste para a sobrecota.

5.3 Questionários utilizados

Foi utilizada uma versão do questionário *The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey* (HABLAS) desenvolvido pela equipe do professor Raul Caetano da Universidade do Texas (EUA). A versão final, seguindo a utilizada no I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS, 2008), foi traduzida e adaptada para a população brasileira. Estudos pilotos, qualitativos e quantitativos, foram realizados para avaliar o resultado, até o questionário ter uma boa aplicabilidade e boa aceitabilidade. Após realização do desenho do questionário, foram aplicados testes para averiguação de consistência, fluxo e tempo de aplicação. A coleta dos dados foi realizada por entrevistadores previamente treinados, com questionários estruturados em entrevistas domiciliares, com duração de aproximadamente 53 minutos.

Para esse projeto, foram utilizadas as seguintes questões da pesquisa: dados sócio-demográficos (idade, sexo, etnia, escolaridade e renda mensal do domicílio), indicadores de uso de álcool (uso de álcool, beber em binge, abuso/dependência), tratamento (geral e religioso) e indicadores de religiosidade (frequência, importância e filiação religiosa). Compreende-se beber em binge o número de vezes que a pessoa bebeu (homem - cinco ou mais doses e mulher - quatro ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião (BREWER; SWAHN, 2003). Os indicadores de religiosidade foram descritos por frequência (uma vez por semana ou mais, uma ou duas vezes por mês, algumas

vezes por ano, raramente, nunca), importância da religião (muito importante, um pouco importante, indiferente, não é realmente importante, não é nem um pouco importante) e filiação religiosa (católico, protestante, espíritas, outros).

No Apêndice B, apresentam-se as questões utilizadas na presente pesquisa, e, no Anexo B, o questionário completo utilizado no I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira.

5.4 Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas em duas etapas descritas a seguir:

- Etapa 1: Análise descritiva das variáveis em estudo quais sejam: variáveis de religiosidade, variáveis sócio-demográficas, indicadores relacionados ao uso de álcool (abstêmio, beber em binge, abuso/dependência, busca de tratamento geral, busca de tratamento religioso).
- Etapa 2: Análise multivariada: modelos de regressão logística binomial, relacionando os indicadores de religiosidade, como variáveis independentes, e os indicadores relacionados ao uso de álcool, como variáveis dependentes, controladas pelas variáveis sócio-demográficas.

As análises foram feitas com o Módulo *Complex Samples do Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 13.0 (STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES INCORPORATION, 2004), de forma que os modelos levaram em conta os efeitos de estratos e conglomerados nas estimativas de variabilidade. Os resultados descritivos são apresentados seguidos do respectivo desvio padrão entre parênteses. Os coeficientes dos modelos logísticos são apresentados como Razão de Chances (OR), com intervalo de confiança de 95%.

5.5 Fatores éticos

Para a realização deste trabalho foram utilizados os dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas e pela

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no período de novembro de 2005 a abril de 2006. A pesquisadora não teve acesso aos sujeitos da pesquisa nem a dados que permitam a identificação dos mesmos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIFESP (ANEXO A).
Apresentamos, no Apêndice A, o termo de consentimento utilizado.

5.6 Variáveis

As informações sócio-demográficas utilizadas nos modelos (idade, sexo, etnia, escolaridade e renda mensal do domicílio) foram obtidas por perguntas diretas. Idade e Renda foram agrupadas em faixas. A variável Idade foi agrupada da seguinte forma:

- 14 a 17 anos;
- 18 a 24 anos;
- 25 a 34 anos;
- 35 a 44 anos;
- 45 a 59 anos;
- 60 a mais anos.

A variável Renda familiar foi agrupada em:

- até R\$450,00;
- de R\$451,00 a R\$750,00;
- de R\$751,00 a R\$1.200,00;
- de R\$1.201,00 a R\$2.500,00;
- mais de R\$2.501,00;
- não sabe ou recusa.

A parte principal da nossa pesquisa compreende o estudo da associação entre indicadores de uso de álcool e de religiosidade, que são descritos a seguir:

- Uso de bebidas alcoólicas – Foram consideradas uso de bebida alcoólica as respostas equivalentes a uma vez por ano ou mais dadas à pergunta “Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica

(incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas, “ice” ou qualquer outra bebida)?” Possíveis respostas variaram de “3 ou mais vezes por dia” a “Nunca”.

- Consumo em Binge – O consumo em binge se refere ao consumo excessivo de álcool em um curto espaço de tempo, estando relacionado a diversos comportamentos de risco, acarretando problemas como acidentes e violência (BREWER; SWAHN, 2003). Foi considerado como “binge” o fato de homens beberem 5 ou mais doses e mulheres beberem 4 ou mais em uma única ocasião no último ano. A pergunta utilizada para se checar o consumo em binge foi a seguinte: “Qual é o maior número de doses que você se lembra de ter bebido em uma ocasião, ou seja, durante cerca de duas horas?”
- Abuso ou Dependência – foram utilizados os critérios do Código Internacional de Doenças -10 (CID-10). Uso nocivo caracteriza-se por um padrão de uso de bebidas alcoólicas que causa dano real à saúde, seja físico, por exemplo, hepatite, ou mental, por exemplo, episódios depressivos secundários ao uso de álcool, e que frequentemente é criticado por outras pessoas. Essa definição é utilizada quando o indivíduo não preenche os critérios de dependência. Dependência de álcool é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de bebidas alcoólicas alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros componentes antes considerados de maior valor. As características principais da síndrome são: desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, dificuldades para controlar tal consumo, desenvolvimento de tolerância, estado de abstinência fisiológico, abandono de atividades prazerosas em favor do uso de álcool e persistência do uso, apesar de evidências claras de consequências nocivas.
- Frequência a serviços religiosos – Faz parte da dimensão organizacional da religiosidade e foi obtida através da questão “Com que frequência vai a serviços religiosos?”, que teve como possíveis respostas: uma vez por semana ou mais, uma ou duas vezes por mês, algumas vezes por mês, algumas vezes por ano, raramente e nunca.

- Importância da religião – Faz parte da dimensão subjetiva da religiosidade e foi obtida através da questão “O quanto é importante a religião na sua vida?”, que teve como possíveis respostas: Muito importante, um pouco importante, indiferente, não é realmente importante e não é nem um pouco importante. Os dois últimos níveis foram agrupados em um novo nível chamado “Não Importante”, devido à amostra muito pequena nesses níveis.
- Filiação Religiosa – Obtida através da questão “Agora eu vou ler uma lista com diversas religiões e gostaria que o (a) senhor (a) me avisasse quando eu falar o nome da sua religião.” As possíveis opções foram Umbandista, Candomblé, Espírita Kardecista, Evangélico pentecostal, Evangélicos outros, Protestante, Católico carismático, Católico das comunidades eclesiais de base, Católico tradicional, Outra e Nenhuma religião. Devido à amostra pequena em algumas dessas categorias, dois agrupamentos foram feitos: Umbandistas + Candomblé + Outras e Católico Tradicional + Católico das Comunidades de Base então nomeados Católicos.

O presente estudo investigou três das dimensões de religiosidade mais frequentemente utilizadas em estudos internacionais (Filiação religiosa, Frequência religiosa e Religiosidade subjetiva) (KOENIG; LARSON, 2001). As três variáveis de consumo são binárias e foram usadas como variáveis dependentes em três diferentes modelos de regressão logística, que tiveram como variáveis independentes as três dimensões de religiosidades e como controle as informações demográficas citadas no primeiro parágrafo desta seção.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados separadamente para cada um dos três modelos.

6.1 Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, consumo em binge e abuso ou dependência.

6.1.1 *Uso de bebidas alcoólicas*

O uso ou consumo de bebidas alcoólicas no Brasil é visivelmente associado com as dimensões religiosas, como se pode ver na Tabela 1. A proporção dos que consumiram bebidas alcoólicas cai de dois terços entre os que não dão importância à religião para menos da metade entre os que a classificam como muito importante. Cai de dois terços para cerca de um terço, quando comparamos quem nunca frequenta serviços religiosos com os que frequentam uma vez por semana ou mais. O consumo de bebidas alcoólicas é variado entre as diferentes afiliações religiosas; enquanto dois de cada dez Evangélicos Pentecostais consomem, observamos sete de cada dez consumindo entre os sem religião. Religiões como o Espiritismo e o Catolicismo apresentaram as maiores prevalências de consumo dentre as religiões.

6.1.2 *Consumo em binge*

A segunda variável analisada foi o consumo em binge. Da mesma forma que para o consumo de bebidas alcoólicas, a amostra aqui foi dividida em dois grupos – aqueles que relataram consumo em binge no último ano e os demais. A análise descritiva inicial mostra que o consumo em binge, assim como o consumo de bebidas alcoólicas, é altamente associado com as três dimensões de religiosidade. A prevalência do consumo em binge cai da metade para um quarto quando

passamos dos que não dão importância alguma à religião para os que a acham muito importante. O mesmo padrão se observa quando comparamos quem não frequenta serviços religiosos com os que frequentam pelo menos uma vez por semana. Enquanto metade dos que não tem religião consome em binge, a proporção cai para pouco mais de 10% entre os evangélicos. Como ambos, consumo e consumo em binge, na Tabela 1, são percentuais relativos à população geral; dividindo o segundo pelo primeiro temos a proporção dos que consomem e daqueles que consomem em binge. Fazendo isso, observamos que a ausência da religião (não dar importância, não frequentar ou não ter religião) apresenta uma proporção maior dos consumidores de bebidas alcoólicas em binge. Entre os que não possuem religião, por exemplo, cerca de 70% dos bebedores consomem em binge, enquanto que, entre os evangélicos, essa proporção é em torno de 50%.

6.1.3 Abuso ou Dependência

Na Tabela 1, vemos que as associações com as dimensões religiosas vistas anteriormente se repetem, mas aqui as dimensões religiosas parecem ter um efeito maior, pelo menos quando se estuda a associação bivariada. Cerca de uma em cada 10 pessoas que consideram a religião muito importante apresenta abuso ou dependência; relação que cai para em torno de uma em cada três, quando consideramos aquelas que não dão importância à religião. Uma em cada seis pessoas que não frequentam serviços religiosos apresenta abuso ou dependência contra apenas cerca de uma a cada 20 dentre os que vão pelo menos uma vez por semana. Cerca de 5% dos Evangélicos abusam ou dependem do álcool contra mais de 30% entre os que não têm religião. Quando falamos de consumo ou consumo em binge, tanto Católicos Carismáticos quanto Espíritas Kardecistas consomem menos do que os sem afiliação religiosa, mas com uma diferença modesta. No entanto, quando falamos de abuso e dependência, a diferença é realmente grande olhando a análise bivariada da Tabela 1.

Tabela 1 – Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, consumo em binge e abuso ou dependência entre os demográficos e dimensões de religiosidades.

Variáveis	Uso de álcool % (DP)	Bebe em Binge % (DP)	Abuso ou Dependência % (DP)	Total %
Importância da Religião				
Muito Importante	47.0 (1.5)	24.6 (1.3)	9.3 (0.9)	83,0
Um pouco importante	61.9 (2.9)	39.6 (3.2)	14.8 (2.3)	11,0
Indiferente	71.6 (4.5)	53.2 (5.1)	23.0 (5.0)	4,0
Não Importante	74.0 (5.5)	51.1 (6.5)	30.7 (8.1)	2,0
Frequência de Serviços Religiosos				
Uma vez por semana ou mais	36.8 (1.9)	16.3 (1.5)	4.7 (0.8)	37,0
Uma ou duas vezes ao mês	52.6 (2.7)	27.3 (2.4)	12.0 (2.1)	18,0
Algumas vezes por ano	55.1 (3.3)	31.1 (3.3)	13.3 (2.4)	14,0
Raramente	61.8 (2.8)	41.8 (2.8)	16.9 (2.3)	18,0
Nunca	64.4 (3.2)	40.3 (3.6)	17.3 (2.7)	12,0
Religião				
Outra + Umbanda + Candomblé	49.1 (7.0)	19.7 (5.0)	5.0 (2.9)	1,5
Espírita kardecista	66.2 (9.3)	35.9 (10.5)	12.0 (6.5)	2,3
Evangélico Pentecostal	19.9 (3.1)	10.9 (2.3)	4.1 (1.7)	7,8
Evangélico outros	26.9 (2.6)	12.7 (2.1)	5.4 (1.4)	13,6
Protestante	35.7 (9.5)	19.0 (7.3)	6.7 (4.3)	2,0
Católico Carismático	63.6 (5.2)	34.9 (6.9)	11.9 (2.1)	4,9
Nenhuma/Não tem religião	71.1 (3.8)	49.3 (4.3)	30.6 (4.9)	5,5
Católico Tradicional + Base	56.2 (1.5)	31.4 (1.6)	11.6 (1.2)	62,4
Sexo				
Masculino	61.6 (1.8)	39.1 (1.9)	18.0 (1.6)	47,9
Feminino	39.8 (1.6)	17.9 (1.2)	4.6 (0.7)	52,1
Idade				
14 a 17 anos	33.8 (2.4)	16.6 (1.6)	8.1 (1.3)	–
18 a 24 anos	62.3 (3.2)	40.7 (3.1)	19.0 (2.9)	19,7
25 a 34 anos	58.0 (2.3)	37.9 (2.3)	12.4 (1.5)	23,5
35 a 44 anos	55.7 (2.9)	30.6 (2.5)	10.8 (1.7)	20,8
45 a 59 anos	46.5 (2.8)	20.8 (2.2)	8.7 (1.7)	21,5
60 ou mais anos	32.3 (2.9)	11.4 (2.3)	3.9 (1.1)	14,5
Etnia				
Preta	49.7 (3.3)	29.8 (3.1)	12.5 (2.1)	11,3
Parda	48.7 (1.9)	28.3 (1.9)	13.7 (1.5)	35,2
Outras	61.2 (5.4)	33.8 (6.6)	13.9 (4.6)	3,0
Branca	50.9 (1.8)	27.2 (1.8)	8.7 (1.1)	50,5
Educação				
Superior	66.1 (4.2)	29.2 (4.5)	6.9 (2.5)	10,5
Colégio	58.4 (2.0)	34.6 (2.2)	11.5 (1.6)	28,5
Ginásio	51.8 (2.2)	30.3 (1.8)	14.9 (1.6)	24,5
Primário	38.0 (2.0)	20.6 (1.9)	8.5 (1.1)	36,8
Renda Familiar				
Até R\$450,00	41.3 (2.0)	24.5 (1.7)	10.8 (1.1)	35,3
R\$451,00 a R\$750,00	50.0 (2.5)	26.5 (2.2)	11.9 (2.1)	19,6
R\$751,00 a R\$1.200,00	57.0 (3.1)	31.2 (2.6)	10.1 (1.6)	19,0
R\$1.201,00 a R\$2.500,00	65.8 (3.2)	38.2 (3.7)	16.3 (3.0)	13,7
Mais de R\$2.500,00	67.6 (5.1)	37.4 (5.1)	6.0 (2.5)	6,0
Não Sabe/Recusa	38.6 (3.7)	17.6 (2.8)	6.6 (1.8)	6,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: DP= desvio padrão

6.2 Regressão logística

Foi ajustado um modelo de regressão logística comparando usuários com não usuários de bebidas alcoólicas e, ao mesmo tempo, controlando pelas principais características demográficas. Os coeficientes do modelo, em Razão de Chance (OR), são mostrados na primeira coluna da Tabela 2.

6.2.1 *Uso de bebidas Alcoólicas*

Apenas a Importância dada à Religião deixa de ser relevante quando controlada pelas outras variáveis, ao passo que a Frequência a serviços religiosos e a Filiação religiosa continuam fortemente associadas com o consumo de bebidas alcoólicas. Observamos que a variável Etnia também não foi significativa (TABELA 2).

A Tabela 2 permite explorar as relações existentes entre as variáveis e o consumo de bebidas alcoólicas. Nunca frequentar serviços religiosos faz com que as chances de consumo de bebidas alcoólicas sejam duas vezes maior, comparado com aqueles que frequentam uma vez por semana ou mais. A própria filiação religiosa tem efeitos interessantes. Evangélicos Pentecostais, outros Evangélicos e Protestantes apresentaram chances significativamente menores de consumo.

6.2.2 *Consumo em binge*

Essa foi a variável dependente do modelo de regressão logística apresentado na Tabela 2.

No modelo de regressão logística, além da Importância da Religião e da Etnia, a Educação também não se mostrou significativa, uma vez que as demais variáveis estão no modelo. A exemplo do que vimos com o consumo de bebidas alcoólicas, nunca frequentar serviços religiosos aumenta em duas vezes a chance

de consumo em binge. Comparando com Católicos, as chances do consumo em binge diminuem entre Evangélicos Pentecostais e outros Evangélicos.

6.2.3 Abuso ou Dependência

O Abuso ou Dependência foi também analisado com modelo de regressão logística: os indivíduos classificados nesta categoria foram comparados com o restante da amostra.

Quando analisamos prevalência de consumo ou consumo em binge, tanto Católicos Carismáticos quanto Espíritas Kardecistas consomem menos do que os sem afiliação religiosa, mas com uma diferença modesta. Porém, quando analisamos abuso e dependência, a diferença é realmente grande, olhando a análise bivariada da Tabela 1.

O modelo de regressão logística ajustado a abuso e dependência confirma esse fato. Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre as diferentes filiações religiosas. No entanto, entre os que não têm religião, há um aumento de mais de duas vezes de dependência e abuso em relação aos Católicos. Uma hipótese seria que algumas religiões não têm muita influência no consumo do dia a dia, mas todas elas protegem contra o consumo realmente problemático, indicado aqui pelo abuso ou dependência.

Nos resultados da regressão logística, ainda vemos que Renda Familiar, Educação e Importância da Religião não foram significativamente importantes para explicar abuso ou dependência, uma vez que as demais variáveis estão no modelo.

Tabela 2 – Razão de chance na regressão logística de variáveis demográficas e religiosas em relação às variáveis de uso de álcool

Variáveis	n*	(%)*	Bebe bebida alcoólica pelo menos uma vez por ano OR (IC 95%)	Bebe em Binge OR (IC 95%)	Abuso ou Dependência OR (IC 95%)
Sexo Ref.=Fem. Masc.	1285	47,9	2.3 [1.9 - 2.9]	2.7 [2.1 - 3.4]	4.1 [2.8 - 6.1]
Idade Ref.=14 a 17 anos					
18 a 24	368	17,7	3.2 [2.1 - 4.8]	3.6 [2.6 - 5.1]	3.5 [2.0 - 6.0]
25 a 34	588	21	3.0 [2.2 - 4.1]	3.5 [2.5 - 4.8]	2.1 [1.2 - 3.4]
35 a 44	488	18,7	2.9 [2.0 - 4.3]	2.6 [1.8 - 3.7]	1.8 [1.1 - 3.0]
45 a 59	501	19,2	2.3 [1.6 - 3.3]	1.6 [1.0 - 2.3]	1.5 [0.8 - 2.7]
60 ou mais	401	13	1.4 [0.9 - 2.2]	0.8 [0.5 - 1.4]	0.7 [0.3 - 1.4]
Etnia Ref. = Branca					
Preta	326	11,3	1.3 [0.9 - 1.8]	1.3 [0.9 - 1.9]	1.5 [0.9 - 2.5]
Parda	1132	35,2	1.0 [0.8 - 1.3]	1.1 [0.8 - 1.4]	1.7 [1.2 - 2.3]
Outras	83	3	1.6 [0.9 - 3.1]	1.2 [0.6 - 2.7]	1.6 [0.6 - 3.9]
Educação Ref.=Primário					
Superior	168	9,4	2.1 [1.3 - 3.4]	0.8 [0.4 - 1.4]	0.6 [0.2 - 1.3]
Colégio	950	28,1	1.9 [1.5 - 2.5]	1.3 [0.9 - 1.8]	0.9 [0.6 - 1.4]
Ginásio	872	28,5	1.8 [1.4 - 2.4]	1.3 [0.9 - 1.8]	1.4 [1.0 - 2.0]
Renda Familiar Ref.=Não Sabe/Recusa					
Até R\$450,00	1235	36	1.0 [0.7 - 1.5]	1.2 [0.8 - 1.9]	1.3 [0.7 - 2.4]
R\$451,00 a R\$750,00	584	19,4	1.4 [0.9 - 2.2]	1.3 [0.8 - 2.2]	1.4 [0.7 - 2.9]
R\$751,00 a R\$1200,00	483	18,2	1.8 [1.1 - 2.9]	1.6 [0.9 - 2.6]	1.1 [0.5 - 2.3]
R\$1201,00 a R\$2500,00	303	12,9	2.2 [1.3 - 3.7]	2.2 [1.2 - 3.9]	2.2 [1.1 - 4.8]
Mais de R\$2500,00	120	5,6	2.1 [1.1 - 4.1]	2.3 [1.1 - 4.8]	0.8 [0.2 - 2.6]
Freq. Serv. Religioso Ref.=1 vez/sem.					
Uma ou duas vezes ao mês	563	18,2	1.5 [1.2 - 2.0]	1.5 [1.0 - 2.2]	2.4 [1.4 - 4.1]
Algumas vezes por ano	411	13,9	1.4 [1.0 - 1.9]	1.5 [1.0 - 2.2]	2.0 [1.1 - 3.4]
Raramente	539	18,5	1.7 [1.2 - 2.3]	2.1 [1.5 - 3.0]	2.4 [1.5 - 4.0]
Nunca	389	12,4	2.1 [1.4 - 3.1]	2.0 [1.2 - 3.3]	1.8 [1.0 - 3.2]
Imp. Religião Ref.=Muito Importante					
Um pouco importante	319	10,6	1.2 [0.9 - 1.7]	1.4 [1.0 - 1.9]	1.1 [0.7 - 1.8]
Indiferente	117	4,4	1.0 [0.6 - 1.7]	1.3 [0.7 - 2.2]	1.0 [0.5 - 1.9]
Não Importante	77	2,3	1.5 [0.8 - 3.0]	1.7 [0.9 - 3.1]	1.8 [0.8 - 4.1]
Religião Ref.=Católico					
Outra + Umbanda + Candomblé	57	1,7	0.8 [0.4 - 1.5]	0.7 [0.3 - 1.4]	0.7 [0.2 - 2.8]
Espírita kardecista	50	2,3	1.0 [0.5 - 2.1]	1.1 [0.5 - 2.7]	1.5 [0.4 - 5.3]
Evangélicos Pentecostais	228	7,8	0.2 [0.1 - 0.3]	0.4 [0.2 - 0.6]	0.6 [0.2 - 1.3]
Evangélico outros	431	13,6	0.3 [0.2 - 0.5]	0.4 [0.3 - 0.6]	0.6 [0.3 - 1.1]
Protestante	43	2	0.3 [0.1 - 0.7]	0.5 [0.2 - 1.2]	0.7 [0.2 - 3.2]
Católico Carismático	145	4,9	1.5 [0.9 - 2.5]	1.3 [0.7 - 2.3]	1.1 [0.7 - 1.9]
Nenhuma/Não tem religião	174	5,5	1.1 [0.7 - 1.8]	1.1 [0.7 - 1.8]	2.4 [1.4 - 4.3]
Variância					
Explicada (%)	Sociodemográficos		16.6	17.1	16.3
Nagelkerke R ²	Sociodemográficos + variáveis de Religiosidade		27.1	24.4	21.4

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: *n = tamanho da amostra realizada, isto é, sem ponderação. A amostra total soma 3007 incluindo-se a categoria de referência; (%) = distribuição dos dados com ponderação. Os percentuais somam 100% com a categoria de referência.

OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança; Ref. = referência;
fem. = feminino; masc. = masculino; Freq. = frequência;
Serv. = serviço; Imp. = importância.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a relação entre variáveis de religiosidade e o consumo de álcool em uma amostra probabilística da população brasileira, e pode ser o primeiro desse tipo em países da América Latina.

Os modelos mostraram uma robusta associação entre a frequência e filiação religiosa e o uso de álcool. Os resultados evidenciam também uma grande religiosidade na população brasileira: 83% consideraram a religião muito importante em suas vidas, 37,2% participam de encontros religiosos uma vez ou mais por semana e, apenas, 5,5% se identificaram como sem religião. Esses dados apontam para uma religiosidade maior que a da população norte-americana em 2006, quando 57% consideraram a religião muito importante e 31% eram frequentadores de atividades religiosas no mínimo uma vez por semana (GALLUP ORGANIZATION, 2007). Em 2007, o *U.S. National Alcohol Survey* mostrou que 59% dos americanos afirmaram ser a religião muito importante em suas vidas (MICHALAK; TROCKI; BOND, 2007). Poucos são os estudos sobre religiosidade em amostras nacionalmente representativas em outros países. No entanto, uma pesquisa em países europeus apontou para dados muito inferiores aos brasileiros, evidenciando uma menor importância dada à religião. Quanto à importância da religião na vida, pesquisas realizadas pelo European Values Study Group e World Values Survey Association (2006), em 32 países europeus, demonstraram média global de 20,9% que consideram a religião muito importante. Já quanto à frequência aos serviços religiosos, foi encontrada uma média europeia de apenas 31,6% que frequentam mais de uma vez ao mês.

Na presente pesquisa, os Católicos representam a maioria absoluta (62,4%) da população brasileira. Dessa forma, optamos por tomar esse grupo como referência.

Foram identificados padrões de uso de álcool no Brasil, mostrando que 50,3% da população são abstêmios (nunca beberam ou não beberam no último ano), um percentual maior que entre americanos que totalizaram 38,9% em pesquisa realizada em 2006 (MICHALAK; TROCKI; BOND, 2007).

A prevalência de dependência encontrada foi de 11%, muito próxima da encontrada em 2005, em cidades brasileiras com população superior a 200.000 habitantes, com taxas de dependência de 12,3% (CARLINI et al., 2007).

Este primeiro estudo com amostra representativa da população brasileira a identificar o comportamento de beber em binge demonstrou que 28,1% beberam pesado pelo menos uma vez no último ano. E ainda, entre os brasileiros que bebem, mais de 50% beberam em binge pelo menos uma vez no último ano. Uma revisão da literatura sobre a epidemiologia do beber pesado no Brasil mostrou que os estudos nacionais sobre este padrão de consumo de álcool, até então, eram discretos e com critérios e amostras muito variadas, dificultando comparações com outros estudos internacionais e enfatizando a necessidade de ampliação de conhecimentos sobre esse padrão de uso de álcool na população brasileira (SILVEIRA et al., 2008).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa nacional da população adulta, entre 1993 e 2001, indicou que entre os que bebem 26% bebem em binge (NAIMI et al., 2003).

A associação de padrões de uso de álcool e religiosidade foi avaliada anteriormente em amostras nacionais por Cisin e Calahan (1968) e por Calahan e Room (1972). Os resultados indicam respectivamente que mais abstêmios que usuários de álcool participam de atividades religiosas e têm frequência aos cultos, e, ainda, ser Protestante conservador indica menos problemas com álcool. Em 1987, pesquisa nacional sobre álcool com 1189 adultos israelenses indicou que religiosos bebem menos que ateus em eventos sociais (BAR; ELDAR; WEISS, 1989).

Os resultados da presente pesquisa mostraram que a importância da religião na vida das pessoas não foi significativa quando controlada pelas variáveis sociodemográficas e pelas variáveis frequência e filiação religiosa (TABELA 2). Isso talvez possa ser associado ao fato de que a importância da religião esteja ligada à frequência com que o indivíduo vai aos serviços religiosos.

Os modelos de regressões logísticas evidenciaram que no Brasil não frequentar serviços religiosos implica chance em torno de duas vezes maior de consumo de bebida alcoólica, beber em binge e abuso ou dependência de álcool em relação àqueles que frequentam uma vez por semana.

Um estudo epidemiológico, com amostra nacionalmente representativa de jovens estudantes (12.797), em sete países da América Latina, evidenciou que altos níveis de devoção religiosa propiciaram menor chance de exposição ao álcool e início do uso deste. Também demonstrou que o uso recente de álcool foi menor em jovens com maior nível de devoção religiosa (CHEN et al., 2004).

Não ter religião também está fortemente associado a abuso e dependência de álcool com chance 2,4 vezes maior em relação àqueles que professam o

Catolicismo. Associação semelhante foi encontrada em um estudo norte americano em 2003 que, a partir de uma amostra de 2.616 adultos gêmeos, investigou a relação de dimensões de religiosidade com transtornos psiquiátricos e uso de drogas. Os resultados sugeriram que a religiosidade geral, a religiosidade social e o envolvimento com Deus foram inversamente associados à dependência de álcool (KENDLER et al., 2003).

No tocante à filiação religiosa, Evangélicos Pentecostais e outros Evangélicos apresentaram menor chance de uso de álcool e de beber em binge em relação aos Católicos tradicionais. Também os Protestantes demonstraram menor chance de consumo de álcool na vida.

O *U.S. National Alcohol Survey*, publicado em 2007, avaliou religiosidade e o uso de álcool. As dimensões de religiosidade avaliadas foram filiação religiosa, religiosidade subjetiva (“Quão importante é a religião em sua vida?”) e caráter proscritivo em relação ao uso de álcool (“Sua religião desencoraja comportamentos de uso de álcool?”) (MICHALAK; TROCKI; BOND, 2007). Com amostra de 7.370 indivíduos maiores de 17 anos, essa pesquisa avaliou a relação do envolvimento religioso com comportamentos ligados ao álcool (abstêmios no último ano), beber moderadamente e beber pesado. O caráter proscritivo e a religiosidade apresentaram forte associação inversa com beber e beber pesado. As filiações religiosas apresentaram diferentes associações com uso de álcool. Os Católicos evidenciaram menores níveis de abstinência e maiores de beber pesado em relação aos sem religião.

O presente estudo evidencia então a grande religiosidade da população brasileira em termos de filiação religiosa, religiosidade subjetiva e frequência a cultos e reuniões religiosas. Os resultados demonstram haver uma forte e consistente associação inversa entre filiação religiosa e frequência religiosa e uso de álcool. No entanto, não foi encontrada relação entre variáveis de religiosidade e busca de tratamento para dependência de álcool. A hipótese de que tratamento religioso possa comprometer a busca de tratamento na área de saúde mental foi testada e refutada pelo estudo de Wang e outros (2004). Estudo qualitativo realizado em São Paulo avaliou 85 ex-usuários de drogas que haviam utilizado recursos religiosos não-médicos (oração, conscientização da vida após a morte, fé como promotora de qualidade de vida) oferecidos em instituições religiosas para tratar a dependência de drogas e estavam abstinentes há pelo menos seis meses. Os grupos religiosos analisados foram Católicos, Evangélicos e Espíritas. Os Evangélicos foram os que

mais utilizaram a religião como forma exclusiva de tratamento, apresentando menor aceitação aos tratamentos convencionais. Os Espíritas foram os que buscaram mais apoio terapêutico à dependência de álcool simultaneamente ao tratamento convencional. Os Católicos utilizaram mais a terapêutica religiosa exclusiva, porém relataram menos resistência a um possível tratamento médico (SANCHEZ; NAPPO, 2008). Na presente pesquisa, devido ao pequeno número de indivíduos que procuraram tratamento religioso (n=6), não foi possível realizar nenhum teste estatístico. Apenas 2,5% da população geral buscaram tratamento para abuso e dependência e, na população com problemas atuais de abuso e dependência, esta taxa foi de 11,3%.

Explicações para os mecanismos de associação de religiosidade e uso de álcool ainda é um vasto campo de pesquisa a ser desenvolvido, entretanto alguns autores sugerem que a instituição de valores morais, o caráter proibitivo de determinados padrões sociais e até o desenvolvimento de um estado de bem-estar no indivíduo estejam envolvidos nestes mecanismos (KOENIG; LARSON, 2001; KOENIG, 2007). Outros fatores como a ideia secular do pecado, mais marcante em algumas filiações religiosas, e ainda a rede de suporte social na qual estão apoiadas outras tantas agremiações religiosas, têm papel de destaque como protetores do uso e abuso de álcool (DALGALARRONDO, 2008). Na avaliação dos possíveis mecanismos da relação entre Religiosidade e Saúde, o suporte social parece destacar-se, visto que vários grupos religiosos imprimem um forte sentimento de coesão, um senso de pertencer ao grupo. Dalgalarrondo (2008) ainda aponta para a possibilidade de que indivíduos com maior envolvimento com álcool se distanciem das religiões por não se sentirem aceitos ou capazes de atender às exigências da vida religiosa. O sentimento de culpa pelo uso ou dependência de álcool pode estar relacionado a este mecanismo, afastando alguns indivíduos dos serviços religiosos (KOENIG et al., 1994). A religiosidade também se apresenta com importante papel na construção da personalidade do indivíduo e na estruturação familiar, sendo ambos os fatores considerados protetores de uso de drogas. Além disso, a espiritualidade associada à religiosidade é apontada por alguns estudos como fator de manutenção de bem-estar e autopreservação, estabelecendo para o indivíduo perspectivas de futuro (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004). Novos estudos serão necessários para entendimento da causalidade da associação entre uso de álcool e religiosidade.

Os achados deste estudo poderão contribuir para os inúmeros esforços de pesquisa e ações de saúde pública para estabelecer padrões de controle, terapia e prevenção do uso do álcool. O Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool propõe encontrar estratégias de difusão de conhecimento e mobilização comunitária atendendo ao significado cultural do álcool ao longo da história (LARANJEIRA; ROMANO, 2004). É possível que ações que esclareçam e mobilizem grupos organizados, dentre eles também os grupos religiosos, possam agregar esforços a tantas outras estratégias de controle e prevenção do uso e abuso do álcool. Nesse sentido, já surgem iniciativas como a da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com a UNIFESP, realizando o curso “Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos afins – Fé na prevenção” (BRASIL, 2009).

Este estudo apresenta limitações pelo fato de não ter sido planejado para investigar especificamente religiosidade. Destaca-se ainda que a análise individual referente às filiações religiosas requer cuidados em virtude da amostra reduzida de algumas delas.

Conquanto a religiosidade apresente-se como importante fator psicossocial na população brasileira e seja demonstrada como fator de proteção ao uso do álcool, ela poderá contribuir para a compreensão da complexa “realidade” do uso, abuso e dependência do álcool, bem como de suas conseqüências e modos de prevenção e tratamento.

Os estudos nacionais dos Estados Unidos da América e Brasil provêm de países cristãos do continente americano, de colonização europeia e com população altamente religiosa. Seria importante a realização de pesquisas em países de contextos não cristãos e/ou mais secularizados, como na Europa, Ásia e África para a verificação se esses achados se mantêm consistentes em realidades socioculturais mais diversas. Novos estudos também serão necessários para a melhor compreensão dos mecanismos de influência da religiosidade como fator protetor no uso do álcool, bem como um maior entendimento das possíveis contribuições da religiosidade na solução desse grave problema de saúde pública.

8 CONCLUSÃO

Atendendo aos objetivos deste trabalho, os modelos mostraram:

- Filiação religiosa e frequência a serviços religiosos têm associação significativa com o uso de bebidas alcoólicas, uso em binge e abuso/dependência.
- A importância dada à religião não mostrou associação quando outras variáveis estão controladas no modelo.
- Na avaliação do padrão de uso de álcool entre as filiações religiosas, os Evangélicos e Protestantes se apresentam com menor chance de consumo de álcool em relação aos Católicos. Não pertencer a nenhuma religião se associa a maior chance de dependência ou abuso em relação aos Católicos.
- Não foi encontrada relação entre variáveis de religiosidade e busca de tratamento para dependência de álcool.

Os estudos demonstram que o álcool é um problema de saúde pública no Brasil e necessita de intervenções vigorosas por parte da sociedade e dos diferentes níveis de governo. Para tanto, faz-se necessário o conhecimento das variáveis de interferência no uso de álcool para o estabelecimento de ações efetivas. Atenta-se para o fato de o estudo proposto ser inédito na avaliação e compreensão das dimensões de religiosidade e sua relação com uso do álcool numa amostra representativa da população brasileira, fornecendo subsídios importantes de novas e mais eficazes abordagens preventivas e terapêuticas para o uso de álcool. O conhecimento epidemiológico gerado nesta pesquisa será compartilhado através de comunicações em eventos de divulgação científica, nacionais e internacionais, além da publicação de dados em revistas indexadas de alto impacto.

REFERÊNCIAS

AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; KESTER, A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v.57, n.1, p.30-39, January 2004.

ALMEIDA, A.M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas: perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. 2004. 266f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BABOR, T. et al. Alcohol: no ordinary commodity. **The global burden of alcohol consumption**. Oxford: Oxford University Press. 2003.

BAR, H.; ELDAR, P.; WEISS, S. Alcohol drinking habits and attitudes of the adult Jewish population in Israel 1987. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v.23, n.3, p.237-245, June 1989.

BARROS, M.B.A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.502-509, agosto 2007.

BASTOS, I.F.; BERTONI, N.; HACKER, M.A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, p.109-117, jun. 2008. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/tabsintese.shtm>>. Acesso em: 16 abril 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio – FUNAI. **O índio Hoje**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/indios/conteúdo.htm#HOJE>>. Acesso em: 16 abril 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). **Prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins: Fé na prevenção**. 2009. Disponível em: <<http://www.fenaprevencao.org.br/senad/index.php?t=public&p=index>>. Acesso em: 16 abril 2009.

BREWER, R.D.; SWAHN, M.H. Binge drinking and violence. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.5, n.3, p.616-619, August 2003.

CALAHAN, D.; ROOM, R. Problem drinking among American men aged 21-59. **American Journal of Public Health**, Washington, v.62, n.11, p.1473-1482, November 1972.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2002.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v.1. 472p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Alcohol use among adolescents and adults: New Hampshire, 1991-2003. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v.53, n.8, p.174-175, March 2004.

CHEN, C. et al. Religiosity and the Earliest Stages of Adolescent Drug Involvement in Seven Countries of Latin America. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v.159, n.12, p.1180-1188, 2004.

CISIN, I.H.; CALAHAN, D. Comparison of abstainers and heavy drinkers in a national survey. **Psychiatric Research Reports**, Arlington, v.24, p.10-21, March 1968.

DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C.E.M.; BOTEGA, N.J. Increased frequency of schizophrenia among Brazilian Protestant inpatients. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.53, n.3, p.143-152, maio/junho 2004.

DALGALARRONDO, P. et al. Religion and drug use by adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.2, p.82-90, June 2004.

———. Mental health and drug use among catholic, pentecostal and spiritualist youth. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.54, n.3, p.182-190, julho/setembro 2005.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

DALGALARRONDO, P. et al. Religious Affiliation and Psychiatric Morbidity in Brazil: Higher Rates Among Evangelicals and Spiritists. **International Journal of Social Psychiatry**, [S.l.], v.54, n.6, p.562-574, Dec. 2008.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.839-848, outubro 2007.

DUAILIBI, S. et al. Does Restricting Opening Hours Reduce alcohol Related Violence? **American Journal of Public Health**, Washington, v.97, n.12, p.2276-2280, December 2007.

EUROPEAN VALUES STUDY GROUP; WORLD VALUES SURVEY ASSOCIATION. **European And World Values Surveys Four-Wave Integrated Data File, 1981-2004**. 2006. Disponível em: <<http://www.worlvaluessurvey.org>>. Acesso em: 16 abril 2009.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p.446-455, agosto 2003.

GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.6, p.3-6, maio 2004. Suplemento 1.

GALLUP ORGANIZATION. **Religion**. Princeton, 2007. Disponível em: <<http://www.gallup.com/poll/1690/Religion.aspx>>. Acesso em: 16 abril 2009.

GEORGE, L.K.; ELLISON, C.G.; LARSON, D.B. Explaining the relationship between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**, Sioux City, v.13, n.3, p.190-200, 2002.

KENDLER, K.S.; GARDNER, C.O.; PRESCOTT, C.A. Religion, Psychopathology, and Substance Use and Abuse: a Multimeasure, Genetic-Epidemiologic Study. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.154, n.3, p.322-329, March 1997.

KENDLER, K.S. et al. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.160, n.3, p.496-503, March 2003.

KOENIG, H.G. Religion, Spirituality and Medicine: research findings and implications for clinical-practice. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v.97, n.12, p.194-200, December 2004.

———. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, p.5-7, 2007. Suplemento 1.

———. Concerns about Measuring “Spirituality” in Research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Chicago, v.196, n.5, p.349 -355, May 2008.

KOENIG, H.G.et al. Religious Practices and Alcoholism in a Southern Adults Population. **Psychiatric Services**, Arlington, v.45, n.3, p.225-231, March 1994.

KOENIG, H.G.; LARSON, D.B. Religion and Mental Health: evidence for an association. **International Review of Psychiatry**, Baltimore, v.13, n.2, p 67-78, May 2001.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press. 2001. 712p.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M., Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p. 68-77, maio 2004. Suplemento1.

LARANJEIRA, R.; DUALIBI, S.M.; PINSKY, I. Alcohol and violence: psychiatry and public health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.3, p.176-177, setembro 2005.

LARANJEIRA, R. et al. (org.) **I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76p.

LEVIN, J.S.; VANDERPOOL, H.Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. **Social science and Medicine**, Malden, v.24, n.7, p.589-600, 1987.

LEVIN, J.S. Religion and Health: is there an association, is it valid, and is it causal? **Social science and Medicine**, Malden, v.38, n.11, p.1475-1482, June 1994.

MICHALAK, L.; TROCKI, K.; BOND, J. Religion and alcohol in the U.S. National alcohol Survey: How important is religion for abstinence and drinking? **Drug and Alcohol Dependence**, Malden, v.87, n. 2/3, p.268-280, March 2007.

MILLER,W.R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, [S.l.], v.93, n.7, p.979-990,1998.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, p.3-4, 2007. Suplemento 1.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and Mental Health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n.3, v.28, p.242-250, setembro 2006.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, London, v.349, n.9063, p.1436-1442, May 1997.

NAIMI, T.S. et al. Heavy episodic drinking among US adults. **The Journal of American Medical Association**, Malden, v.289, n.1, p.70-75, 2003.

NEGRO, P.J.; PALADINO-NEGRO, P.; LOUZA, M.R. Do religious medium ship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? **Journal of Trauma and Dissociation**, New York, v.3, n.1, p.51-73, 2002.

REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. São Paulo, v.34, 2007. Suplemento 1.

ROCHA, N.S. **Associação entre estado de saúde, espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais e qualidade de vida**. 2002. 162f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. Alcohol: no ordinary commodity – Research and Public Policy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.4, p.280-283, dezembro 2004.

SANCHEZ, Z.V.M.; NAPPO, S.A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p.265-272, abr. 2008.

SANCHEZ, Z.V.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Protective factors from adolescents against drug use emphasizing the role of religiosity. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.43-55, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100005>. Acesso em: 24 maio 2008.

SILVA, L.V.E.R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, p.280-288, 2006.

SILVEIRA, C.M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.35, p.31-38, 2008. Suplemento 1.

SINHA, J.W.; CNAAN, R.A.; GELLES, R.J. Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. **Journal of Adolescence**, [S.l.] , v.30, n.2, p.231-249, April 2007.

STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES INCORPORATION. **SPSS for Windows**. Release 13.0. Chicago: SPSS Inc., 2004.

TAVARES, B.F.; BÉRIA, J.U.; LIMA, M.S. Factors associated with drug use among adolescent student. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.787-796, dez. 2004.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (UNIAD). **Questionário do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. 2008. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/questionario_do_levantamento_nacional.pdf>. Acesso em: 16 abril 2009.

VOLCAN, S.M.A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p.440-445, ago. 2003.

WANG, P.S. et al. Delays in Initial Treatment Contact After first onset of a Mental Disorder. **Health Services Research**, Malden, v.39, n.2, p.393-415, April 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Geneva. **Public Health problems caused by harmful use of alcohol**. Fifty-Eighth World Health Assembly. A58/18. Provisional agenda item 13.14. 7 April 2005. 4p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Geneva. **Strategies to reduce the harmful use of alcohol**. Sixty-first World Health Assembly. A61/13. Provisional agenda item 11.10. 20 March 2008. 6p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – 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

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):

APÊNDICE B – QUESTÕES INVESTIGADAS NA PESQUISA

1) Qual a sua idade? _____.

2) Sexo

[1] masculino [2] feminino [3] não respondeu.

3) A sua cor ou raça:

[1] branca [2] preta [3] parda
[4] amarela [5] indígena [6] recusa

4) Grau de instrução

[1] analfabeto/primário incompleto [4] colegial completo/universidade incompleto
[2] primário completo/ginásio incompleto [5] universidade completo ou mais
[3] ginásio completo/colegial incompleto [6] não sabe/não respondeu

5) Estado civil

[1] solteiro(a) [2] casado(a)/companheiro(a) [3] viúvo(a)
[4] desquitado(a)/divorciado(a) [5] separado(a)

6) Atualmente você está estudando?

[1] sim [2] não

7) 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?

[1] Até R\$300,00 [6] De R\$3.001,00 até R\$6.000,00
[2] De R\$301,00 até R\$600,00 [7] De R\$6.001,00 até R\$9.000,00
[3] De R\$601,00 até R\$900,00 [8] Mais de R\$9.000,00
[4] De R\$901,00 até R\$1.500,00 [9] Não sabe/não respondeu
[5] De R\$1.501,00 até R\$3.000,00

8) Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica (incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida)?

[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 por mês

- [I] Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano
 [J] Menos de uma vez por ano
 [K] Nunca
 Não sei
 Recusa

9) 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?

- [A] 17 ou mais doses em um único dia [F] 3 doses
 [B] 12 a 16 doses em um único dia [G] 2 doses
 [C] 8 a 11 doses em um único dia [H] 1 dose
 [D] 5,6 ou 7 doses Não sei
 [E] 4 doses Recusa

10) 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?

- [A] todos os dias [H] 3 a 6 vezes no último ano
 [B] 5 a 6 vezes por semana [I] 2 vezes no último ano
 [C] 3 a 4 vezes por semana [J] 1 vez no último ano
 [D] 1 a 2 vezes por semana [K] Nunca
 [E] 2 a 3 vezes por mês Não sei
 [F] 1 vez por mês Recusa
 [G] 7 a 11 vezes no último ano

11) Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 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?

- [A] todos os dias [H] 3 a 6 vezes no último ano
 [B] 5 a 6 vezes por semana [I] 2 vezes no último ano
 [C] 3 a 4 vezes por semana [J] 1 vez no último ano
 [D] 1 a 2 vezes por semana [K] Nunca
 [E] 2 a 3 vezes por mês Não sei
 [F] 1 vez por mês Recusa
 [G] 7 a 11 vezes no último ano

12) 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?

- [A] todos os dias [H] 3 a 6 vezes no último ano
 [B] 5 a 6 vezes por semana [I] 2 vezes no último ano
 [C] 3 a 4 vezes por semana [J] 1 vez no último ano

- | | | | |
|-------|----------------------------|-------|---------|
| [D] | 1 a 2 vezes por semana | [K] | Nunca |
| [E] | 2 a 3 vezes por mês | | Não sei |
| [F] | 1 vez por mês | | Recusa |
| [G] | 7 a 11 vezes no último ano | | |

13) 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?

- | | | | |
|-------|----------------------------|-------|---------------------------|
| [A] | todos os dias | [H] | 3 a 6 vezes no último ano |
| [B] | 5 a 6 vezes por semana | [I] | 2 vezes no último ano |
| [C] | 3 a 4 vezes por semana | [J] | 1 vez no último ano |
| [D] | 1 a 2 vezes por semana | [K] | Nunca |
| [E] | 2 a 3 vezes por mês | | Não sei |
| [F] | 1 vez por mês | | Recusa |
| [G] | 7 a 11 vezes no último ano | | |

14) 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?

- | | | | |
|-------|----------------------------|-------|---------------------------|
| [A] | todos os dias | [H] | 3 a 6 vezes no último ano |
| [B] | 5 a 6 vezes por semana | [I] | 2 vezes no último ano |
| [C] | 3 a 4 vezes por semana | [J] | 1 vez no último ano |
| [D] | 1 a 2 vezes por semana | [K] | Nunca |
| [E] | 2 a 3 vezes por mês | | Não sei |
| [F] | 1 vez por mês | | Recusa |
| [G] | 7 a 11 vezes no último ano | | |

15) 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?

- | | | | |
|-------|----------------------------|-------|---------------------------|
| [A] | todos os dias | [H] | 3 a 6 vezes no último ano |
| [B] | 5 a 6 vezes por semana | [I] | 2 vezes no último ano |
| [C] | 3 a 4 vezes por semana | [J] | 1 vez no último ano |
| [D] | 1 a 2 vezes por semana | [K] | Nunca |
| [E] | 2 a 3 vezes por mês | | Não sei |
| [F] | 1 vez por mês | | Recusa |
| [G] | 7 a 11 vezes no último ano | | |

16) Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 1dose 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?

- | | | | |
|-------|------------------------|-------|---------------------------|
| [A] | todos os dias | [H] | 3 a 6 vezes no último ano |
| [B] | 5 a 6 vezes por semana | [I] | 2 vezes no último ano |
| [C] | 3 a 4 vezes por semana | [J] | 1 vez no último ano |

- [D] 1 a 2 vezes por semana [K] Nunca
 [E] 2 a 3 vezes por mês Não sei
 [F] 1 vez por mês Recusa
 [G] 7 a 11 vezes no último ano

17) Qual é o maior número de doses que você se lembra de ter consumido em uma ocasião?

- HOMENS: Foi cinco ou mais? [] Sim [] Não
 – MULHERES: Foi quatro ou mais? [] Sim [] Não

18) 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?

____ número de vezes [] Não sabe/ não lembra [] Não respondeu/recusa

Qual a frequência que isso aconteceu?

- [] Todos os dias [] 5 a 6 vezes por semana [] 3 a 4 vezes por semana
 [] 1 a 2 vezes por semana [] 2 a 3 vezes por mês [] 1 vez por mês
 [] 7 a 11 vezes no último ano [] 3 a 6 vezes no último ano [] 2 vezes no último ano
 [] 1 vez no último ano [] Nunca [] Não sei
 [] Recusa

19) Agora pensando na sua vida toda, houve algum período quando você achou que o seu beber tinha um efeito prejudicial sobre suas amizades, seus objetivos na vida/projeto/perspectiva, sua vida familiar ou casamento sua posição financeira, seu trabalho e oportunidades de emprego, sua saúde?

- [] Sim [] Não [] Não sei [] Recusa

Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

- [] Sim [] Não

20) Isto já aconteceu com você (durante toda vida)? Isto aconteceu nos últimos 12 meses?

- Deixei de fazer diversas refeições regulares enquanto bebia.
 – Frequentemente, a primeira coisa que fiz quando acordei de manhã foi tomar uma dose de bebida alcoólica.
 – Tomei uma dose de bebida alcoólica forte de manhã para superar os efeitos do que bebi na noite passada.
 – Minhas mãos tremeram muito na manhã seguinte após ter bebido.
 – Por vezes, acordei durante a noite ou de manhã cedo todo suado por ter bebido.
 – Tive uma discussão exaltada enquanto bebia.

- [] Sim [] Não [] Não sei [] Recusa

21) Isto já aconteceu com você (durante toda vida)?

- Uma vez, comecei a beber e foi difícil para eu parar antes de ficar completamente alcoolizado (bêbado)
- Tive uma doença relacionada com a bebida que me impediu de fazer minhas atividades regulares por uma semana ou mais.
- Senti que beber estava se tornando uma ameaça séria para minha saúde física.
- Um médico sugeriu que eu bebesse menos.
- Quase perdi ou cheguei a perder um emprego por causa da bebida.
- As pessoas no trabalho deram a entender que eu deveria beber menos.
- Beber pode ter afetado minhas chances de promoção ou aumentos ou trabalhos melhores.
- Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ficou irritado com minha bebedeira ou o modo como me comportei enquanto bebia
- Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ameaçou me deixar por causa da minha bebedeira
- Receio que eu possa ser um alcoólatra.
- Iniciei uma briga com alguém fora da minha família quando estava bebendo.
- Bati em alguém, ataquei alguém ou os(as) atingi com algo quando estava bebendo.
- Iniciei uma discussão ou briga com meu/minha (esposo/esposa/parceiro) quando estava bebendo.
- Senti que beber causou problemas entre eu e meus filhos.
- Descobri que precisava de um gole de bebida alcoólica para não tremer ou ter ânsia de vômito.
- Acordei no dia seguinte e não consegui lembrar algumas coisas que tinha feito enquanto bebia.
- Por vezes, continuei bebendo após ter prometido a mim mesmo não fazê-lo.

Sim Não Não sei Recusa

Isto aconteceu nos últimos 12 meses?

Sim Não

22) Beber já lhe causou algum dos seguintes problemas médicos, tais como:

- Doenças do fígado ou hepatite?
- Doenças de estômago ou vômitos com sangue?
- Formigamento nos pés ou dormência?
- Pancreatite
- Problemas de memória, esquecimentos, mesmo quando não estava bebendo?
- Qualquer outra doença?

Sim Não Não sei Recusa

23) Nos últimos 12 meses, você continuou a beber após ter conhecimento de que estava tendo um problema médico?

Sim Não Não sei Recusa

24) Nos últimos 12 meses, você continuou a beber quando teve conhecimento de que tinha qualquer (outra) doença física grave que piorou, foi agravada, devido à bebida?

Sim Não Não sei Recusa

25) O álcool já lhe causou qualquer problema emocional ou psicológico, como por exemplo:

- Perder o interesse em suas atividades habituais?
- Ficar deprimido?
- Suspeitar ou desconfiar dos outros?
- Ter pensamentos estranhos?

Sim Não Não sei Recusa

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

Sim Não Não sei Recusa

27) 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?

Sim Não Não sei Recusa

28) Você alguma vez já foi/procurou por causa de seu problema com álcool?

- Hospitais Gerais
- Unidades do sistema único de saúde: postos de saúde, centros de atenção psicossocial - CAPS, Programas Saúde da Família – PSF, Hospitais Universitários
- Hospitais psiquiátricos
- Profissional ou clínica particular
- Receber algum benefício da Previdência Social
- Alcoólicos Anônimos
- Algum outro programa de tratamento de Alcoolismo
- Comunidades terapêuticas, padre, pastor, curandeiro ou algum outro serviço ou profissional

Sim Não Não sei Recusa

29) Agora eu vou ler uma lista com diversas religiões e gostaria que o(a) Sr(a). avisasse-me quando eu falar o nome da sua religião?

- | | |
|------------------------------|--|
| [A] Umbandista | [G] Católico carismático |
| [B] Candomblé | [H] Católico das comunidades eclesiais de base |
| [C] Espírita kardecista | [I] Católico tradicional |
| [D] Evangélico Pentecostal | [J] Outra |
| [E] Evangélico outros | [K] Nenhuma/não tem religião |
| [F] Protestante | |

30) Com que frequência vai a serviços religiosos?

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| [1] Uma vez por semana ou mais | [4] Raramente |
| [2] Uma ou duas vezes ao mês | [5] Nunca |
| [3] Algumas vezes por ano | |

31) O quanto é importante a religião na sua vida?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| [1] Muito importante | [4] Não é realmente importante |
| [2] Um pouco importante | [5] Não é nem um pouco importante |
| [3] Indiferente | |

APÊNDICE C – RELIGIOUSNESS AND ALCOHOL USE IN THE BRAZILIAN POPULATION

Mirna G. Salomão Nagib, Alexander Moreira-Almeida, Ilana Pinsky, Marcos Sanches, Ronaldo Laranjeira

ABSTRACT

A large number of studies point to the impact of religiousness on health and alcohol use. Yet, there is a paucity of studies with nationally representative samples, none in Latin America. **Objectives:** Investigate the relationships between alcohol intake and religiousness in the Brazilian population. **Method:** Cross-sectional study of a representative sample of the Brazilian population (n=3,007), obtained from a probabilistic sample of 143 cities. The study investigated religious involvement (Organizational Religiousness: frequency of attendance to religious services; Subjective Religiousness: how important for the individual religion is; Religious Affiliation) and alcohol use patterns (lifetime use, binge drinking, dependence/abuse). Binomial logistic regressions controlling for sociodemographic variables were made. **Results:** Religious affiliation and attendance to religious services were significantly associated with lower alcoholic beverage use, binge drinking and abuse/dependence. The importance attributed to religion did not show any association when other variables were controlled for in the model. Individuals who never attended religious services were twice as likely to present lifetime alcohol use, binge drink or develop abuse or dependence, when compared to those who attended religious services on a weekly basis. Evangelicals and Protestants were less likely to drink alcohol than Catholics. Not belonging to any religious denomination was associated with a greater likelihood of alcohol dependence or abuse than being a Catholic (OR=2.4). **Conclusions:** The stated importance of religion was not significant when controlled for demographic features and the two other religiousness dimensions. There was a strong association of frequency of attendance to religious services and religious affiliation with alcohol use.

Key words: Religiousness, Spirituality, Alcohol, Abstention, Binge drinking, dependence, abuse.

INTRODUCTION

Alcohol intake is a serious public health problem with a large impact on the morbidity and mortality worldwide, being responsible for about 3% of all deaths on the planet, and for 4% of the global burden of disease (1, 2). Alcohol-related damage includes not only increased risk of liver cancer and other malignancies, but also heart disease and a number of depressive disorders (3). It is estimated that 6% to 15% of the population with any kind of disease present alcohol abuse or dependence. This rate increases to over 61% among patients seeking specialized clinics or hospitals (4).

In Brazil, several studies have pointed to an association between alcoholism and several types of social problems (5), such as urban and domestic violence (6). Data from the Brazilian Center for Information on Psychotropic Drugs indicate that 52% of all cases of domestic violence are alcohol-related (7).

Alcohol use patterns are strongly related to psychosocial factors. One of the most investigated factors in recent years is religiousness. A body of research has pointed to the relationship between religiousness and physical and mental health, with evidence of a positive association between religiousness and better living and health conditions (8,9,10). Between 2001 and 2005, 6.437 articles on religiousness and health were published, a 600% increase in 30 years (11). In a recent literature review, Dalgarrondo stated that the association between religiousness and lower alcohol and other drugs abuse or dependence rates is the most consistent finding in the field of mental health and religion (12).

The most important systematic review already made on religiousness and health identified 120 studies about religiousness and substance use, published by the year 2000. Of these, over 80% identified an inverse relationship between drugs/alcohol use and religiousness (9). Yet these data are mostly restricted to specific populations, there still being little information about whether such findings apply to other countries and social-cultural contexts. There is a paucity of studies on religiousness and alcohol with nationally representative samples, chiefly in developing countries, where alcohol impact is greater. In Latin America and the Caribbean, about 5% of deaths are attributable to alcohol, making this substance the biggest preventable factor of death and disability, accounting for 9.7% of all years of life lost to death or disability (13).

After the year 2000, we found only three studies with nationally representative samples and a consistent approach to religiousness and alcohol use: two North American and one Latin American. The three studies reported an inverse association between religiousness variables and alcohol use (14,15,16).

This study presents data on the association of religiousness and alcohol use in a probabilistic sample of the Brazilian population.

METHODS

Sample selection

This study is part of the I Brazilian National Survey on Alcohol Use Patterns, undertaken between November 2005 and April 2006 (17). 3007 individuals (2,346 adults aged 18 years or above and 661 adolescents aged between 14 and 17 years) from 143 Brazilian municipalities (325 census sectors) were interviewed. A 2% sampling error for a 95% confidence interval was estimated. Data were collected by previously trained investigators, who conducted household interviews (lasting approximately 53 minutes) with structured questionnaires.

The sample covered the whole national territory, with the exclusion of some minorities such as those mentally ill, people with handicaps precluding interview, people who could not speak Portuguese, those living in institutions (prison inmates and boarding school students, for example) and indigenous populations living in settlements. According to government data, indigenous individuals living in settlements represent just 0.25% of the country population¹⁸.

The method used was the probabilistic sample stratified in three stages. The first stage consisted of a raffle of the municipalities by administrative region and size. No municipality was excluded from sampling. There followed the raffle of the census sectors within the municipalities, with stratification too. All sectors, even the rural ones, were included in the sample. Each census sector raffled in the second stage had its households enrolled and numbered. In the third stage, households within each sector were randomly raffled. Raffled households were not replaced unless it

was concluded that the household was empty or was collectively used. All dwellers of each raffled household were enrolled, and the person over 13 years, with the closest birthday was considered the raffled individual. Response rate was 66.4%.

Analyses were made with the Complex Samples Module of SPSS version 13, so that the models took into account the strata and cluster effects for the variability estimates. The descriptive results are presented followed by the respective standard deviation between brackets. The coefficients of the logistic models are presented as Odds Ratios (OR), with 95% confidence intervals. In order to obtain an estimate of the relative contribution of the sociodemographic and religiousness variables, the adjusted Nagelkerke R² for the obtained models was calculated.

Variables considered

Use of alcoholic beverages – Use of alcoholic beverages was considered when an answer equivalent to once a year or more was obtained to the question: “How often do you generally drink any alcoholic beverage (including beer, wine, distilled beverages, ice drinks, or any other drink)?”

Binge drinking – Binge drinking refers to excessive alcohol intake in a short time period, being related to several risk factors and leading to problems such as accidents and violence^{19,20}. Binge drinking was considered whenever a man drank 5 or more doses and a woman drank 4 or more doses on a single occasion in the previous year. The question was: “What is the largest number of doses you remember drinking on a single occasion, that is, during about two hours?”

Abuse or Dependence – The ICD-10 criteria were used.

General and religious treatment – “Have you ever sought anybody’s help – physician or other professional, Alcoholics Anonymous, therapy clinic or other institution, because of an alcohol-intake related problem?”

Frequency of attendance to religious services - “How often do you attend religious services?” (once a week or more, once or twice a month, sometimes during a month, sometimes during a year, rarely and never).

Importance of religion – “How important is religion in your life?” (Very important, a little important, indifferent, not really important, not a bit important). The two last levels were grouped in a single level: “not important”, due to the small number of individuals thus classified.

Religious affiliation – “I will now read a list of several religions and would like you to tell me when I say the name of your religion.” (Umbandist, Candomblé, Kardecist Spiritism, Pentecostal Evangelical, Other Evangelical, Protestant, Charismatic Catholic, Ecclesial Base Communities Catholics, Traditional Catholic, Other and no religion). Because of the small number of respondents in some categories, two groupings were made: Umbandist + Candomblé + Others and Traditional Catholic + Ecclesial Base Communities Catholics as Catholics.

In this study, three of the most frequently used religiousness dimensions were used: affiliation, attendance to religious services and subjective religiousness (9). The three intake variables are binary and were used as dependent variables in three different models of logistic regression, which had as independent variables the three religiousness dimensions, and as control the demographic information (age, sex, ethnicity, education and monthly household income).

RESULTS

Use of alcoholic beverages

Alcohol intake in Brazil is visibly associated with religiousness dimensions, as can be seen in Table 1. The rate of those who use alcoholic beverages falls from two-thirds among those who do not care about religion to less than half among those who see religion as very important. It also falls from two-thirds to about one-third when those who never attend religious services are compared with those who attend them once a week or more. Alcohol intake varies according to the different religious affiliations. While 2 in 10 Pentecostal Evangelicals use alcohol, 7 in 10 of those without a religion do it. Spiritism and Catholicism were the religions whose followers presented the highest rates of alcohol intake.

Only the importance attributed to religion is weakened when controlled for by the other variables, while frequency of attendance to religious services and religious affiliation remain strongly associated with alcohol intake.

Table 2 shows the existing relationships between the variables and alcohol intake. Never attending religious services doubles the odds of alcohol intake compared with attendance once a week or more. Religious affiliation itself has interesting effects. Not belonging to any religion increases 2.5 times the odds of alcohol intake compared with being a Catholic. Evangelicals and Protestants had significantly lower odds of alcohol intake.

Binge Drinking

The initial descriptive analysis showed that binge drinking and alcohol intake were strongly associated with the three dimensions of religiousness. Binge drinking fell from half to a quarter when those who do not care about religion were compared with those who find it very important. The same pattern was observed when those who do not attend religious services were compared with those who attend such services at least once a week. Whereas half of those who do not have a religion indulged in binge drinking, the proportion fell to just over 10% among Evangelicals. Because alcohol intake and binge drinking in Table 1 are percentages of the general population, dividing the latter by the former provides the proportion of binge drinkers among those who drink alcohol. When this was done, absence of religion (not to care about, not to attend or not to have a religion) was more frequent among binge drinkers. Among those who do not have a religion, for example, about 70% of those who drink were binge drinkers, while this proportion was close to 50% among Evangelicals.

In the logistic regression model, as well as education and ethnicity, the importance of religion was not significant, once the other variables were in the model. As it happens with alcohol intake, never attending religious services doubled the odds of binge drinking. Compared with Catholics, Evangelicals had lower odds of binge drinking.

Abuse or Dependence

Table 1 shows that the associations with the previously seen religiousness dimensions are repeated, but with the religiousness dimensions having a stronger effect, at least in the bivariate association. 1 in 10 people who consider religion very important presented abuse or dependence, a ratio that fell to 1 in 3 when those who

do not care about religion were taken into account. 1 in 6 people who do not attend religious services presented abuse or dependence, against 1 in 20 among those who attend at least once a week. About 5% of Evangelicals abuse or are dependent on alcohol, compared with over 30% among those without a religion. When intake or binge drinking were considered, both Charismatic Catholics and Kardecist Spiritualists had a lower intake than those without a religious affiliation, although this difference was small. Conversely, when abuse and dependence were considered, the difference was really large, as can be seen in the bivariate analysis in table 1. The abuse and dependence-adjusted logistic regression model confirms this. It may be hypothesized that some religions do not greatly influence daily intake, but all of them protect against problematic use, indicated by abuse or dependence.

It is noteworthy that only 1.4% of the population sought treatment for alcohol-related problems. There was no association between religiousness variables and treatment-seeking behavior.

T.1 Prevalence of alcoholic beverage intake, binge drinking and abuse or dependence, according to demographic features and religiousness dimensions.

		Alcohol use % (SD)	Binge drinking % (SD)	Abuse or dependence % (SD)	Total %
Importance of religion	Very important	47.0 (1.5)	24.6 (1.3)	9.3 (0.9)	83
	A little important	61.9 (2.9)	39.6 (3.2)	14.8 (2.3)	11
	Indifferent	71.6 (4.5)	53.2 (5.1)	23.0 (5.0)	4
	Not important	74.0 (5.5)	51.1 (6.5)	30.7 (8.1)	2
Attendance to religious services	Once a week or more	36.8 (1.9)	16.3 (1.5)	4.7 (0.8)	37
	Once or twice a month	52.6 (2.7)	27.3 (2.4)	12.0 (2.1)	18
	Sometimes during a year	55.1 (3.3)	31.1 (3.3)	13.3 (2.4)	14
	Rarely	61.8 (2.8)	41.8 (2.8)	16.9 (2.3)	18
	Never	64.4 (3.2)	40.3 (3.6)	17.3 (2.7)	12
Religion	Other + Umbanda + Candomblé	49.1 (7.0)	19.7 (5.0)	5.0 (2.9)	1.5
	Kardecist Spiritism	66.2 (9.3)	35.9 (10.5)	12.0 (6.5)	2.3
	Pentecostal Evangelical	19.9 (3.1)	10.9 (2.3)	4.1 (1.7)	7.8
	Other Evangelicals	26.9 (2.6)	12.7 (2.1)	5.4 (1.4)	13.6
	Protestant	35.7 (9.5)	19.0 (7.3)	6.7 (4.3)	2.0
	Charismatic Catholic	63.6 (5.2)	34.9 (6.9)	11.9 (2.1)	4.9
	None/Does not have a religion	71.1 (3.8)	49.3 (4.3)	30.6 (4.9)	5.5
	Catholic	56.2 (1.5)	31.4 (1.6)	11.6 (1.2)	62.4
Sex	Male	61.6 (1.8)	39.1 (1.9)	18.0 (1.6)	47.9
	Female	39.8 (1.6)	17.9 (1.2)	4.6 (0.7)	52.1
Age	14 to 17	33.8 (2.4)	16.6 (1.6)	8.1 (1.3)	19.7
	18 to 24	62.3 (3.2)	40.7 (3.1)	19.0 (2.9)	23.5
	25 to 34	58.0 (2.3)	37.9 (2.3)	12.4 (1.5)	20.8
	35 to 44	55.7 (2.9)	30.6 (2.5)	10.8 (1.7)	21.5
	45 to 59	46.5 (2.8)	20.8 (2.2)	8.7 (1.7)	14.5
	60 or above	32.3 (2.9)	11.4 (2.3)	3.9 (1.1)	11.3
Ethnicity	Black	49.7 (3.3)	29.8 (3.1)	12.5 (2.1)	35.2
	Mulatto	48.7 (1.9)	28.3 (1.9)	13.7 (1.5)	3.0
	Others	61.2 (5.4)	33.8 (6.6)	13.9 (4.6)	50.5
	White	50.9 (1.8)	27.2 (1.8)	8.7 (1.1)	10.5
Education	Higher	66.1 (4.2)	29.2 (4.5)	6.9 (2.5)	28.5
	Secondary	58.4 (2.0)	34.6 (2.2)	11.5 (1.6)	24.5
	Primary	51.8 (2.2)	30.3 (1.8)	14.9 (1.6)	36.8
	Elementary	38.0 (2.0)	20.6 (1.9)	8.5 (1.1)	35.3
Household income	Up to US\$204.00	41.3 (2.0)	24.5 (1.7)	10.8 (1.1)	19.6
	US\$205.00 to US\$341.00	50.0 (2.5)	26.5 (2.2)	11.9 (2.1)	19.0
	US\$342.00 to US\$545.00	57.0 (3.1)	31.2 (2.6)	10.1 (1.6)	13.7
	US\$546.00 to US\$1,136.00	65.8 (3.2)	38.2 (3.7)	16.3 (3.0)	6.0
	Over US\$1,137.00	67.6 (5.1)	37.4 (5.1)	6.0 (2.5)	6.4
	Does not know / refuses to inform	38.6 (3.7)	17.6 (2.8)	6.6 (1.8)	

SD= standard deviation.

T. 2 Logistic regression odds ratios (OR) of demographic and religiousness variables for predicting alcohol use variables

		n*	(%)*	Alcoholic beverage use	Binge drinking OR (IC 95%)	Abuse or dependence OR (IC 95%)
Sex Ref=Female	Male	1285	47,9	2.3 [1.9 - 2.9]	2.7 [2.1 - 3.4]	4.1 [2.8 - 6.1]
Age						
Ref=14 a 17 years	18 a 24	368	17,7	3.2 [2.1 - 4.8]	3.6 [2.6 - 5.1]	3.5 [2.0 - 6.0]
	25 a 34	588	21	3.0 [2.2 - 4.1]	3.5 [2.5 - 4.8]	2.1 [1.2 - 3.4]
	35 a 44	488	18,7	2.9 [2.0 - 4.3]	2.6 [1.8 - 3.7]	1.8 [1.1 - 3.0]
	45 a 59	501	19,2	2.3 [1.6 - 3.3]	1.6 [1.0 - 2.3]	1.5 [0.8 - 2.7]
	60 ou mais	401	13	1.4 [0.9 - 2.2]	0.8 [0.5 - 1.4]	0.7 [0.3 - 1.4]
Ethnicity						
Ref = White	Black	326	11,3	1.3 [0.9 - 1.8]	1.3 [0.9 - 1.9]	1.5 [0.9 - 2.5]
	Mulatto	1132	35,2	1.0 [0.8 - 1.3]	1.1 [0.8 - 1.4]	1.7 [1.2 - 2.3]
	Others	83	3	1.6 [0.9 - 3.1]	1.2 [0.6 - 2.7]	1.6 [0.6 - 3.9]
Education						
Ref=Elementary	Higher	168	9,4	2.1 [1.3 - 3.4]	0.8 [0.4 - 1.4]	0.6 [0.2 - 1.3]
	Secondary	950	28,1	1.9 [1.5 - 2.5]	1.3 [0.9 - 1.8]	0.9 [0.6 - 1.4]
	Primary	872	28,5	1.8 [1.4 - 2.4]	1.3 [0.9 - 1.8]	1.4 [1.0 - 2.0]
Household income						
Ref=Dose not know / refuses to inform	Up to US\$204.00	1235	36	1.0 [0.7 - 1.5]	1.2 [0.8 - 1.9]	1.3 [0.7 - 2.4]
	US\$205.00 to US\$341.00	584	19,4	1.4 [0.9 - 2.2]	1.3 [0.8 - 2.2]	1.4 [0.7 - 2.9]
	US\$342.00 to US\$545.00	483	18,2	1.8 [1.1 - 2.9]	1.6 [0.9 - 2.6]	1.1 [0.5 - 2.3]
	US\$546.00 to US\$1,136.00	303	12,9	2.2 [1.3 - 3.7]	2.2 [1.2 - 3.9]	2.2 [1.1 - 4.8]
	Over US\$1,137.00	120	5,6	2.1 [1.1 - 4.1]	2.3 [1.1 - 4.8]	0.8 [0.2 - 2.6]
Frequency of attendance to religious services						
Ref=once a week.	Once or twice a month	563	18,2	1.5 [1.2 - 2.0]	1.5 [1.0 - 2.2]	2.4 [1.4 - 4.1]
	Sometimes during a year	411	13,9	1.4 [1.0 - 1.9]	1.5 [1.0 - 2.2]	2.0 [1.1 - 3.4]
	Rarely	539	18,5	1.7 [1.2 - 2.3]	2.1 [1.5 - 3.0]	2.4 [1.5 - 4.0]
	Never	389	12,4	2.1 [1.4 - 3.1]	2.0 [1.2 - 3.3]	1.8 [1.0 - 3.2]
Importance of religion						
Ref=Very important	A little important	319	10,6	1.2 [0.9 - 1.7]	1.4 [1.0 - 1.9]	1.1 [0.7 - 1.8]
	Indifferent	117	4,4	1.0 [0.6 - 1.7]	1.3 [0.7 - 2.2]	1.0 [0.5 - 1.9]
	Not important	77	2,3	1.5 [0.8 - 3.0]	1.7 [0.9 - 3.1]	1.8 [0.8 - 4.1]
Religion						
Ref=Catholic	Other+ Umbanda + Candomblé	57	1,7	0.8 [0.4 - 1.5]	0.7 [0.3 - 1.4]	0.7 [0.2 - 2.8]
	Kardecist Spiritualist	50	2,3	1.0 [0.5 - 2.1]	1.1 [0.5 - 2.7]	1.5 [0.4 - 5.3]
	Pentecostal Evangelicals	228	7,8	0.2 [0.1 - 0.3]	0.4 [0.2 - 0.6]	0.6 [0.2 - 1.3]
	Other Evangelicals	431	13,6	0.3 [0.2 - 0.5]	0.4 [0.3 - 0.6]	0.6 [0.3 - 1.1]
	Protestant	43	2	0.3 [0.1 - 0.7]	0.5 [0.2 - 1.2]	0.7 [0.2 - 3.2]
	Charismatic Catholic	145	4,9	1.5 [0.9 - 2.5]	1.3 [0.7 - 2.3]	1.1 [0.7 - 1.9]
	None / does not have a religion	174	5,5	1.1 [0.7 - 1.8]	1.1 [0.7 - 1.8]	2.4 [1.4 - 4.3]
Variance explained (%)						
		Sociodemographic variables		16.6	17.1	16.3
Nagelkerke R²		Sociodemographic + religiousness variables		27.1	24.4	21.4

n* = sample size without weighting. Total sample, including the reference category, is 3007; (%) = data distribution with weighting. The percentages add to 100% with the reference category.

DISCUSSION

This study investigated the relationship between religiousness variables and alcohol intake, in a probabilistic sample of the Brazilian population, being the first such study undertaken in Latin America.

The models showed a strong association of frequency of religious attendance and religious affiliation with alcohol use. The results pointed to the high religiousness of the Brazilian population: 83% considered religion to be very important in their lives, 37.2% attend religious meetings once a week or more, and only 5.5% reported to have no religion. These data point to a higher religiousness than that of the United States population in 2006, when 57% considered religion very important and 31 % attended religious services at least once a week (21). In 2007, the U.S. National Alcohol Survey showed that 59% of the US population found religion very important in their lives (14). There are few studies on religiousness with nationally representative samples in other countries. The European Values Study, investigating the importance of religious in 32 European countries, reported a mean of 20.9% of those who considered religion very important. As for attendance to religious services, the European mean for those attending more than once a month was 31.6% (22).

Because in this study Catholics were the majority (62.4%) in the Brazilian population, they were used as the reference group.

50.3% of the Brazilian population did not drink alcohol in the previous year, a higher rate than the 38.9% reported for the US population in 2006 (14).

Dependence was found in 11%, a small reduction in relation to the 12.3% dependence rate reported for Brazilian cities with more than 200,000 inhabitants, in 2005 (23).

This first national study to identify binge drinking behavior showed that 28.1% drank heavily at least once in the previous year. Still, among Brazilians who drink, over 50% indulged in binge drinking at least once in the previous year. A national survey of the adult population of the United States, between 1993 and 2001, indicated that 26% of those who drink alcohol indulge in binge drinking (24). We did not find other available data about this drinking pattern in Brazilian samples.

The association between alcohol use patterns and religiousness was previously assessed in national samples in 1968 by Cisin and Cahalan (25), and in

1972 by Cahalan and Room (26). The results showed that more abstainers than alcohol users attended religious services, and that attendance to religious services and being a Conservative Protestant were both related to fewer alcohol-related problems. A national survey on alcohol, involving 1189 Israeli adults in 1987, indicated that people who professed a religion drank less than atheists in social events (27).

The results of our study showed that the importance of religion in people's lives was not significant when controlled for the sociodemographic variables and the frequency of attendance and religious affiliation variables (Table 2). This might be explained by the fact that the importance of religion is linked to the frequency of attendance to religious services.

The logistic regression models showed that, in Brazil, not attending religious services means twice the odds of alcoholic beverage use, binge drinking, and abuse or dependence, compared to those who attend religious services once a week.

An epidemiological study with a nationally representative sample of young students (n: 12,797) in seven Latin American countries found that high levels of religious devotion were associated with a lower likelihood of exposure to and onset of alcohol use. In the same study, recent alcohol use was less frequent in youths with a higher level of religious devotion (15).

Not having a religion is strongly associated with alcohol abuse and dependence, with 2.4 higher odds compared with Catholics. A similar association was found in a 2003 study of 2,616 adult twins in the United States, investigating the relationship between religiousness dimensions and psychiatric disorders and drug use. The results suggested that general religiousness, social religiousness and involvement with God were inversely associated with alcohol dependence (16).

As for religious affiliation, Pentecostal Evangelicals and other Evangelicals had a lower likelihood of alcohol use and binge drinking compared with Catholics in our study. Protestants also had a lower likelihood of lifetime alcohol use.

The U.S. National Alcohol Survey, with a sample of 7,370 individuals over the age of 17 years, assessed the relationship of religious involvement and alcohol-related behaviors (teetotalers in the previous year), moderate drinkers and heavy drinkers. The religiousness dimensions assessed were religious affiliation, subjective religiousness ("How important is religion in your life?") and proscriptive religious stance in relation to alcohol use ("Does your religion discourage alcohol use behaviors?") (14). The proscriptive stance and religiousness had a strong inverse

association with alcohol use and heavy drinking. Religious affiliations had different associations with alcohol use. Catholics had lower abstinence levels and higher levels of heavy drinking, compared with those without a religion.

The R^2 data suggest that sociodemographic data plus religiousness account for one quarter of the variance of alcohol use patterns. Religiousness may be perceived to add to the explanatory power of the three alcohol use variables, although this addition was higher for use in the previous year (63% increase), and lower for abuse/dependence (31% increase).

Therefore, the results in Brazil show the great religiousness of the population and the existence of a strong and consistent inverse association between religious affiliation and attendance to religious services and alcohol use. On the other hand, no relationship between religiousness variables and treatment-seeking for alcohol dependence was found. The hypothesis that religious treatment may jeopardize treatment-seeking for mental health disorders was tested and refuted by Wang (28).

The small number of individuals who sought religious treatment ($n=6$) in our study may have limited the statistical power to detect some association in this paper.

Explanations about the mechanisms of the association of religiousness and alcohol use must still be investigated in further studies. Some authors suggest that the institution of moral values, the proscriptive stance of some social patterns and even the development of a sense of well-being, may play a role in these mechanisms (9,11). Other factors such as the secular concept of sin, more marked in some religious affiliations, and the existence of a social support network, on which many religious affiliations are established, may have a relevant protective role against alcohol use and abuse. Dalgarrondo considers it possible that individuals with greater alcohol involvement stay away from religions, because of a feeling of non-acceptance or inability to live up to religious demands (12). Religiousness has also a part in the building of the individual's personality and family bonds, both factors being considered protective against drug use. Furthermore, religiousness-associated spirituality is reported in some studies to keep well-being and self-preservation, setting future perspectives for the individual (29).

The Brazilian consensus on alcohol public policies calls for the development of strategies for knowledge diffusion and community mobilization, which meet the cultural meaning of alcohol throughout history (30). Informative actions and mobilization of organized groups, religious ones included, may add to other strategies for control and prevention of alcohol use and abuse. Our findings may

contribute to these actions. Accordingly, new developments such as the course “Drug use prevention in religious institutions and similar movements – Faith in prevention”, a joint initiative of the Brazilian National Secretariat for Drug Policies (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD) and the Federal University of São Paulo (Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP) (31) are arising.

This study has some limitations. It has not been planned to specifically investigate religiousness. Furthermore, because of the small sample of some denominations, the individual analysis regarding the different religious denominations must be made with care.

Because religiousness, an important psychosocial factor, is protective against alcohol use, its study may contribute to a better understanding of the complex reality of alcohol use, abuse and dependence, and of its consequences, prevention and treatment.

The national studies in the United States and Brazil were undertaken in Christian countries of the American continent, which had European colonization and whose populations are highly religious. Further studies in non-Christian countries or more secularized ones in Europe, Asia or Africa are important to assess the consistency of these findings in other social-cultural realities. 24 New studies will be necessary to understand the association of alcohol use and religiousness and the causality of this association, and also to contribute to the solution of this serious public health problem.

REFERENCES

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: the global burden of alcohol consumption. Oxford: Oxford University Press. p.57-92.
2. World Health Organization. Fifty-Eighth World Health Assembly. A58/18. Provisional agenda item 13.14.7 April 2005. Public Health problems caused by harmful use of alcohol. Report by the Secretariat. Geneva, 2005; p.1-4.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use among adolescents and adults – New Hampshire, 1991 – 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004; 53(8):174-5.

4. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(1):30-9.
5. Dualibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky L, Laranjeira R, Raw M (in press). Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? *American Journal of Public Health*. 2007.
6. Dualibi S, Pinsky L, Laranjeira R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. 2006.
7. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo AR. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001 São Paulo - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas/SENAD. 2002.
8. Moreira-Almeida, A, Lotufo Neto F, Koenig HG, Religiousness and Mental Health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28(3):242-250.
9. Koenig HG, Larson DB. Religion and Mental Health: evidence for association. *International Review of Psychiatry* 2001; 13:67-78.
10. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press 2001.
11. Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007; 34(supl.1):5-7.
12. Dalgalarrodo P. *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
13. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997; 349:1436-42.
14. Michalak L, Trocki K, Bond J. Religion and alcohol in the U.S. National alcohol Survey: how important is religion for abstinence and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 87:268-280.
15. Chen C, Dormitzer CM, Bejaro J, Anthony JC. Religiosity and the Earliest Stages of Adolescent Drug Involvement in Seven Countries of Latin America. *American Journal of Epidemiology*. 2004; 12(159):1180-88.
16. Kendler, K.S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D., Prescott, C.A. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. N. 160, vol.3:496-503.2003.
17. Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Sanches M, Cidade P, Laranjeira R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população Brasileira. 2007.
18. FUNAI (2007). *O Índio Hoje*. Fundação Nacional do Índio. FUNAI. Brasília.

19. Brewer RD, Swahn MH, Binge drinking and violence. *Journal of the American Medical Association* 2003; 5(3):616-9.
20. Naimi TS, Brewer RD, Miller JW, Okoro C, Mehrotra C. What Do Binge Drinkers Drink ? Implications for Alcohol Control Policy. *American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33(3).
21. Gallup (2007). Religion. Gallup Organization. Princeton, NJ. Available in: www.galluoppoll.com/content/default.aspx?ci=1690&pg=1.
22. European Values Study Group and World Values Survey Association. European And World Values Surveys Four-Wave Integrated Data File, 1981-2004, v.20060423; 2006. Available in www.worlvaluessurvey.org
23. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo AR. Il Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005 São Paulo – CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas/SENAD. 2006.
24. Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, Marks JS. Heavy episodic drinking among US adults. *JAMA* 2003; 289:70-75.
25. Cisin IH, Cahalan D. Comparison of abstainers and heavy drinkers in a national survey. *Psychiatric Research Reports* 1968; 24:10-21.
26. Cahalan, D., Room,R. Problem drinking among American men aged 21-59. *American Journal of Public Health.* 62,1473-1482, 1972.
27. Bar H, Eldar P, Weiss S. Álcohol drinking habits and attitudes of the adult Jewish population in Israel 1987. *Drug and Alcohol Dependence* 1989; 23:237-45.
28. Wang PS, Burglund PA, Olfson M, Kessler RC. Delays i Initial Treatment Contact After first onset of a Mental Disorder. *HSR: Health Services Research* 2004; 39:2.
29. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase a religiosidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(1):43-55.
30. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2004; 26(supll.1).
31. <http://www.fenaprevencao.org.br/senad/index.php?t=public&p=index>

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)



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."

- 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) C	D1) Moradores	A-Sexo			B-Parentesco	C-Idade	D-Curso mais elevado que frequentou	E-Dia e Mês de aniversário	Anotar o sorteado
		1. Masc.	2. Fem.	3. NR					
					1. Avô/Avó 2. Pai/Mãe 3. Tio/tia 4. Irmão/irmã 5. Primo/prima 6. Filho/filha 7. Neto/neta 8. Bisneto/bisneta 9. Sobrinho/sobrinha 10. Genro/Nora 11. Cunhado/cunhada 12. Companheiro/Companheira 13. Enteadado/Enteada 14. Outros 99. NR	999. Ns/Nr	1. Analf. Pr. Incl. 2. Pr.Copl. Gin.Inc. 3. Gin.Copl. Col. Incl. 4. Col.Copl. Un. Incl. 5. Un. Copl. Ou + 9. Ns/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 Solteiro(a)	
1	Masculino	1	14 a 19	5	50 a 59	1	Analfabeto/ Primário incomp.	5	Colégio incomp.	2	Casado(a)/ comp.(a)
		2	20 a 29	6	60 a 69	2	Primário completo	6	Colégio completo.	3	Viuvo(a)
2	Feminino	3	30 a 39	7	70 a 79	3	Ginásio incomp.	7	Univers. Incomp	4	Desquitado(a) Divorciado(a)
		4	40 a 49	8	80 ou mais	4	Ginásio compl	8	Universitário Completo ou +	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)	(NÃO PEA)
1	Trabalha, mesmo sem carteira assinada	5	Dona de casa que não trabalha	(NÃO PEA)
2	Trabalha como aprendiz, ajudante, etc.	6	Aposentado(a) / no seguro	(NÃO PEA)
3	Trabalhou ou tentou na última semana	7	Estudante que não trabalha	(NÃO PEA)

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 B1

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)**

(Bebedor atual)	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
(Ex-bebedor)	J. Menos de uma vez por ano	10
(Abstinente na vida)	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	(VÁ PARA B7a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(PULE PARA B7b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(PULE PARA B7c)
E.	4 doses	5	(PULE PARA B7d)
F.	3 doses	6	(PULE PARA B7e)
G.	2 doses	7	(PULE PARA B7f)
H.	1 dose	8	(PULE PARA B7g)
	(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei	98	
	(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa	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	
Chope	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

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

(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	(VÁ PARA B17a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(PULE PARA B17b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(PULE PARA B17c)
E.	4 doses	5	(PULE PARA B17d)
F.	3 doses	6	(PULE PARA B17e)
G.	2 doses	7	(PULE PARA B17f)
H.	1 dose	8	(PULE PARA B17g)
(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei		98	
(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa		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+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	1	1	1	1	1	1	1
B.	2	2	2	2	2	2	2
C.	3	3	3	3	3	3	3
D.	4	4	4	4	4	4	4
E.	5	5	5	5	5	5	5
F.	6	6	6	6	6	6	6
G.	7	7	7	7	7	7	7
H.	8	8	8	8	8	8	8
I.	9	9	9	9	9	9	9
J.	10	10	10	10	10	10	10
K	11	11	11	11	11	11	11
	Nunca						
	Não sei	98	98	98	98	98	98
	Recusa	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	(VÁ PARA B20a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(PULE PARA B20b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(PULE PARA B20c)
E.	4 doses	5	(PULE PARA B20d)
F.	3 doses	6	(PULE PARA B20e)
G.	2 doses	7	(PULE PARA B20f)
H.	1 dose	8	(PULE PARA B20g)
(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei		98	
(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa		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 CÔD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÔD. 11 NAS RESTANTES)

	B20 a.	B20. b.	B20. c.	B20. d.	B20. e.	B20. f.	B20. g.
	12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	1	1	1	1	1	1	1
B.	2	2	2	2	2	2	2
C.	3	3	3	3	3	3	3
D.	4	4	4	4	4	4	4
E.	5	5	5	5	5	5	5
F.	6	6	6	6	6	6	6
G.	7	7	7	7	7	7	7
H.	8	8	8	8	8	8	8
I.	9	9	9	9	9	9	9
J.	10	10	10	10	10	10	10
K	11	11	11	11	11	11	11
	Nunca	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99

- 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)**

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª 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 (ESPONTÂNEO)	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/Plc-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	1 ou 2 vezes	4
6 a 9 vezes	2	Nunca aconteceu	5
3 a 5 vezes	3	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 dirigiu/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	Não sei	98
mais de metade,	2	NR/Recusa	99
metade,	3		
menos de metade, ou	4		
nada ou quase nada?	5		

(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/Plc-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: (ESPECIFIQUE): _____	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)

HOMEM:	SIM: (CINCO OU MAIS)	95
	NÃO: (QUATRO OU MENOS)	94
MULHER:	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	
					Q.b Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
C1. suas amizades e sua vida social?	1	2	98	99	1	2
C2. seus objetivos na vida/projeto/perspectiva?	1	2	98	99	1	2
C3. sua vida familiar ou casamento?	1	2	98	99	1	2
C4. sua posição financeira?	1	2	98	99	1	2
C5. seu trabalho e oportunidades de emprego?	1	2	98	99	1	2
C6. sua saúde?	1	2	98	99	1	2

C. PROBLEMAS COM 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
C7. Deixei de fazer diversas refeições regulares enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C8. Frequentemente, a primeira coisa que fiz quando acordei de manhã foi tomar uma dose de bebida alcoólica.	1	2	98	99	1	2
C9. 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
C10. Minhas mãos tremeram muito na manhã seguinte após ter bebido.	1	2	98	99	1	2
C11. Por vezes, acordei durante a noite ou de manhã cedo todo suado por ter bebido.	1	2	98	99	1	2
C12. Tive uma discussão exaltada enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C13. Um policial me advertiu por causa de minha bebedeira.	1	2	98	99	1	2
C14. Meu consumo de álcool contribuiu para que me machucasse em um acidente com um carro ou outro local.	1	2	98	99	1	2
C15. 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
C16. Tive problemas com a lei por beber, não envolvendo dirigir.	1	2	98	99	1	2
C17. 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	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Q.b Últimos 12 meses	
					Sim	Não
C18. Uma vez, comecei a beber e foi difícil para eu parar antes de ficar completamente alcoolizado (bêbado)	1	2	98	99	1	2
C19. 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
C20. Senti que beber estava se tornando uma ameaça séria para minha saúde física.	1	2	98	99	1	2
C21. Um médico sugeriu que eu bebesse menos.	1	2	98	99	1	2
C22. Quase perdi ou cheguei a perder um emprego por causa da bebida.	1	2	98	99	1	2
C23. As pessoas no trabalho deram a entender que eu deveria beber menos.	1	2	98	99	1	2
C24. Beber pode ter afetado minhas chances de promoção ou aumentos ou trabalhos melhores.	1	2	98	99	1	2
C25. 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
C26. Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ameaçou me deixar por causa da minha bebedeira (PARCEIRO AMOROSO)	1	2	98	99	1	2
C27. Receio que eu possa ser um alcoólatra.	1	2	98	99	1	2
C28. Iniciei uma briga com alguém fora da minha família quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
C29. Bati em alguém, ataquei alguém ou os(as) atingi com algo quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
(CASO NÃO TENHA ESPOSO(A)/PARCEIRO PULE ESSA PERGUNTA)						
C30. Iniciei uma discussão ou briga com meu/minha (esposo/esposa/parceiro) quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
(CASO NÃO TENHA FILHOS, PULE ESSA PERGUNTA)						
C31. Senti que beber causou problemas entre eu e meus filhos.	1	2	98	99	1	2
C32. Descobri que precisava de um gole de bebida alcoólica para não tremer ou ter ânsia de vômito.	1	2	98	99	1	2
C33. Acordei no dia seguinte e não consegui lembrar algumas coisas que tinha feito enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C34. Por vezes, continuei bebendo após ter prometido a mim mesmo não fazê-lo.	1	2	98	99	1	2

D. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCOOL 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
D1. 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
D2. Nos últimos 12 meses, <u> você freqüentemente se envolveu em brigas físicas ao beber?</u>	1	2	98	99
D3. Nos últimos 12 meses, <u>beber freqüentemente 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)
D4. <u> Você continuou a beber após ter conhecimento de que estava lhe causando problemas para se relacionar com outras pessoas?</u>	1	2	98	99
D5. Nos últimos 12 meses, <u> você foi preso por perturbar a paz ou dirigir sob a influência do álcool?</u>	1	2	98	99
D6. Nos últimos 12 meses, <u> você esteve sob a influência do álcool em situações em que você poderia se ferir, como por exemplo ao andar de bicicleta, dirigir, operar uma máquina ou outra situação ?</u>	1	2	98	99
D7. 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
D8. Nos últimos 12 meses, <u> você achou que a mesma quantidade de álcool teve menos efeito sobre você do que tinha antes?</u>	1	2	98	99
D9. Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você <u>sentiu um desejo tão forte ou necessidade de beber que você não pôde deixar de beber?</u>	1 (VÁ PARA D11)	2	98	99
D10. Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que <u>desejou tanto beber que não conseguia pensar em mais nada?</u>	1	2	98	99
D11. Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que <u>bebeu mais do que pretendia?</u>	1 (VÁ PARA D13)	2	98	99
D12. Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que <u>continuou bebendo muito mais do que pretendia?</u>	1	2	98	99
D13. Nos últimos 12 meses, alguma vez você sentiu que <u>deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?</u>	1	2	98	99
D14. Nos últimos 12 meses, <u> por mais de uma vez você sentiu que deveria parar de beber ou beber menos, mas não conseguiu?</u>	1	2	98	99
D15. Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você sentiu que <u>gastou muito tempo bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?</u>	1	2	98	99
D16. 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
D17a. Você teve tremores nas mãos?	1	2	3	98	99
D17b. Você teve mais problemas para dormir do que de costume?	1	2	3	98	99
D17c. Você ficou mais nervoso do que costuma ser?	1	2	3	98	99
D17d. Você se sentiu mais inquieto, agitado, do que o habitual?	1	2	3	98	99
D17e. Você suou além do normal?	1	2	3	98	99
D17f. Você sentiu seu coração batendo mais rápido do que o normal?	1	2	3	98	99
D17g. Você teve náuseas ou vômitos?	1	2	3	98	99
D17h. Você teve dores de cabeça?	1	2	3	98	99
D17i. Você se sentiu fraco?	1	2	3	98	99
D17j. Você viu, ouviu ou sentiu coisas estranhas, que os outros não conseguiam ou percebiam?	1	2	3	98	99
D17k. 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
D19a. Doenças do fígado ou hepatite?	1	2	98	99
D19b. Doenças de estômago ou vômitos com sangue?	1	2	98	99
D19c. Formigamento nos pés ou dormência?	1	2	98	99
D19d. Pancreatite	1	2	98	99
D19e. Problemas de memória, esquecimentos, mesmo quando não estava bebendo?	1	2	98	99
D19f. 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
D20. Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava tendo um problema médico?</u>	1	2	98	99
D21. 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
D22a. Perder o interesse em suas atividades habituais?	1	2	98	99
D22b. Ficar deprimido?	1	2	98	99
D22c. Suspeitar ou desconfiar dos outros?	1	2	98	99
D22d. 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?

Sim	1
Não (PULE PARA H1)	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

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?

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

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 (PULE PARA I1)	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
I1. Você acha que os impostos sobre as bebidas alcoólicas deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecer o mesmo?	1	2	3	98	99
I2. 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
I3. 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
I4. 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
I5. 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)

I6. 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
I7	Você acha que deveria haver restrição de horário para a venda de bebidas alcoólicas?	1	2	98	99
I8	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
I9	Você acha que deveria ser proibida a venda de bebidas alcoólicas em padarias, confeitarias e mercearias?	1	2	98	99
I10	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
I11	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
I12	Você acha que as companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?	1	2	98	99
I13	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
I14	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
I15	Veja se você concorda com esta afirmativa: 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
I16	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

117. 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 nada	1
Viu poucas	2
Viu várias	3
Viu muitas	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.

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Nem Dis. Nem Con.	Discordo em parte	Discordo totalmente	Não sabe	Recusa
L1. 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
L2. A maioria das pessoas que dirige após beber muito álcool é alcoólatra ou bebedor problemático.	1	2	3	4	5	98	99
L3. Não tem problema dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica.	1	2	3	4	5	98	99
L4. 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)

(ESPONTÂNEO) Anotar: _____ qtde - _____ unidade	1
(ESPONTÂNEO) 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 freqüentemente 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 freqüência 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
M1. Eu não tive vontade de comer; eu estive sem apetite.	1	2	3	4	98	99
M2. Eu me senti tão desanimado que nem minha família ou amigos podiam ajudar.	1	2	3	4	98	99
M3. Eu senti que eu era tão bom quanto os outros.	1	2	3	4	98	99
M4. Eu tive dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	1	2	3	4	98	99
M5. Eu me incomodei com coisas que normalmente não me incomodariam.	1	2	3	4	98	99
M6. Eu me senti deprimido.	1	2	3	4	98	99
M7. Eu senti que tudo que fiz precisou de esforço.	1	2	3	4	98	99
M8. Eu me senti esperançoso/a quanto ao futuro.	1	2	3	4	98	99
M9. Eu pensei que minha vida é um fracasso..	1	2	3	4	98	99
M10. Eu senti medo.	1	2	3	4	98	99
M11. Meu sono foi agitado.	1	2	3	4	98	99
M12. Eu me senti feliz.	1	2	3	4	98	99
M13. Eu falei menos do que o normal.	1	2	3	4	98	99
M14. Eu me senti sozinho.	1	2	3	4	98	99
M15. Eu achei que as pessoas foram antipáticas/frias.	1	2	3	4	98	99
M16. Eu aproveitei a vida.	1	2	3	4	98	99
M17. Eu tive crises de choro.	1	2	3	4	98	99
M18. Eu me senti triste.	1	2	3	4	98	99
M19. Eu achei que as pessoas não gostavam de mim.	1	2	3	4	98	99
M20. 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
N1. Teve problemas na família ou dificuldades conjugais devido ao beber de outra pessoa?	1	2	98	97	1	2	98	99
N2. Foi passageiro de um motorista que havia bebido em excesso?	1	2	98	99	1	2	98	99
N3. Esteve num acidente de automóvel por causa do consumo de álcool de outra pessoa?	1	2	98	99	1	2	98	99
N4. Foi empurrado, apanhou, ou sofreu agressão física por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99
N5. Teve problemas financeiros por causa do beber de outra pessoa?	1	2	98	99	1	2	98	99
N6. Teve propriedade destruída por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99
N7. Sugeriu que outra pessoa buscasse ajuda para um problema com álcool?	1	2	98	99	1	2	98	99
N8. Auxiliou outra pessoa para que ela buscasse ajuda com um problema com o álcool?	1	2	98	99	1	2	98	99
N9. Você sofreu insultos verbais por alguém que estava alcoolizado?	1	2	98	99	1	2	98	99
N10. 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) pessoa(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	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
O3. Machucaram você com algum objeto?	1	2	98	99	1	2	98	99
O4. Bateram em você?	1	2	98	99	1	2	98	99
O5. Intencionalmente te queimaram ou jogaram água quente?	1	2	98	99	1	2	98	99
O6. Ameaçaram você com uma faca ou com uma arma?	1	2	98	99	1	2	98	99
O7. Atiraram em você com uma arma ou atingiram com uma faca?	1	2	98	99	1	2	98	99
O8. 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 ALCOOL, 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 Alcool											
	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recu- sa	Sim	Não	Não sabe	Recu- sa	Sim	Não	Não sabe	Recu- sa
O9. Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O10. Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O11. Deu tapas nela (nele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O12. Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O13. Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O14. Queimou ou escaidou ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O15. Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O16. Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O17. 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 CONSUME ALCOOL, 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 Alcool											
	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
O18. Atirou alguma coisa em você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O19. Empurrou, agarrou ou sacudiu você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O20. Deu tapas em você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O21. Agrediu você com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O22. Acertou, ou tentou acertar você com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O23. Queimou ou escaldou você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O24. Forçou você a ter relações sexuais com ele (ela)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O25. Ameaçou você com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
O26. 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

O32.a. 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
O34. 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
O35. 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

P. TABAGISMO

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 (VÁ PARA BLOCO Q)	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 (VÁ PARA P26)	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
Cigarilhas	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. Quanto 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
Cobrinho 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 (PULE PARA P22)	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**)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei	Recusa
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 (PULE PARA P26)	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

Q. RELAÇÃO COM JOGO

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
Video-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
Video-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
(TODOS) 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
(TODOS) Tem tido necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores, a fim de obter a excitação desejada.	1	2	3	4
(18 ANOS OU MAIS) Tentou repetidamente e sem sucesso controlar, reduzir, ou parar de jogar.	1	2	3	4
(TODOS) Sentiu inquietude ou irritabilidade quando tentou reduzir ou cessar o jogo	1	2	3	4
(TODOS) 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
(TODOS) Depois de perder dinheiro apostando, retornou com frequência um outro dia para tentar recuperar as perdas.	1	2	3	4
(TODOS) Mentiu para família, para o terapeuta, ou outra pessoa, para esconder a extensão do seu envolvimento com jogo.	1	2	3	4
(18 ANOS OU MAIS) Cometeu atos ilegais como fraude, falsificação, roubo, ou estelionato para financiar o jogo.	1	2	3	4
(TODOS) Colocou em perigo ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo.	1	2	3	4
(18 ANOS OU MAIS) Recorreu a outras pessoas para obter dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperadora causada por jogo.	1	2	3	4
(15 A 17 ANOS) Teve episódios de perda de controle, gastou mais dinheiro do que planejava ou do que seria aceitável	1	2	3	4
(15 A 17 ANOS) 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	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Com que freqüência você tem dificuldade para terminar um trabalho depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
2. Com que freqüência você tem dificuldades de organizar as coisas para fazer um trabalho?	0	1	2	3	4
3. Com que freqüência 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 freqüência você evita ou demora para começar?	0	1	2	3	4
5. Com que freqüência 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 freqüência 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 tranquilizantes: 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. Esteróides 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. (SE MENCIONAR OUTRAS DROGAS, RELACIONE-AS AQUI): _____	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 (RECEITA)	1	2	3	1	2	3
b. Cocaína ou crack	1	2	3	1	2	3
c. Depressores como tranquilizantes: Diazepam (Valium), Bromazepam (Lexotan, Somalium), etc. (RECEITA)	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 (RECEITA)	1	2	3	1	2	3
g. Maconha ou haxixe	1	2	3	1	2	3
h. Esteróides anabolizantes (RECEITA)		2	3		2	3
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: [] , [] [] [] - 9.99 - NÃO SABE/ NR

A13. Você poderia me dizer qual o seu peso? (RESPOSTA ÚNICA)

ESPECIFICAR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] - 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
(Não conta ponto para classe) Telefone fixo	0	0	0	0	0
(Não conta ponto para classe) Computador	0	0	0	0	0
(Não conta ponto para classe) TV a cabo, parabólica ou por assinatura	0	0	0	0	0
(Não conta ponto para classe) 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?

	1ª menção	2ª menção
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
(LER SEMPRE DEPOIS E NÃO RODIZIAR OS PRÓXIMOS TRÊS ITENS)		
G Católico Carismático	7	7
H Católico das Comunidades Eclesiais de Base	8	8
I Católico Tradicional	9	9
(ESPONTÂNEA – NÃO LER)		
J Outra: _____	10	10
K Nenhuma/Não tem religião	97	97

A15. Com que frequência 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:

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

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Alcool 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)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)