

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Saúde Coletiva

Paulo Marcio Roseno da Silva

**Uso de drogas ilícitas e de medicamentos
psicotrópicos sem prescrição: um inquérito
epidemiológico transversal em amostra
populacional da Região Metropolitana
de São Paulo**

BOTUCATU
2008

Paulo Marcio Roseno da Silva

**Uso de drogas ilícitas e de medicamentos
psicotrópicos sem prescrição: um inquérito
epidemiológico transversal em amostra
populacional da Região Metropolitana
de São Paulo**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva (Sublinha de Pesquisa: Epidemiologia do Uso de Álcool e Drogas) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva sob orientação da Profa. Dra. Ivete Dalben e co-orientação da Profa. Dra. Florence Kerr-Corrêa.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Dalben

Co-orientadora: Profa. Titular Florence Kerr-Corrêa

**BOTUCATU
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Silva, Paulo Marcio Roseno da.

Uso de drogas ilícitas e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição: um inquérito epidemiológico transversal em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo / Paulo Marcio Roseno da Silva. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Ivete Dalben

Co-orientadora: Florence Kerr-Corrêa

Assunto CAPES: 40602001

1. Drogas - Abuso 2. Inquérito populacional - São Paulo (SP) 3. Saúde pública

CDD 362.29386

Palavras-chave: Álcool; Drogas; GENACIS; Inquérito; Medicamentos sem prescrição

Dedicatória

Aos meus pais, Aparecida e Benedito, que sempre colocaram os estudos como valor de primeira grandeza na formação de uma pessoa.

A todos os meus amigos, grandes colaboradores de meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A Leticia M. Salvador por acentuar as cores da minha vida com paixão, afeto, inteligência, sinceridade, espontaneidade e uma série de outras características que perpassariam essa dissertação.

Agradecimientos

À minha orientadora, Ivete Dalben, pela disposição, motivação e confiança prestadas ao longo de todo o processo seletivo para ingresso no mestrado e, posteriormente, por me apoiar e orientar com toda a serenidade que lhe tem sido característica, continuando ao meu lado mesmo nos momentos mais difíceis dessa formação acadêmica. Obrigado pela valiosa lição! Obrigado por ser uma legítima orientadora me deixando com as asas para voar ao mesmo tempo em que me lembrava de não tirar os pés do chão (mesmo não sentindo os pés no chão).

À minha co-orientadora, Florence Kerr-Corrêa, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e de vivenciar o eterno desafio de conviver com as diferenças mais absurdamente parecidas. Obrigado pela troca! Obrigado pelos “toques”! Obrigado pelo voto de confiança!

À Maria Odete Simão pela disposição com que me recebeu e inicialmente me orientou na elaboração do projeto de pesquisa original, pela experiência em campo e em “off”, pelos exemplos de empenho, assertividade e profissionalismo em assistência social.

À Margareth Aparecida Santini de Almeida por se constituir minha primeira referência, enquanto aluno especial, no programa de pós-graduação e por indicar a professora Ivete Dalben como orientadora para o mestrado na área de álcool e drogas.

Ao Rodolfo Puttini pelos debates sempre promissores realizados nos cantos do departamento de Saúde Coletiva entre um evento e outro e pela oportunidade de assessorá-lo na regência de disciplina de pós-graduação. Muito obrigado!

Aos professores Adriano Dias, José Eduardo Corrente e Wilza Spiri do Grupo de Apoio à Pesquisa da Unesp de Botucatu pelas recomendações e supervisões estatísticas durante o mestrado

À Maria Cristina Pereira Lima, nossa adorável Kika do departamento de psiquiatria, exímia conversora dos números em letras e das letras em palavras a nos permitir compreensão estatística na área de saúde mental, o meu muito obrigado pelas supervisões e pela iniciação no Stata.

À Luana Carandina pela coordenação da pós-graduação em saúde coletiva e pela preocupação com o suporte financeiro para conclusão do mestrado.

Aos funcionários do departamento de saúde coletiva e da pós-graduação da Faculdade de Medicina da Unesp pela disponibilidade e apoio logístico no atendimento e presteza com os alunos.

Aos integrantes do Curso de Especialização em Dependência Química da Unifesp, especialmente ao Cláudio Jerônimo da Silva, por competentemente me qualificarem para trabalhar na área de álcool e drogas e por demonstrarem que um trabalho colaborativo e ético em equipe multiprofissional não só é possível como também extremamente enriquecedor.

Aos professores da Graduação em Psicologia da Unesp de Bauru que enfrentam constantemente a difícil missão de formar profissionais no campo do saber mais pessoal que existe. Especialmente ao André Gellis por abordar pertinentemente a questão durante a supervisão do estágio em psicoterapia de adolescentes e adultos.

À coordenadora Valéria do Núcleo de Ensino Renovado de Bauru pelo exemplo de dedicação, amor e fé ao trabalho, características imprescindíveis a todo bom profissional.

Ao meu professor de psicologia no terceiro colegial, personagem mítico e inominável, meio padre, meio psicólogo, que acelerou a inevitável crise de identidade da adolescência ao mesmo tempo em que aguçou meu interesse pela psicologia.

A todos os demais que, apesar de não terem sido citados, colaboraram para mais esta conquista em minha vida. Vocês sabem que foram importantes!

Resumo

ROSENO, P. **Uso de drogas ilícitas e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição: um estudo na população geral da Região Metropolitana de São Paulo**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 2008.

A literatura científica tem associado o consumo de drogas com o uso pesado de álcool e com determinadas características sócio-demográficas. Enquanto há um grande número de artigos relatando essa associação nos países desenvolvidos, ainda há uma carência de informações sobre o assunto nos países em desenvolvimento. O objetivo desse estudo foi estimar a prevalência do uso de drogas ilícitas e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição em uma amostra representativa da população geral da Região Metropolitana de São Paulo e identificar a associação desse uso com o padrão de consumo de álcool, bem como outros fatores relacionados. Um inquérito de base populacional foi realizado com uma amostra estratificada dos habitantes da Região Metropolitana de São Paulo entre os anos de 2005 e 2007. A amostra final foi composta de 2.083 pessoas com 18 anos de idade ou mais. A taxa de resposta foi de 75,5%. Foram utilizados o questionário GENACIS (**G**ender, **A**lcohol and **C**ulture: an **I**nternational **S**tudy) e o teste AUDIT (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est) para a coleta dos dados. As análises estatísticas usaram o teste do qui-quadrado, teste exato de Fisher e regressão logística. As análises bivariadas mostraram associações significantes entre o uso de drogas ilegais e ser do sexo masculino, mais jovem, não considerar religião/espiritualidade importante, ter maior escolaridade, não morar com os parentes, uso pesado de álcool e pontuação no AUDIT acima de sete. Os respondentes que faziam uso de drogas ilícitas e consumo pesado de álcool bem

como aqueles que usavam medicamentos psicotrópicos sem prescrição, relataram buscar mais ajuda profissional para problemas emocionais e de saúde mental. Houve uma associação significativa entre o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e ser do sexo feminino, não ser católica, ter idade entre 45 e 54 anos e renda acima de 600 reais. Após o ajuste para possíveis variáveis de confusão, os únicos fatores que permaneceram independentemente associados com o uso de drogas ilícitas foram ser do sexo masculino, ter pontuação no AUDIT acima de sete e não morar com os parentes. Para o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição, as variáveis que permaneceram independentemente associadas após o ajuste foram ser do sexo feminino e ter renda acima de 600 reais. Comportamentos de risco como fazer uso pesado de álcool e de drogas ilícitas, tenderam a ocorrer juntos, especialmente em homens que não moravam com seus familiares. Este estudo pode contribuir para a melhor compreensão dos fatores que envolvem o uso de drogas ilícitas, de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e de álcool, o que pode ser útil para o desenvolvimento de políticas públicas específicas nesta área.

Palavras-chaves: drogas ilícitas, álcool, medicamentos sem prescrição, inquérito, GENACIS.

Abstract

ROSENO, P. **Abuse of illicit drugs, non-prescribed psychotropics and alcohol: a cross-sectional survey in metropolitan Sao Paulo, Brazil.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 2008.

In the literature, drug consumption has been associated with heavy alcohol use and certain demographic factors. While a considerable amount of data exists from developed countries, a lack of information regarding this subject exists in relation to developing countries. This study aimed to estimate the prevalence of illicit drug and nonprescribed psychotropics use, as well as heavy alcohol use, in a general population sample of Metropolitan Sao Paulo and identify associated factors. A population-based survey was conducted with a stratified cluster sample of metropolitan Sao Paulo inhabitants between 2005 and 2007. The final sample consisted of 2083 people aged 18 years or over. The response rate was 75.5%. The GENACIS (**G**ender, **A**lcohol and **C**ulture: an **I**nternational **S**tudy) questionnaire and the AUDIT (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est) were used. Statistical analysis was performed using the Chi square or Fisher exact tests and logistic regression. Bivariate analyses showed significant associations between illegal drug use and the male gender, younger age, not finding religion/spirituality as important, more years of formal education, living with nonrelatives, heavy alcohol use and an AUDIT score above seven. Respondents who were both illicit drug and heavy alcohol users as well as those who used nonprescribed psychotropics had sought more professional help for emotional problems. An association was found between reported use of nonprescribed psychotropic medications and the female gender, religion and the age range 45-54. After adjusting for possible confounders, the only variables that remained independently associated with illicit drug use were male gender, an AUDIT

score of eight or more and living with nonrelatives. The variables that remained independently associated with the use of nonprescribed psychotropic after adjustment were female gender and income above 300 dollars. Risk behaviors, such as heavy drinking and illicit drug use tended to occur together, especially in men who lived apart from their families. This study may contribute to improved understanding regarding the complex factors involved in the abuse of illicit drugs, nonprescribed psychotropics and alcohol, which could be useful for developing specific public health policies in this area.

Key words: illicit drugs, alcohol, nonprescribed medication, survey, GENACIS.

Lista de Tabelas

Tabela 1:	População em área urbana do município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000	42
Tabela 2:	Razão população/domicílio em área urbana do Município de São Paulo segundo idade e sexo em 2000.....	43
Tabela 3:	Distribuição esperada de entrevistas, segundo idade, sexo e local em 2000	44
Tabela 4:	Diferença entre os números planejado, sorteado e encontrado em campo referentes aos domicílios e pessoas na Região Metropolitana de São Paulo	45
Tabela 5:	Dados sócio-demográficos de amostra de base populacional da Região Metropolitana de São Paulo (n=2,083), 2007	59
Tabela 6:	Uso de drogas ilícitas e características sócio-demográficas em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007.....	60
Tabela 7:	Uso de drogas ilícitas e padrões de uso de álcool em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007.....	61
Tabela 8:	Uso de drogas ilícitas e uso pesado de álcool e a busca por ajuda devido a problemas emocionais/mentais em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007.....	62
Tabela 9:	Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e características sócio-demográficas em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007	62
Tabela 10:	Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e a busca por ajuda devido a problemas emocionais/mentais em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007.....	64
Tabela 11:	Modelo de regressão logística para predição do risco de uso de drogas ilícitas (1 = uso de droga; 0 = sem uso de droga) nos últimos 12 meses em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007	64
Tabela 12:	Modelo de regressão logística para predição do risco de uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição (1 = uso de medicamento psicotrópico sem prescrição; 0 = sem uso de medicamento psicotrópico sem prescrição) nos últimos 12 meses em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007	65

1	Introdução	21
1.1	Conceitos	23
1.2	Epidemiologia do uso de drogas ilícitas	26
1.3	Epidemiologia do uso de medicamentos sem prescrição	28
1.4	Perfil dos usuários de drogas ilícitas.....	29
1.5	Perfil dos usuários de medicamentos sem prescrição.....	30
1.6	Uso de drogas e padrão de consumo de álcool.....	31
1.7	Importância da epidemiologia do uso de drogas lícitas e ilícitas para o desenvolvimento de políticas públicas.....	32
2	Objetivos e hipóteses	35
2.1	Objetivos	36
2.2	Hipóteses	36
3	Métodos.....	38
3.1	Delineamento	39
3.2	Local de estudo	39
3.3	Lista de setores censitários/controle de campo.....	41
3.4	Amostragem	41
3.5	Considerações éticas	46
4	Instrumentos.....	47
4.1	Questionário GENACIS	48
4.2	AUDIT	50
5	Variáveis	51
5.1	Uso de drogas ilícitas	52
5.2	Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição	53
5.3	Características sócio-demográficas	53
5.4	Padrões de consumo de álcool.....	54
5.5	Tipos de consumo de álcool.....	54
5.6	Busca por serviços de saúde mental	55
6	Análise estatística	56
7	Resultados	58
8	Discussão.....	66
8.1	Limitações do estudo	67
8.2	Epidemiologia do uso de drogas ilícitas	67
8.3	Epidemiologia do uso de medicamentos sem prescrição	69
8.4	Uso de drogas e consumo de álcool.....	71
8.5	Uso de drogas e busca por serviços de saúde mental	72
9	Conclusões	74
10	Referências	77
	Anexos	91

Artigo: Abuse of illicit drugs, non-prescribed psychotropics and alcohol: a cross-sectional survey in Metropolitan Sao Paulo, Brazil	137
---	-----

1. Introdução

A literatura científica tem associado o consumo de drogas com o uso pesado de álcool e com determinadas características sócio-demográficas (Meltzer et al., 2002; Zilberman et al., 2003; Menezes & Ratto, 2004; Jaffe & Anthony, 2005; NIDA, 2006; HWS, 2007; NDM, 2007). Enquanto há um grande número de artigos relatando essa associação nos países desenvolvidos, ainda há uma carência de informações sobre o assunto nos países em desenvolvimento.

Em geral, drogas ilegais e álcool são mais consumidos por homens e medicações psicotrópicas por mulheres na maioria dos países, incluindo o Brasil (Carlini et al., 2002; Lima et al., 2003; NIDA, 2006; Bauman et al., 2007; Guxens et al., 2007; NDM, 2007;).

O maior consumo de drogas ilegais ocorre na faixa etária dos jovens, entre os de baixa escolaridade e em grupos étnicos socialmente excluídos como, por exemplo, o de afro-descendentes (Meltzer et al., 2002; Menezes & Ratto, 2004; Jaffe & Anthony, 2005; SAMHSA, 2006; HWS, 2007).

O uso de drogas ilegais também é significativamente associado ao abuso de álcool e outros transtornos por uso de substâncias (Brook et al., 1986; DeMilio, 1989; Campbell & Stark, 1990; Swift et al., 1990; Breslau et al., 1993; Stephens et al., 1993; Wittchen et al., 1996; Kandel et al., 1997; Whitmore et al., 1997; Lopes & Sichieri, 2002; Guxens et al., 2007), incluindo a dependência de nicotina (Breslau et al., 1991; Kandel et al., 1997). Também está associado a transtornos de ansiedade e distúrbios afetivos (Brook et al., 1986; DeMilio, 1989; Johnson & Kaplan, 1990; Breslau et al., 1991; Stephens et al., 1993; Mezzich, 1993; Kandel et al., 1997; Tarter et al., 1997; Mehrabian, 2001). De fato, usuários de drogas têm níveis mais graves de prejuízos psicológicos e buscam mais serviços de saúde mental do que

indivíduos que não usam drogas (Campbell & Stark, 1990; Breslau et al., 1991; Stephens et al., 1993; Burch, 1994).

Muitas drogas psicotrópicas são adquiridas sem prescrição médica ou fora da farmácia em outros países (Gul et al., 2007) e também no Brasil (Lima et al., 2003). O preço da droga interfere na decisão de abusar de drogas de prescrição e é sabido que usuários de substâncias ilícitas freqüentemente compensam a redução da oferta de drogas por medicamentos com efeitos similares (Simeone & Holland, 2006).

O consumo de medicamentos sem prescrição ocorre predominantemente nas mulheres e na faixa etária dos mais velhos (Rocket et al., 2006; NDM, 2007), também havendo uma significativa associação entre esse consumo e a utilização de serviços de saúde (SAMHSA, 2006), o que pode certamente repercutir na definição de políticas públicas (EMCDDA 1996; Brasil, 2004; Simeone & Holland, 2006).

1.1. Conceitos

A Organização Mundial de Saúde define droga como “toda substância que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. As drogas ilícitas são substâncias psicoativas cuja produção, venda ou uso são proibidos. Estritamente falando, não é a droga que é ilícita, mas sua produção, venda ou uso em circunstâncias específicas em uma dada jurisdição. As substâncias sujeitas a esse controle diferem de país para país (Bertolote, 2006).

Em geral, medicamentos psicotrópicos têm o mesmo significado de substâncias psicoativas, ou seja, são fármacos que afetam os processos mentais. Em termos estritos, droga psicotrópica é qualquer agente químico com ação primária

ou mais significativa no Sistema Nervoso Central. Alguns autores aplicam o termo a drogas de uso primário no tratamento de transtornos mentais, como sedativos ansiolíticos, antidepressivos, agentes antimaníacos e neurolépticos. Outros usam o termo para se referir às substâncias com alto risco de abuso, devido a seus efeitos no humor, na consciência ou em ambos, tais como estimulantes, alucinógenos, opióides, sedativos/hipnóticos etc. O uso de medicamentos sem prescrição ou o uso não médico ocorre quando um medicamento, que normalmente necessita de prescrição médica, obtido ou não mediante receita médica, é usado de forma diferente da prescrita ou além do período da prescrição ou por uma pessoa para quem a droga não foi prescrita (SAMSHA, 1997; Bertolote, 2006).

Quantitativamente, na literatura americana, beber pesado é definido como três ou mais doses por ocasião para mulheres ou cinco ou mais doses para homens (NIAAA, 2003).

Beber problemático é o consumo de duas doses (1 dose=50 ml de álcool a 40%; 350 ml de cerveja a 5%; 150 ml de vinho a 12%; 75 ml de Martini, ou seja, 12-14 g de álcool) para mulheres e três ou mais para homens, uma ou mais vezes por semana acompanhado de ao menos um dos seguintes critérios: vivência de alguma consequência negativa nos últimos doze meses ou qualquer critério de dependência (NIAAA, 2000).

Deve ser destacado que na literatura inglesa, o termo abuso de álcool é usado como um nome genérico para qualquer uso nocivo, problemático de risco ou dependência do álcool (Barbor & Higgle-Biddle, 2003). No Brasil, no momento, a literatura prefere usar o termo uso problemático ou nocivo, enquanto o termo abuso é reservado ao abuso físico ou sexual.

O beber se embriagando ou ficando de porre ("binge drinking"), definido como cinco ou mais drinques por ocasião (Wechsler et al., 1994) é um padrão de uso periódico associado com aumento do prejuízo físico e emocional, incluindo violência, acidentes, gravidez não planejada, sexo desprotegido e doenças sexualmente transmissíveis. É freqüentemente encontrado entre homens na maioria dos países (Wilsnack et al., 2000).

O uso de risco de bebida alcoólica é aquele no qual o indivíduo, ao aumentar a quantidade e freqüência de ingestão, aumenta as suas chances de sofrer algum dano físico ou mental ou de ocasioná-lo para os que o rodeiam. O uso nocivo de bebida alcoólica ocorre quando há o uso de risco freqüente já com inúmeros problemas associados (sociais, familiares, legais e mesmo físicos), porém ainda sem dependência instalada (OMS, 1993).

Comportamentos de risco são formas específicas de comportamento associadas com o aumento da susceptibilidade a uma doença específica (WHO, 1998 *apud* Nutbeam, 1998). Os comportamentos de risco são usualmente definidos como "perigosos" com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais. Comportamentos de risco fazem parte de um padrão de comportamentos mais complexos definido como estilo de vida, o qual também contempla os comportamentos de saúde (Nutbeam, 1998).

Transtornos por uso de substância são uma formulação abreviada da categoria diagnóstica F.1x da CID-10: "Transtornos mentais e comportamentais associados com o uso de substâncias psicoativas". Essa categoria inclui a intoxicação aguda (F1x.0), o uso prejudicial (F1x.1), a síndrome de dependência (F1x.2), a síndrome de abstinência (F1x.3), a síndrome de abstinência com *delirium* (F1x.4), os transtornos psicóticos (F1x.5) e a síndrome amnésica (F1x.6) Para uma

substância particular, estas condições podem ser agrupadas como, por exemplo, transtornos devido ao uso de álcool, transtornos devido ao uso de maconha, transtornos devido ao uso de estimulantes. Os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas são definidos como de relevância clínica em contraposição aos problemas associados ao uso de substâncias psicoativas que incluem eventos e condições que não apresentam necessariamente uma relevância clínica (Bertolote, 2006).

1.2. Epidemiologia do uso de drogas ilícitas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Estimativas internacionais indicam que de 8% a 45% da população geral dos países ocidentais experimentou maconha alguma vez na vida. No Canadá e nos Estados Unidos quase uma em duas pessoas experimentou maconha. Dinamarca e Reino Unido estão no topo da lista com 31% e 30% respectivamente (NDM, 2007).

Em um estudo de base populacional com os pacientes atendidos nas emergências dos Estados Unidos, Rocket et al. (2006) encontraram que o uso declarado de substâncias foi maior para maconha (11% nos homens, 6% nas mulheres). Após correções para sub-relatos, o uso total de qualquer substância saltou de 44% para 56% nas mulheres e de 61% para 69% nos homens.

No grupo dos 15 primeiros países da União Européia, a porcentagem de usuários de cocaína variou de quase zero a quase sete por cento. Altas taxas foram

encontradas no Reino Unido, Espanha e Itália. Na Holanda, mais que 3% da população entre 15 e 64 anos usou cocaína de forma contínua. Nos outros estados membros da União Européia, a porcentagem de usuários não excedeu 1,2% (NDM, 2007).

A disponibilidade das drogas e os meios pelos quais as drogas são comercializadas influenciam quais tipos de drogas são usadas e quem as usa nos diferentes países (UNODC, 2002). Essa influência pode ser observada no Brasil e em outros países da América Latina onde o comércio e consumo de heroína praticamente não existem.

Um estudo conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (Carlini et al., 2002) pontuou que a prevalência do uso de drogas ilícitas durante a vida foi de 11,6%, uma taxa similar àquela encontrada no Chile e maior do que a da Colômbia. O uso de maconha apresentou a maior prevalência durante a vida (6,6%), enquanto a prevalência do uso de cocaína no estado de São Paulo foi de 2,1%. Não houve relatos do uso de heroína. Novamente, o uso de drogas ilícitas por homens foi maior do que o das mulheres, um fato que deveria ser levado em conta nos programas de prevenção.

A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial. A maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). Nas maiores cidades do estado de São Paulo, o uso na vida de cocaína atinge 2,1% da população. Mesmo presente entre uma parcela diminuta da população, a cocaína é a substância ilícita mais utilizada entre aqueles que procuram atendimento de emergência ou tratamentos especializados para dependência (Dunn & Laranjeira, 2001; UNODCCP, 2001).

1.3 Epidemiologia do uso de medicamentos sem prescrição

Estudos revelam uma significativa prevalência do uso de medicamentos sem prescrição, seja pela compra dos mesmos em farmácias (SAMHSA, 2006), ou por aquisições “over-the-counter” (fora do balcão da farmácia), um termo que vem sendo utilizado pela literatura internacional para definir os medicamentos que não necessitam de prescrição para serem adquiridos (SAMHSA, 2006; Gül et al., 2007).

Sabe-se que usuários de drogas ilegais em todo o mundo freqüentemente compensam o suprimento reduzido de tais substâncias por drogas lícitas que têm efeitos similares, as quais são, na maioria das vezes, adquiridas sem prescrição (Simeone & Holland, 2006).

O percentual de uso de medicamentos sem prescrição geralmente é estimado pelas agências de regulação nacional de cada país e varia muito de lugar para lugar, girando em torno de 10% em algumas regiões e em mais de 50% em outras (Lima et al., 2003; NIDA, 2006; SAMHSA, 2006). Dentre os medicamentos psicotrópicos sem prescrição mais consumidos no mundo estão os benzodiazepínicos com uma prevalência de 5,8% nos Estados Unidos e de 3,3% no Brasil (Carlini et al., 2002).

Ao contrário de outros países, no Brasil não há informações sobre o consumo de medicamentos geradas a partir de bancos de dados de abrangência nacional (Rozenfeld & Valente, 2004). Entre 2001 e 2005, foi estimado um crescimento de 5% ao ano nas vendas de medicamentos em geral. Este crescimento parece estar associado a muitos fatores, como a melhora da renda média, a oferta contínua de novas drogas e o investimento massivo em pesquisa (Imshealth, 2006). Alguns estudos de base populacional investigaram o uso das medicações

psicotrópicas em adultos, encontrando uma alta proporção de uso de medicamentos em todas as faixas etárias (Arrais, 1997; Lima et al., 2003).

1.4 Perfil dos usuários de drogas ilícitas

Homens são mais suscetíveis do que as mulheres quanto ao uso de drogas ilícitas. O consumo de drogas também ocorre principalmente entre jovens e adultos jovens (Zilberman et al., 2003; NIDA, 2006; NDM, 2007).

Altas taxas de dependência de drogas têm sido relacionadas com níveis baixos de escolaridade e de renda e com os grupo étnicos portadores de tais características como, por exemplo, os afro-descendentes na maioria dos países europeus e americanos (Meltzer et al., 2002; Menezes & Ratto, 2004; Jaffe & Anthony, 2005; SAMHSA, 2006; HWS, 2007).

Estudos sobre a relação entre espiritualidade e uso de drogas têm evidenciado que as religiões mais conservadoras tendem a apresentar menos usuários de álcool e drogas entre os seus membros (Engs et al., 1990; Dalgarrondo et al., 2004;).

Estudos indicam que aqueles que usam drogas de forma descontínua geralmente iniciam o uso por razões sociais, especialmente por influência do grupo de amigos com quem convivem. Dessa forma, aqueles que moram com familiares que não usam drogas tendem a reproduzir as mesmas atitudes e valores sobre o uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, a convivência com familiares que fazem uso de drogas e que possuem problemas psicológicos tende a precipitar no indivíduo o uso crônico de tais substâncias (BINLEA, 2002; Justesen, 2008).

Apesar dos usuários de substâncias psicoativas apresentarem certa resistência para tratarem de seus problemas com drogas (NIDA, 2006), cerca de metade dos indivíduos com transtorno por uso de drogas tem algum transtorno de personalidade. O abuso e a dependência de drogas também têm sido associados com transtornos depressivos e de ansiedade, o que aumentaria a busca dos usuários aos serviços de saúde mental para tratar destas comorbidades (Brook et al., 2002; Grant et al., 2004; Jaffe & Anthony, 2005; Rocket et al., 2006; Stinson et al., 2005; Sullivan et al., 2006).

Outros achados indicam que não há um grupo homogêneo de usuários de drogas, mas diferentes grupos com diferentes padrões de uso de drogas que não compartilham os mesmo fatores de risco. Estudos indicam que usuários pesados de drogas foram mais suscetíveis a desenvolver dependência de álcool e outras drogas, além de transtornos afetivos (Mehrabian, 2001; Lopes & Sichieri, 2002).

No Brasil, a demanda por substâncias ilícitas parece ser maior entre os jovens e em populações com níveis elevados de desemprego, dificuldades de moradia, oportunidades educacionais limitadas, elevada criminalidade e com serviços de saúde deficientes (Brasil, 1995).

1.5 Perfil dos usuários de medicamentos sem prescrição

O uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição está associado ao sexo feminino e às idades mais avançadas na literatura internacional. Pacientes acima dos 65 anos manifestaram uso significativamente maior quando comparados a pacientes de outras faixas de idade (Rocket et al., 2006; NDM, 2007).

Também é bastante conhecida a forte associação entre o uso de medicamentos sem prescrição e a busca acentuada por serviços de saúde, incluindo aqueles que oferecem tratamentos de saúde mental (SAMHSA, 2006).

No Brasil, as mulheres com idade compreendida entre os 16 e 45 anos são as que mais utilizam medicamentos sem prescrição. Os homens tendem a aumentar o consumo de medicamentos sem prescrição a partir dos 56 anos, sendo os psicotrópicos de propriedades ansiolíticas uma das categorias mais utilizadas de medicamentos sem prescrição (Arrais, 1997; Lima et al., 2003).

1.6 Uso de drogas e consumo de álcool

A literatura científica associa o consumo de drogas com o uso pesado e problemático de álcool e com vários outros comportamentos de risco (Wechsler et al., 1994; Marlatt et al., 1998; Piedra et al., 2005; Barros et al., 2007).

Entre todos os padrões de consumo de álcool, o episódio de beber pesado tem sido mais freqüentemente associado com o uso de drogas ilícitas (Taylor et al., 2007).

Helzer & Pryzbeck (1998) relataram que entre os que faziam uso nocivo somente de maconha, a taxa de prevalência de alcoolismo ao longo da vida foi cerca de um terço (36%), enquanto a taxa de alcoolismo entre os usuários de drogas pesadas foi muito maior, alcançando 62% nos usuários de estimulantes e 84% nos usuários de cocaína.

Para Gossop, Manning & Ridge (2006), houve diferenças no consumo de álcool entre usuários de cocaína e *crack*. Usuários cocaína apresentaram maior freqüência de beber pesado do que usuários de *crack*. O beber pesado

freqüentemente envolvia quantidade excessiva de beber em períodos prolongados. Usuários de *crack* relataram sérios problemas associados com o uso de outras drogas ilícitas, crime, problemas físicos e psicológicos. Quase metade dos usuários de cocaína relatou beber pesado ao menos uma vez no mês anterior, com um sexto relatando um episódio de beber com duração de mais de 24 horas e com um pico de consumo de álcool de aproximadamente 23 U (184 g de etanol).

Estima-se que, no Brasil, cerca de 70% da população já tenha feito uso de álcool em algum momento da vida. Em se tratando do uso de outras drogas que não o álcool ou o tabaco, o percentual projetado é de 20% na população geral. Praticamente todos aqueles classificados como dependentes de alguma droga ilícita relataram ter feito uso de álcool (Carlini et al., 2002).

1.7 Importância da epidemiologia do uso de drogas lícitas e ilícitas para o desenvolvimento de políticas públicas

A epidemiologia é uma área que estuda a distribuição dos problemas de saúde nas populações para determinar a natureza, as características e as condições ambientais ou as circunstâncias que estão associadas a estes problemas (UNODC, 2002).

A epidemiologia do uso de drogas é muito importante para o estabelecimento de políticas sobre as drogas em uma cidade ou país. Os inquéritos populacionais podem oferecer informações úteis sobre a prevalência do uso de substâncias psicoativas, características sócio-demográficas dos usuários de drogas e fatores de risco como, por exemplo, estilo de vida, fumo de tabaco, uso de álcool, disponibilidade de drogas, influência dos companheiros etc.

A prevalência do uso de drogas na população geral ou na maioria dos extratos da população geral é fundamental para as necessidades e intenções políticas, particularmente para o desenvolvimento de programas preventivos. Os políticos podem utilizar tais dados para ajudar a mudar atitudes e para desenvolver ofertas de serviços efetivos e ações de redução de demanda (EMCDDA, 1996).

Segundo Woodak (1998), o consumo de drogas ilícitas constituía um problema em somente alguns países há uma geração. Ao longo dos anos 60, o uso de drogas se estendeu a diversos países desenvolvidos. Nos anos 80, o consumo de drogas ilícitas começou a se estender à maioria dos países em desenvolvimento. No início dos anos 90, estimava-se que existiam no mundo mais de 5 milhões de usuários de drogas injetáveis, envolvendo mais de 120 países (STIMSON, 1998).

Simeone & Holland (2006) examinaram os efeitos dos Programas de Monitoramento de Drogas de Prescrição (PMDP) sobre a oferta e abuso de drogas prescritas. O modelo de pesquisa que utilizaram sugeriu que os PMDP reduziram a prescrição de analgésicos e estimulantes por pessoa e, sendo assim, reduziram a probabilidade do abuso destas drogas. As evidências também sugeriram que os estados que foram pró-ativos em sua abordagem de regulação dos anoréxicos e aliviadores da dor foram mais efetivos na redução da oferta de analgésicos e estimulantes por pessoa que os estados que foram somente reativos em seu modelo de regulação.

No Brasil, a relação entre o uso de álcool ou de outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência evidencia um aumento na gravidade de lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e as violências ocupam a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre

peessoas de 10 a 49 anos de idade. Esse perfil se mantém nas séries históricas do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

Baseando-se nos conhecimentos previamente apresentados, sugestões podem ser elaboradas para o desenvolvimento de avaliações, abordagens e programas direcionados aos diferentes níveis do sistema de saúde, incluindo o nível nacional; comunitário e individual. Esta avaliação deveria abranger os principais aspectos envolvidos com o uso de drogas em cada país, cidade ou comunidade, incluindo a dinâmica do uso e problemas associados; idade média do uso de drogas; aparição de novas drogas e novos padrões de uso; propagação do tráfico e de crimes relacionados; consequências do uso das drogas como, por exemplo, a AIDS, hepatite e outros prejuízos; além da identificação de grupos específicos de uso de drogas (EMCDDA 1996).

Conhecer o padrão e as associações do uso de drogas ilícitas e medicamentos psicotrópicos sem prescrição em amostra populacional pode promover o conhecimento sobre o consumo dessas substâncias entre homens, mulheres, jovens, idosos e outros grupos demográficos, contribuindo assim para a elaboração de programas preventivos, medidas de saúde e políticas públicas.

2. Objetivos e hipóteses

2.1. Objetivos

Este estudo é parte do Projeto GENACIS (“Gender, Alcohol and Culture: An International Study”) que objetiva estimar a prevalência de drogas ilícitas e uso de psicotrópicos não prescritos, assim como verificar as associações com o consumo pesado de álcool e variáveis sócio-demográficas, em um inquérito de base populacional conduzido na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil.

2.2. Hipóteses

As principais hipóteses da pesquisa são:

- 1) o uso de drogas ilícitas estaria significativamente associado com o sexo (maior em homens), idade (maior em idades mais jovens), estado civil (maior entre os participantes que não eram casados), escolaridade (maior entre os de maior escolaridade), religião (maior entre aqueles cuja espiritualidade não é importante) e pontuação no AUDIT (maior entre aqueles com pontuação acima de 7) e;
- 2) o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição estaria significativamente associado com o sexo feminino.

3. Métodos

O presente projeto consiste em analisar os dados do estudo internacional GENACIS (Gender, Alcohol, and Culture: An International Study), de base populacional referente à Região Metropolitana de São Paulo. O estudo GENACIS conta com auxílio de pesquisa concedido pela Fapesp (processo 04/11729-2) e aprovado anteriormente pela Comissão de Ética. Utilizaram-se algumas questões do questionário GENACIS em relação aos dados sócio-demográficas, padrões e contexto de uso de álcool e outras drogas permitindo a comparação posterior entre diferentes países com dados já coletados.

3.1. Delineamento

O presente estudo é um inquérito epidemiológico transversal, feito com amostra probabilística estratificada por conglomerados ("cluster sampling") na Região Metropolitana de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil (Anexo A), entre os anos de 2005 e 2007.

3.2. Local de estudo

A região metropolitana de São Paulo (RMSP) compreende o município de São Paulo e mais 38 municípios em seu entorno e tem aproximadamente 19.037.000 habitantes, cerca de dois terços da população do estado de São Paulo (IBGE, 2000). Para o município de São Paulo (MSP), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou, no censo de 2000, uma população de 10.927.985 habitantes e uma área municipal de 1.523 km².

O município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, é a cidade mais populosa do Brasil e do hemisfério sul e tem uma característica peculiar: possui mais de 2.000 bairros divididos em 96 distritos. Quase todos os distritos possuem um bairro com o mesmo nome, em geral o bairro mais importante do distrito. Uma exceção importante é o distrito de Moema, o único que não possui um bairro com o mesmo nome, ou seja, não existe o bairro Moema. A divisão da cidade em distritos é utilizada pela Prefeitura e pelo IBGE, enquanto que os Correios utilizam a divisão em bairros (EKW, 2008).

A Região Metropolitana de São Paulo é um dos maiores aglomerados urbanos do mundo, abrangendo a Capital do Estado e mais 38 municípios vizinhos. Sua área de 8.051 km² corresponde a menos de 1 milésimo da superfície brasileira e a menos de 4% do território do estado de São Paulo. Ainda que pequena em relação ao território brasileiro e estadual, a dimensão da Região Metropolitana é muito próxima a de alguns países como, por exemplo, o Líbano ou a Holanda.

A área urbanizada da Região é de 1.747 km², algo como 120 mil quarteirões. Essa área, que extrapola fronteiras municipais, aumenta cerca de 357 km² a cada dez anos. Em termos físicos, esse número corresponde a crescer uma nova Belo Horizonte, outra importante capital brasileira, em apenas uma década (STM-SP, 2008).

As cidades que compõe a Região Metropolitana de São Paulo (Anexo B) são: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Cajamar, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itapeverica da Serra, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana do

Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista

3.3. Lista de setores censitários/controle de campo

A Região Metropolitana de São Paulo, incluindo o Município de São Paulo, foi dividida em 52 setores censitários, perfazendo um total de 1.577 domicílios e 2.083 entrevistas.

3.4. Amostragem

A população de estudo foi constituída por pessoas com 18 anos ou mais de idade, residentes na área urbana dos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo, incluindo o município de São Paulo. Os municípios foram agrupados em dois estratos. O primeiro deles compreende unicamente ao município de São Paulo e no segundo estrato, denominado Interior da Região Metropolitana de São Paulo, foram alocados todos os outros municípios da região.

Os dados foram analisados para o total da Região Metropolitana de São Paulo e, em separado, para o município de São Paulo. Nesse sentido, o tamanho da amostra foi determinado buscando-se atender às necessidades de precisão das estimativas para o município de São Paulo, uma vez que não foram feitas estimativas, em separado, para o Interior da RMSP. Em outras palavras, houve uma preocupação para que a amostra fosse representativa do município de São Paulo e da grande São Paulo como um todo. Não houve preocupação para que a amostra fosse representativa dos demais municípios da grande São Paulo isoladamente.

Frente ao objetivo de estimar a prevalência de uso de álcool e drogas em distintos subgrupos populacionais, foram considerados, para fins de cálculo do tamanho de amostra, os seguintes domínios: homens de 18 a 34 anos, de 35 a 59, de 60 anos ou mais anos de idade e mulheres nas mesmas faixas etárias. Os dados referentes à população residente no município de São Paulo, segundo esses subgrupos populacionais e estratos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. População em área urbana do município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.

Idade (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
18 a 34	1.482.501	21,5	1.579.953	22,9	3.062.454	44,4
35 a 59	1.332.416	19,3	1.549.219	22,5	2.881.635	41,8
60 e mais	386.052	5,6	566.705	8,2	952.757	13,8
Total	3.200.969	46,4	3.695.877	53,6	6.896.846	100,0

Fonte: Censo 2000 – Fundação IBGE.

Para cálculo do tamanho de amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções, uma vez que a maior parte das estimativas do estudo foram proporções de indivíduos com determinada característica:

$$n_0 = \frac{P.(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

O P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança de P ; d é o erro de amostragem admitido e $deff$ é o efeito do delineamento. Esta fórmula é uma fórmula dada para estudos que vão trabalhar com proporções.

Considerou-se que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais é de 50% ($P = 0,50$), uma vez que a pesquisa teve múltiplos objetivos e essa proporção é a que levou à obtenção do maior tamanho de amostra. Adotou-se como efeito do delineamento, a estimativa de 1,5 correspondente ao acréscimo que espera ter na variância das estimativas em função da utilização de delineamento complexo de amostragem (sorteio de conglomerados e ponderação). Para um coeficiente de confiança de 95% ($z=1,96$) e um erro de amostragem de 10% (correspondente à diferença máxima de 0,10 entre a estimativa e o parâmetro populacional P), $n_0 = \frac{0,50 \cdot (1 - 0,50)}{(0,10/1,96)^2} \cdot 1,5 = 144$, que foi arredondado para 150.

Considerando a intenção de garantir que 150 pessoas fossem entrevistadas no menor domínio do Município de São Paulo, o de homens de 60 anos e mais, calculou-se o número de domicílios que deveriam ser visitados para se obter esse número de entrevistas, tomando por base a razão entre população residente e domicílios (Tabela 2): 1099 domicílios ($150/0,1365=1.099$).

Tabela 2. Razão população/domicílio em área urbana do Município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.

Idade	Homens	Mulheres
18 a 34	0,5242	0,5587
35 a 59	0,4712	0,5478
60 e mais	0,1365	0,2004

Foram incluídas na amostra todas as pessoas com 60 anos ou mais residentes nos domicílios sorteados. Nos municípios do Interior da Região Metropolitana de São Paulo, foram entrevistados os maiores de 60 anos de todos os domicílios da amostra. Para a localização das pessoas das outras faixas etárias, foi sorteada a metade dos domicílios.

Na Tabela 3 estão indicados os números de entrevistas para cada subgrupo populacional, em cada estrato.

Tabela 3. Distribuição de entrevistas segundo idade e local em 2000

Idade	MSP	Interior RMSP	Total RMSP
18 a 34	861	229	1.090
35 a 59	744	197	941
60 e mais	370	92	462
Total	1.975	518	2.493

Considerando uma taxa de não resposta de 20%, foi sorteado um número maior de domicílios: 1400 no MSP ($1.099/0,8=1.374$) e 1.000 no Interior RMSP ($768/0,8=960$). Dessa forma foram identificadas em torno de 3.117 pessoas elegíveis (2.469 no MSP e 648 no Interior da RMSP), das quais 2.493 deveriam ter sido entrevistadas. Efetivamente, em função de recusas e perdas, o número de entrevistados foi de 2.083.

O processo de amostragem utilizado foi o da amostragem por conglomerados em dois estágios: setor censitário e domicílio.

Foram sorteadas 60 unidades primárias de amostragem (setores censitários), sendo 35 no MSP e 25 no Interior RMSP. O sorteio foi com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios em área urbana. As frações de amostragem de primeiro estágio foram:

$$f_i = \frac{35 \cdot M_i}{M} \text{ no Município de São Paulo e } f_i = \frac{25 \cdot M_i}{M} \text{ no Interior RMSP,}$$

sendo M o número total de domicílios em área urbana ($M=2.827.849$ no MSP e $M=1.974.753$ no Interior RMSP) e M_i o número de domicílios do setor censitário i .

Todos os domicílios existentes nos setores censitários sorteados foram arrolados, em campo, elaborando-se a listagem de endereços. A partir dessa

listagem, foram sorteados 40 domicílios no Município de São Paulo e 20 domicílios no Interior da Grande São Paulo sendo, respectivamente, as frações de amostragem de segundo estágio:

$$f_2 = \frac{40}{M_i} \text{ e } f_2 = \frac{20}{M_i}$$

A fração de amostragem global é expressa por: $f = f_1 \cdot f_2$

$$f = \frac{35 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1400}{2827849} \cong \frac{1}{2020}, \text{ no MSP.}$$

$$f = \frac{25 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{20}{M_i} = \frac{500}{1974753} \cong \frac{1}{3950}, \text{ no Interior RMSP.}$$

No interior da Região Metropolitana de São Paulo, essas frações de amostragem foram relativas à população de 60 anos ou mais. Para os menores de 60 anos, em função do sorteio de metade dos domicílios, a fração foi:

$$f = \frac{1}{7900}$$

Observando-se a Tabela 4, pode-se notar diferenças entre os dados sorteados e aqueles encontrados em campo na Região Metropolitana de São Paulo.

Tabela 4. Diferença entre os números planejado, sorteado e encontrado em campo referentes aos domicílios e pessoas na Região Metropolitana de São Paulo

	Domicílios	Pessoas
Planejado	1.099	1.975
Sorteado	1.400	2.469
Encontrado em campo	1.577	2.083

A diferença entre o sorteado e o encontrado em campo, tanto em relação ao número de domicílios como ao de pessoas, foi de aproximadamente 13%. Isso

correspondeu ao acréscimo ocorrido entre 2000, ano do censo, e 2005, ano de realização do trabalho de campo.

3.5. Considerações éticas

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (CEFMB-UNESP), que segue as determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e aprovado em 13 de setembro de 2004. O presente recorte do projeto inicial foi também submetido à CEFMB-UNESP e aprovado em 04 de junho de 2007. Só participaram aqueles que voluntariamente o desejarem, sendo assegurado o sigilo de suas respostas e possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções. Todos assinaram o TCLE (Anexo C).

4. Instrumentos

4.1. Questionário GENACIS

Desde 1993, o "International Research Group on Gender and Alcohol" (IRGGA) tem se encontrado anualmente com o objetivo de encaminhar pesquisas sobre as diferenças e influências do sexo no consumo de álcool, bem como os problemas relacionados a este consumo. Desses encontros surgiu o Projeto GENACIS (Gender, Alcohol, and Culture: An International Study), com elaboração de questionário padronizado (Anexo D) e metodologia que permitiria análises comparativas dos dados de levantamentos nos diversos países representados. Este questionário foi traduzido cuidadosamente para o português. O processo de tradução incluiu vários passos: 1) tradução prévia por diversos psiquiatras bilíngües; 2) tradução posterior por um inglês nativo que vive no Brasil há vários anos, e 3) vinte entrevistas pilotos conduzidas para identificar e corrigir problemas de vocabulário. O questionário GENACIS já foi utilizado em pesquisa anterior (Kerr-Corrêa et al., 2005) e foi aplicado para todos os respondentes mesmo que não fizessem uso de álcool.

A versão do GENACIS utilizada neste estudo consiste em um questionário com 119 questões, divididas em 15 seções: questões sócio-demográficas, experiência de trabalho, redes sociais, variáveis de consumo (incluindo várias consequências do uso de álcool), relações íntimas e sexualidade, violência e vitimização, saúde e estilo de vida, incluindo uso de drogas ilícitas e prescritas (Wilsnack & Wilsnack, 2003). O questionário foi traduzido e adaptado para o Brasil, tendo sido utilizado pesquisa anterior (Kerr-Corrêa et al., 2005).

O treinamento da aplicação do questionário GENACIS, direcionado a uma equipe de entrevistadores com experiência anterior em pesquisas comunitárias, foi

realizado pela Profa. Titular Florence Kerr-Corrêa e Profas. Dras. Maria Cristina Pereira Lima e Adriana Marcassa Tucci. Este treinamento envolveu questões específicas sobre álcool e seu consumo e comportamentos associados. O questionário foi revisto item a item, garantindo a compreensão do contexto e objetivos do estudo. Houve, também, “role-playings” simulando situações que os entrevistadores encontraram dificuldades em manejar. A maioria dos entrevistadores eram mulheres porque, tradicionalmente no Brasil, as mulheres obtêm acesso mais facilmente às residências, especialmente quando são tratadas questões mais íntimas.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário em entrevistas pessoais pela equipe de entrevistadores treinados, nas residências selecionadas pelo sorteio amostral. Foram enviadas cartas de contato inicial (Anexo E) às casas selecionadas informando os objetivos do estudo, metodologia, sua realização em vários países e enfatizada a importância da participação das pessoas, ainda que não obrigatória. O acesso a mais informações foi oferecido por um *site* na Internet (www.viverbem.fmb.unesp.br). Os entrevistadores usaram jalecos e crachás de identificação e a privacidade foi garantida. Para prevenir que crianças interrompessem a entrevista, os entrevistadores levaram giz de cera e objetos que pudessem mantê-las entretidas.

A maioria das recusas foi de homens e famílias moradores de estratos socioeconômicos mais altos, freqüentemente morando em prédios. Tentaram-se vários outros contatos quando a recusa ocorreu. O primeiro foi elaborar uma carta mais detalhada no intento de reverter recusas (Anexo F), contendo números de telefones para contato em São Paulo, inclusive três números de telefones celulares

dos coordenadores dos entrevistadores. Os entrevistadores foram supervisionados mensalmente pelos coordenadores da equipe.

4.2. AUDIT

Entre os instrumentos para o diagnóstico dos problemas de uso nocivo de álcool, encontra-se o AUDIT (Anexo G) que foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e traduzido e adaptado no Brasil por Figlie et al. (1997) e posteriormente validado por Lima et al. (2005). Têm como finalidade identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool.

Seu escore alcança de 0-40 e o escoramento pode ser feito de diferentes formas. Um escore de oito ou mais indica que um diagnóstico específico é necessário. Barbor & Higgle-Biddle (2003), as principais personalidades por trás do instrumento, propõem quatro níveis de escores do AUDIT, os quais podem sugerir (ou não) alguma intervenção na atenção primária controlada por profissionais de saúde. Segundo esses autores, os escores são classificados da seguinte forma:

- Baixo risco de consumo e abstinência = 0 a 7 pontos;
- Risco de consumo = 8 a 15 pontos;
- Uso nocivo ou de alto risco = 16 a 19 pontos;
- Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos).

5. Variáveis

No anexo 4 e 7, dispõem-se, respectivamente, o questionário GENACIS e o teste AUDIT que foram utilizados para composição das variáveis desta pesquisa.

As questões referentes ao GENACIS que foram analisadas contemplavam as seguintes seções:

- Seção B, que continha os principais dados sócio-econômicos;
- Seção C, que continha dados sobre a vida ocupacional, da qual foram destacadas a renda individual e familiar;
- Seção D, que continha dados sobre o convívio íntimo e social, da qual foram selecionadas religiosidade e espiritualidade;
- Seção E, que continha informações relativas à quantidade e frequência do uso de álcool e permitiram o cálculo dos padrões de uso;
- Seção I, que continha informações relativas à quantidade e frequência do uso de outras drogas que não o álcool e o tabaco;
- Seção L, que continha dados sobre a saúde mental e emocional, da qual foi destacada a busca por ajuda profissional nessa área.

O teste AUDIT foi aplicado na íntegra e suas questões permitiram estabelecer o tipo de consumo de álcool em relação às categorias de possíveis consequências que estavam sendo geradas devido a esse consumo .

5.1. Uso de drogas ilegais

Foram classificados como fazendo **uso de drogas ilegais** todos aqueles respondentes que relataram o consumo de qualquer uma das seguintes substâncias nos últimos 12 meses:

- maconha;
- cocaína aspirada;
- crack;
- alucinógenos (como LSD);
- drogas de festa (como êxtase);
- drogas injetáveis (como cocaína).

5.2. Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição

Foram classificados como fazendo **uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição** aqueles respondentes que relataram o consumo de um medicamento que normalmente necessita de prescrição médica, obtido ou não mediante receita, de forma diferente da prescrita ou além do período da prescrição nos últimos 12 meses:

- antidepressivos;
- benzodiazepínicos;
- anfetaminas;
- qualquer outra droga psicotrópica.

5.3. Características sócio-demográficas

As **características sócio-demográficas** destacadas foram:

- sexo;
- idade;
- estado civil;

- escolaridade;
- raça ou cor (referida pelo entrevistada);
- arranjo residencial (com quem mora);
- renda *per capita*;
- religião/espiritualidade.

5.4. Padrões de consumo de álcool

O padrão de uso de álcool foi definido a partir da quantificação em drinques, sendo que um drinque continha de 12 a 15 gramas de etanol, que é o tamanho médio do drinque no Brasil.

Os respondentes foram considerados **abstinentes** quando referiram não ter bebido no último ano. O **padrão de consumo leve** foi definido como 1 a 2 drinques por ocasião em que bebiam. O **padrão de consumo moderado** foi definido como 3 a 4 drinques por ocasião em que bebiam. O **padrão de consumo pesado** foi definido como cinco ou mais drinques por ocasião em que bebiam.

5.5. Tipos de consumo de álcool

O AUDIT foi utilizado para avaliar o tipo de consumo de álcool em relação à ocorrência de problemas devido a esse consumo. Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, traduzido e adaptado no Brasil por Figlie et al. (1997) e posteriormente validado por Lima et al. (2005). Tem como finalidade identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool.

O AUDIT consiste de 10 questões que avaliam o consumo de álcool nos últimos 12 meses. Os três primeiros itens medem a quantidade e frequência do uso regular de álcool. As outras três questões verificam a ocorrência de sintomas de dependência e as últimas quatro são a respeito de problemas recentes na vida que possam estar relacionados ao consumo de álcool.

Os respondentes foram classificados como em **abstinência** quando seu escore era de 0 ponto, com **consumo de baixo risco** quando seu escore variava entre 1 e 7 pontos; com **consumo de risco** quando seu escore variava entre 8 e 15 pontos; com **consumo nocivo ou de alto risco** quando seu escore variava entre 16 e 19 pontos; e com **consumo de provável dependência** quando seu escore variava entre 20 e 40 pontos.

5.6. Busca por serviços de saúde mental

Foram classificados como tendo realizado alguma **busca por serviço de saúde mental** aqueles respondentes que relataram a procura por ajuda profissional de um médico ou outro profissional da saúde, por causa da sua saúde emocional/mental nos últimos 12 meses.

6. Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico Stata 8. O Stata oferece uma variedade de técnicas estatísticas das mais elementares às mais sofisticadas, tem uma sintaxe simples e é usado por meio de linha de comandos de fácil execução. Foi desenvolvido nos Estados Unidos, em 1984, e já é distribuído para 132 países. Periodicamente, o grupo que desenvolve este programa (StataCorp, 2001) disponibiliza atualizações via internet e tem lançado novas versões a cada três anos, em média (Bergamaschi Bueno & Souza, 2004).

O uso de drogas ilícitas e o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição no último ano foram definidos como as variáveis dependentes. Análises bivariadas entre as variáveis dependentes e as variáveis categóricas explicativas foram investigadas usando o teste do qui-quadrado ou, quando apropriado, o teste exato de Fisher. A significância estatística foi definida por valores $p \leq 0.05$, com o respectivo intervalo de confiança de 95% (Hennekens & Buring, 1987). Uma regressão logística do tipo *backward stepwise* foi aplicada para avaliar possíveis fatores de confusão, incluindo todas as variáveis com um valor- $p < 0,5$ nas análises de regressão. Todas as análises foram ajustadas levando em conta o peso das respostas devido a uma super-representação de indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

7. Resultados

A taxa de resposta foi de 75,5%. As mulheres foram a maioria dos respondentes (56,6%). Com relação à faixa etária, os sujeitos de 25 a 34 (22,9%) e de 35 a 44 (19,1%) anos foram predominantes na amostra. Os casados compreenderam 61,1% da amostra. Cerca de 60% tinham 8 anos ou menos de escolaridade. Entre todos os respondentes, 38,4% apresentaram renda *per capita* inferior a 150 reais por mês (Tabela 5)

Tabela 5. Dados sócio-demográficos de amostra de base populacional da Região Metropolitana de São Paulo (n=2,083), 2007

	% ponderada
Sexo	
Homens (n=867)	43,4
Mulheres (n=1.216)	56,6
Faixa etária	
18 a 24 (n= 346)	16,6
25 a 34 (n= 478)	22,9
35 a 44 (n= 397)	19,1
45 a 54 (n= 312)	15,0
55 a 64 (n= 265)	12,7
≥ 65 (n= 284)	13,6
Estado civil	
Solteiro (n=537)	25,7
Casado (n=1.221)	61,1
Viúvo (n=178)	6,4
Divorciado (n=147)	6,7
Escolaridade (em anos)	
Analfabeto (n=154)	6,5
1-4 (n=504)	22,5
5-8 (n=473)	23,4
9-11 (n=682)	33,4
≥ 12 (n=266)	14,2
Renda <i>per capita</i> (em reais)	
0 a 150 (n=732)	38,4
151 a 300 (n=456)	20,9
301 a 600 (n=465)	21,0
≥ 601 (n=430)	19,8

A Tabela 6 mostra que, em uma análise bivariada, houve associações significantes entre o uso de drogas ilícitas e o sexo masculino, as faixas etárias mais

jovens (< 35 anos), ter nove ou mais anos de educação formal, ser solteiro, definir a religião/espiritualidade como sem importância e não morar com algum parente.

A relação entre ter outra raça que não a branca e uso de drogas ilegais, apesar de não ter sido menor que o nível estatístico mínimo convencionado, foi muito forte à medida que atingiu um nível-*p* de 0,051. Não houve significância estatística entre uso de drogas ilícitas e renda ou religião.

Tabela 6. Uso de drogas ilícitas e características sócio-demográficas em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

Uso de drogas ilícitas						
	Total	Não		Sim		
	n	n	%*	n	%*	
Sexo						
Homens	865	816	94,3	49	5,7	p<0,001
Mulheres	1.214	1.198	98,6	16	1,4	
Faixa etária						
18 a 24	346	330	95,5	16	4,5	p<0,05
25 a 34	476	444	94,1	35	5,9	
35 a 44	397	388	97,3	9	2,7	
45 a 54	311	305	97,8	6	2,2	
55 a 64	265	264	99,5	1	0,5	
≥ 65	283	282	99,7	1	0,3	
Escolaridade (em anos)						
Analfabeto	154	152	98,4	2	1,6	p<0,05
1-4	502	497	99,2	5	0,8	
5-8	472	457	97,2	15	2,8	
9-11	682	654	95,5	28	4,5	
≥ 12	265	250	94,2	15	5,8	
Estado civil						
Solteiro	537	501	93,1	36	6,9	p<0,001
Casado	1217	1189	97,6	28	2,4	
Viúvo ou divorciado	325	324	99,8	1	0,2	
Importância da religião/espiritualidade						
Sem importância	71	62	87,4	9	12,6	p<0,001
Um pouco importante	215	209	97,3	6	2,7	
Muito importante	584	561	95,9	23	4,1	
Extremamente importante	1198	1171	97,6	27	2,4	
Com quem mora						
Com algum parente	1890	1835	97,0	55	3,0	p<0,01
Com outros	67	61	89,9	6	10,1	

* Proporções ponderadas para desenho amostral

A Tabela 7 mostra que, em análise bivariada, houve associações significantes entre usar drogas ilícitas e relatar uso pesado de álcool, consumir cinco ou mais drinques por ocasião e ter os maiores escores do AUDIT.

Tabela 7. Uso de drogas ilícitas e padrões de uso de álcool em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

população da Região Metropolitana de São Paulo, 2007						
	Uso de drogas ilícitas					
	Total	Não		Sim		
	n	n	%*	n	%*	
Padrão de uso álcool						
Leve	417	400	95,9	17	4,1	p<0,01
Moderado	215	206	95,8	9	4,2	
Pesado	244	220	89,3	24	10,7	
Cinco drinques por ocasião						
Não	562	539	95,7	23	4,3	p<0,05
Sim	314	286	90,8	28	9,2	
Escore do AUDIT						
0 a 7	1863	1823	97,8	40	2,2	p<0,001
8 a 15	174	157	90,1	17	9,9	
16 a 19	22	19	86,9	3	13,1	
≥ 20	20	15	70,0	5	30,0	

* Proporções ponderadas para desenho amostral

A Tabela 8 mostra que, entre os participantes que relataram fazer uso de drogas ilícitas e uso pesado de álcool (n=24), quatro (30,8%) tinham buscado ajuda para problemas de saúde mental, contra vinte (69,2%) que não o fizeram. Mesmo assim, o uso de drogas ilícitas e uso pesado de álcool aumentou significativamente a chance de buscar serviços de saúde mental quando comparado à população geral.

Tabela 8. Uso de drogas ilícitas e uso pesado de álcool e a busca por ajuda devido a problemas emocionais/mentais em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

Uso de drogas ilícitas e uso pesado de álcool					
Total	Não		Sim		
n	n	%*	n	%*	
busca de ajuda devido a problemas emocionais/mentais					
Não	231	211	91,3	20	8,7
Sim	13	9	69,2	4	30,8
					p<0,05

* Proporções ponderadas para desenho amostral

A Tabela 9 revela que as mulheres usam mais medicamentos psicotrópicos sem prescrição. Aqueles com faixa etária entre 45 e 54 anos mostraram o mais alto consumo de psicotrópicos sem receita. Nenhuma mulher que usava medicamentos psicotrópicos sem prescrição apresentou uso pesado de álcool (dado complementar à tabela). Ter uma renda superior a 600 reais foi associado com o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição.

Não houve associação significativa entre o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e escolaridade, raça ou morar com parentes

Tabela 9. Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e características sócio-demográficas em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição					
	Total	Não		Sim	
	n	n	%*	n	%*
Sexo					
Masculino	865	859	99,1	6	0,9
Feminino	1216	1183	97,3	33	2,7

p<0,05

(Continuação) Tabela 9. Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e características sócio-demográficas em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição						
	Total	Não		Sim		
	n	n	%*	n	%*	
Faixa etária (em anos)						
18-24	346	342	99,4	4	0,6	p<0,01
25-34	477	468	98,4	9	1,6	
35-44	397	388	97,2	9	2,8	
45-54	311	299	95,7	12	4,3	
55-64	265	263	99,5	2	0,5	
≥ 65	284	281	99,1	3	0,9	
Renda per capita (em reais)						
0 a 600	1.651	1.627	98,5	24	1,5	p<0,05
≥ 601	430	415	96,7	15	3,3	

* Proporções ponderadas para desenho amostral

Apesar do nível-p da análise entre o padrão de uso de álcool e medicamentos psicotrópicos sem prescrição ter sido significativo ($p=0,029$), não se pode afirmar que houve uma associação estatística, pois não houve bebedores pesados que relataram fazer uso de medicamentos, o que impede uma comparação entre a frequência observada e a frequência esperada neste padrão. Unificando as categorias de beber moderado e pesado e comparando-a com a categoria de beber leve, percebe-se que o nível de significância não se manteve ($p=0,104$).

Não houve associação significativa entre o uso de medicamentos psicotrópicos e beber cinco ou mais drinques de álcool ou alguma faixa de escore do AUDIT.

A Tabela 10 mostra que, entre os participantes que relataram fazer uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição ($n=39$), 13 (33,3%) tinham buscado ajuda para problemas de saúde mental, contra 26 (66,7%) que não o fizeram. O uso

de medicamentos psicotrópicos demonstrou uma forte associação ($p < 0,001$) com busca por serviços de saúde mental.

Tabela 10. Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e a busca por ajuda devido a problemas emocionais/mentais em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

Uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição					
	Total	Não		Sim	
	n	n	%*	n	%*
Busca de ajuda devido a problemas emocionais/mentais					
Não	1.871	1.845	98,7	26	1,3
Sim	206	196	92,8	13	7,2
p<0,001					

* Proporções ponderadas para desenho amostral

Aplicando o modelo da regressão logística *backward* (Tabela 11), as variáveis que permaneceram associadas com o uso de drogas ilícitas foram: ser homem, ter um escore do AUDIT maior que sete e não morar com algum parente.

Tabela 11. Modelo de regressão logística para predição do risco de uso de drogas ilícitas (1 = uso de droga; 0 = sem uso de droga) nos últimos 12 meses em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

	OR fixo		OR ajustado		p*
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	
Sexo					
Feminino	1				0,001
Masculino	4,70	2,61-8,45	3,25	1,73-6,10	
Com quem mora					
Com algum parente	1				0,02
Com outros	3,41	1,41-8,24	3,51	1,39-8,82	
Escore do AUDIT					
0-7	1				0,003
8-15	4,70	2,59-8,67	2,46	1,25-4,97	
16-19	7,39	2,10-26,01	5,05	1,40-18,18	
20-40	15,60	5,40-45,08	9,31	3,09-27,98	

* p referente ao OR ajustado

Realizando a regressão logística *backward* para o risco de uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição (Tabela 12), as variáveis que permaneceram associadas foram: ser mulher e renda superior a 600 reais.

Tabela 12. Modelo de regressão logística para predição do risco de uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição (1 = uso de medicamento psicotrópico sem prescrição; 0 = sem uso de medicamento psicotrópico sem prescrição) nos últimos 12 meses em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo, 2007

	OR fixo		OR ajustado		p*
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	
Sexo					
Feminino	1				0,025
Masculino	3,24	1,13-9,33	3,46	1,18-10,2	
Renda <i>per capita</i> (em reais)					
0 a 600	1				0,010
≥ 601	2,19	1,15-4,14	2,41	1,24-4,70	

* *p* referente ao OR ajustado

8. Discussão

8.1 Limitações do estudo

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas no presente estudo. A principal delas é que o questionário GENACIS contava com poucas questões relativas às drogas, já que sua principal meta era avaliar os padrões de uso de álcool. Assim, as taxas de prevalência aqui apresentadas podem ter sido subestimadas, apesar de precauções metodológicas no treino dos entrevistadores e da garantia de privacidade e segurança aos entrevistados.

8.2. Uso de drogas ilícitas

Esta pesquisa contou com uma amostra estratificada e representativa de 2.083 indivíduos da Região Metropolitana de São Paulo. Sessenta e cinco (3,1%) afirmaram fazer uso de drogas ilícitas e 39 (1,9%) relataram o uso de medicamentos sem prescrição no último ano. De acordo com as hipóteses, os homens usaram significativamente mais drogas ilícitas que as mulheres (75,4% vs. 24,6%) e as mulheres usaram mais psicotrópicos sem prescrição (84,7% vs. 15,4%).

As taxas do presente estudo (5,0%) foram menores que aquelas encontradas por Carlini et al. em 2007 (10,3%). O sub-relato pode ter ocorrido provavelmente devido ao pequeno número de questões sobre drogas ilícitas no questionário GENACIS, cuja principal meta era avaliar o padrão de uso de álcool dos participantes.

A hipótese de que o uso de drogas ilícitas estaria fortemente associado com o sexo masculino foi confirmada. Conforme amplamente comprovado em estudos anteriores brasileiros, o gênero masculino está estreitamente relacionado

com o uso de substâncias psicoativas ilícitas. (BINLEA, 2002; Zilberman et al., SAMHSA, 2006; 2003; Carlini et al., 2007; NDM, 2007).

O consumo de drogas ilegais também ocorre principalmente entre jovens e adultos jovens (NIDA, 2006; NDM, 2007), mantendo correspondência com o presente estudo. A associação encontrada entre o uso de drogas ilícitas e o estado civil provavelmente foi reflexo da relação deste uso com a faixa etária, visto que foi significativamente maior entre os solteiros, seguido dos casados e, por fim, menor nos víuvos e divorciados.

A hipótese de um uso de drogas maior entre aqueles cuja espiritualidade não era importante foi confirmada. Entre as religiões mais presentes no mundo ocidental, os protestantes e pentecostais apresentam uma maior frequência de não usuários e os católicos e espíritas, uma maior frequência de usuários pesados (Engs et al., 1990; Dalgarrondo et al., 2004). No entanto, a associação para a doutrina religiosa não ocorreu nesta pesquisa.

Foi encontrada uma associação entre o uso de drogas e uma maior escolaridade, o que diferiu de estudos internacionais onde níveis baixos de escolaridade têm sido associados com o uso de drogas. (Meltzer et al., 2002; Jaffe & Anthony, 2005; SAMHSA, 2006; HWS, 2007). No Brasil, o período na universidade costuma ser marcado por uma maior autonomia dos jovens em relação aos pais, os quais ficam mais suscetíveis à experimentação de várias drogas, especialmente por influência do grupo de amigos (Kerr-Corrêa et al., 2001; Simão et al., in press).

Também, de acordo com as hipóteses previamente formuladas, houve taxas maiores de uso de drogas ilícitas entre aqueles que não moravam com seus parentes. De fato, as pessoas que bebem muito e/ou usam drogas usualmente convivem com pares que apresentam os mesmos comportamentos. Este perfil é

particularmente bem presente entre os estudantes que deixam seus núcleos familiares para cursarem a faculdade, morando com colegas de quarto em fraternidades, alojamentos ou repúblicas (casas ou apartamentos alugados por vários estudantes que compartilham as despesas) no Brasil (Kerr-Corrêa et al., 2001; Simão et al., no prelo) e em outros países (Marlatt et al., 1998; Larimer et al., 2001). Eles também socializam freqüentemente com amigos que têm valores, atitudes e comportamentos similares em relação ao álcool e ao uso de drogas. Por outro lado, os estudantes que vivem com suas famílias ou sozinhos tendem a ingerir menos álcool e fazer menos uso de drogas ilícitas (Kerr-Corrêa et al., 2001; Simão et al., no prelo).

As análises bivariadas corroboraram as hipóteses levantadas que indicaram uma maior probabilidade daqueles com faixas de idade mais jovens, solteiros, com maior escolaridade e que não davam importância para a religiosidade/espiritualidade serem usuários de drogas ilícitas, mas tais análises não encontraram correspondência na regressão logística, permanecendo significantes apenas os fatores de risco que diziam respeito a ser homem, morar com alguém que não fosse parente e ter maior escore do AUDIT.

8.3. Uso de medicamentos sem prescrição

Vários estudos de outros países descreveram que as mulheres excedem os homens no uso de medicações sem prescrição (SAMSHA, 2006; Stinson et al., 2005; Baumann et al., 2007; NDM, 2007), o mesmo tem ocorrido no Brasil (Carlini et al., 2007) e no presente estudo.

A literatura internacional aponta uma forte associação entre os consumo de drogas sem prescrição e idades mais avançadas (SAMHSA, 2006; Rocket et al., 2006; Baumann et al. 2007). Arrais (1997), em um estudo conduzido no Brasil, encontrou o maior uso de medicamentos sem prescrição em mulheres na faixa etária de 36 a 45 anos. A presente pesquisa indicou que o uso de medicamentos sem prescrição foi significativamente maior em pessoas na faixa etária de 45-54 anos. Ainda não são conhecidos os motivos para este tipo de uso nesta faixa etária especificamente, o que pode indicar um campo de pesquisa promissor.

Alguns estudos têm associado o uso de psicotrópicos à baixa renda (Baumann et al., 2007; HWS, 2007). A partir dos resultados previamente apresentados, constatou-se que os usuários de medicamentos psicotrópicos sem prescrição possuíam uma renda mais elevada. Essa observação vem ao encontro da influência do poder aquisitivo na aquisição de medicamentos, tendo em vista que os mesmos tendem a ser caros no Brasil, especialmente quando não prescritos, e seu consumo envolve considerável soma de dinheiro.

Foi notável que entre os participantes que usaram psicotrópicos sem prescrição, nenhum tenha apresentando o padrão de beber pesado. No Brasil, fatores culturais podem ser determinantes importantes para não se usar álcool quando se está tomando psicotrópicos, pois há uma forte crença de que o álcool faz mal quando se ingerem medicamentos. Achados similares foram previamente relatados por Menezes & Ratto (2004) em uma amostra de pacientes com transtornos mentais graves, quando o uso de drogas apresentou menores taxas quando comparado aos países desenvolvidos.

Na regressão logística para o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição, ser mulher e ter renda acima de 601 reais foram as associações estatísticas que permaneceram significantes.

8.4. Uso de drogas e consumo de álcool

Nesta pesquisa, conforme estabelecido previamente através de hipótese, foi encontrada uma forte relação entre abuso de drogas e consumo pesado de álcool. Estes achados também são relatados em outros estudos (Wechsler et al., 1994; Marlatt et al., 1998; Kerr-Corrêa et al., 2001; Kuntsche et al., 2004). Uma revisão recente de estudos europeus sobre o beber se embriagando (“binge drinking”) revelou que uma história familiar de problemas com a bebida, uso de outras substâncias psicoativas e relações familiares enfraquecidas foram positivamente relacionados ao beber se embriagando entre adolescentes e adultos (Kuntsche et al., 2004). Uma associação também foi encontrada entre desemprego e baixa escolaridade com beber se embriagando em populações adultas (Droomers et al., 1999).

Apesar de que a regulação poderia ser facilmente estabelecida pela legislação e poderia ser supervisionada a baixo custo, algumas bebidas alcoólicas no Brasil são muito baratas. A cachaça ou pinga, por exemplo, uma bebida com 40% GL de teor alcoólico, custa menos que dois reais por litro, quase o mesmo preço de um litro de leite ou uma garrafa de água mineral, e mais barata que um litro de refrigerante. O preço muito baixo de produtos alcoólicos tem contribuído para o aumento do consumo, especialmente entre pessoas jovens, um grupo de risco para

o uso de drogas ilícitas (Carlini et al., 1990; Galduróz et al., 2003; Kerr-Corrêa et al., 2005).

8.5. Uso de drogas e busca por serviços de saúde mental

Em geral, usuários de drogas têm maiores taxas e níveis mais graves de prejuízos psicológicos que os indivíduos que não usam drogas, características que aumentariam a chance de utilizarem os serviços de saúde mental (Brook et al., 1986; Breslau et al., 1991; Stephens et al. 1993; Burch, 1994; NIDA, 2007).

Stinson et al. (2005) encontraram três grupos diferentes com uma prevalência significativamente maior de busca por tratamento quando comparados à população geral. O percentual foi de 6,1% no grupo com transtorno por uso de álcool; 15,6% no grupo com transtorno por uso de drogas e 21,8% no grupo com transtornos por uso de álcool e drogas comórbidos.

Somente 8% das pessoas identificadas como usuários de drogas e pouco mais que 40% daquelas diagnosticadas com dependência de drogas tinham buscado algum tipo de intervenção ou tratamento para as drogas de acordo com o Inquérito Epidemiológico Nacional Sobre Álcool e Condições Relacionadas nos Estados Unidos (NIDA, 2007).

No presente estudo houve uma significativa associação entre o uso de drogas e a busca por serviços de saúde mental, especialmente para aqueles que responderam fazer uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição (Campbell & Stark, 1990).

Ainda hoje há poucas pesquisas nesta área no Brasil, o que torna ainda mais importante estudar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas, o consumo de álcool e a sua relação com a prevalência de outros transtornos mentais.

9. Conclusões

Esta pesquisa confirmou boa parte das associações estabelecidas na literatura internacional entre o uso de drogas e determinadas características sócio-demográficas, especialmente no que tange ao uso significativamente maior de drogas ilegais por homens e de medicamentos psicotrópicos por mulheres.

Comportamentos de risco, como usar drogas e fazer consumo pesado de álcool, tendem a ocorrer juntos, especialmente em homens que não moram com seus parentes, mas, provavelmente, com amigos que tenham atitudes parecidas.

Diferindo da literatura internacional, poucos participantes faziam uso de medicamentos sem prescrição, maioria era composta por mulheres de meia idade com nível sócio-econômico mais alto. Em geral, este grupo bebia pouco ou nada, provavelmente devido a fatores culturais.

Estudos prévios sugerem que o uso de drogas está associado com o desenvolvimento posterior de transtornos mentais e busca por serviços de saúde. Tanto participantes que relataram o uso de drogas ilícitas e consumo pesado de álcool quanto aqueles que relataram somente o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição foram mais suscetíveis a demandarem atendimento profissional para problemas de saúde mental.

Também é importante ressaltar que o projeto Genacis permite a comparação fidedigna dos dados coletados sobre álcool e outras drogas no Brasil com o de outros países tendo em vista que dispõe de metodologia similar ao utilizar o mesmo inquérito epidemiológico de base populacional em todo o mundo.

Os presentes dados apontam para a necessidade de mais pesquisas que abarquem a detecção de substâncias psicoativas além do consumo de álcool em levantamentos epidemiológicos. Este estudo pode contribuir para aumentar a compreensão dos complexos fatores envolvendo o abuso de drogas ilícitas,

medicamentos psicotrópicos sem prescrição e álcool, o que pode ser útil para o desenvolvimento de programas preventivos específicos e políticas de saúde pública nesta área.

10. Referências

Arrais PSD. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 71-7.

Barbor TF, HiggleBiddle JC. Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAIPAD-SP; 2003.

Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, MarínLeón L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population based study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41: 502-9.

Baumann M, Spitz E, Guillemin F, Ravaud JF, Choquet M, Falissard B, Chau N. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a populationbased study. *Int J Health Geogr* 2007; 6: 50-7.

Bergamaschi DM, Bueno MB, Souza JMP. Stata Básico. HEP/FSP/USP, VI Programa de Verão 2004. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2004/ber001.pdf>

Bertolote JM. Glossário de álcool e drogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. Drogas, aids e sociedade. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.

Brasil, Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1069-74.

Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Vulnerability to psychopathology in nicotinedependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 941-6.

Brook JS, Whiteman M, Gordon AS, Cohen P. Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Dev Psychol* 1986, 22: 403-14.

Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59: 1039-44.

Burch EA. Suicide attempt histories in alcohol-dependent men: differences in psychological profiles. *Int J Addict* 1994, 29:1477-86.

Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs (BINLEA). International narcotics control strategy report. United States of America, Washington: Department of State; 2002.

Campbell BK, Stark MJ. Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *Int J Addict* 1990; 25:1467-74.

Carlini EA, Carlini-Cotrim B, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus - 1989. São Paulo: CEBRID – UNIFESP; 1990.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil - 2001. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas; 2002.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura YG, Sanchez ZM (2007). II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil - 2005. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas; 2007.

Dalgalarrrondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR; Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26: 82-90

DeMilio L. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1212-4.

Droomers M, Schrijvers CT, Stronks K et al. Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Prev Med* 1999; 29: 1-10.

Dunn J, Laranjeira R. Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 79-85.

EKW. Capitais do Brasil. [serial online] 2008 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.ekwbrasil.com.br/wcapitais.htm>

European Monitoring Center for Drugs and Drgu Addiction (EMCDDA). Estimating the prevalence of problem drug use in Europe - 1996. EMCDDA 1996; Scientific Monograph Series n° 1.

Engs RC, Hanson DJ, Gliksman L, Smythe C. Influence of religion and culture on drinking behaviours: a test o hypotheses between Canada and USA. *Br J Addict* 1990; 85:1475-82.

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? *J Bras Psiquiatr* 1997; 46: 589-93.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini ELA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *São Paulo Med J* 2003; 121: 231-7.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in

the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 361-8.

Gossop M, Manning V, Ridge G. Current use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among user of crack cocaine e cocaine powder. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 121-5.

Gül H, Omurtag G, Clark PM, Tozan A, Ozel S. Nonprescription medication purchases and the role of pharmacists as healthcare workers in selfmedication in Istanbul. *Med Sci Monit* 2007; 13: 9-14.

Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2007; 88: 234-43.

Health of Washington State (HWS). Drug abuse and dependence. Washington: State Department of Health; Updated: 07/27/2007: 371-5.

Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988; 49: 219-24.

Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in medicine. Boston: Little, Brown and Company; 1987.

IMSHEALTH. Intelligence Applied. [serial online] 2006 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.imshealth.com>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. [serial online] 2000 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/censo/>

Wilsnack SC; Wilsnack RW. International Gender and Alcohol Research: Recent Findings and Future Directions. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Publications. [serial online] 2003 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/245-250.htm>

Jaffe JH, Anthony JC. Substance-related disorders: Introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2005.

Johnson RJ, Kaplan HB. Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. *J Health Soc Behav* 1990; 31: 277-91.

Justesen M. Living on the edge: risk, protection, behavior, and outcomes of Argentine Youth. The World Bank Latin America and the Caribbean Region Social Development Family, Policy Research Working Paper; 2008. Report No 4485.

Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Canino G, Goodman SH, Lahey BB, Regier DA, Schwab-Stone M. Psychiatric disorders associated with substance use among

children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. *J Abnorm Child Psychiatry* 1997; 25:121-32.

Kerr-Corrêa F, Dalben I, Trinca L, Simão MO, Mattos PF, Cerqueira ATAR, Mendes AA. I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais dos estudantes da UNESP - 1998. São Paulo: VUNESP; 2001.

Kerr-Corrêa F, Hegedus AM, Trinca LA, Tucci AM, Pontes LRS, Sanches AF, Floripes TF. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. In: Obot I, Room R (eds). Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middleincome countries and drinking problems. Geneva: World Health Organization 2005; 49-68.

Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004; 59:113-27.

Larimer ME, Turner AP, Anderson BK, Fader JS, Kilmer JR, Palmer RS, Cronce JM. Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 370-80.

Lima MS, Dunn J, Novo IP, Tomasi E, Reisser AAP. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 51-65.

Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005 ; 40: 584-9.

Lopes CS, Sichieri R. A case control study on alcohol and psychiatric disorders as risk factors for drug abuse pattern. *Cad. Saúde Pública* 2002, 18: 1571-5.

Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, Somers JM, Williams E. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-years follow-up assessment. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 604-615.

Mehrabian A. General relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology. *J Psychol* 2001; 135:71-86.

Meltzer H, Singleton N, Lee A, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R. The Social and Economic Circumstances of Adults with Mental Disorders. London: HMSO; 2002.

Menezes PM, Ratto LRC. Prevalence of substance misuse among individual with severe mental illness in São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39: 212-7.

Mezzich A, Tarter R, Kirisci L, Clark D, Buckstein O, Martin C. Subtypes of early age onset alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:767-70.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Underage drinking: a major public health challenge. *Alcohol Alert* 2003; 59:1-4.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Epidemiologic trends in drug abuse: highlights and executive summary. Proceedings of the Community Epidemiology Work Group 1; 2006.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). NIH survey shows most people with drug use disorders never get treatment. NIDA News; May 7, 2007. Disponível em: URL: <http://www.drugabuse.gov/>

Netherlands National Drug Monitor (NDM). NDM annual report 2006. Trimbosinstituut: Utrecht; 2007.

Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 1998; 349-363.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.

Piedra KAC, O'Brien B, Pillon SC. Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(número especial). Disponível em: URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction* 2006; 101; 706-12.

Rozenfeld S; Valente J. Estudos de utilização de medicamentos - considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2004; 13: 115-23.

Secretaria de Transportes Metropolitanos de São Paulo (STM-SP). Região Metropolitana de São Paulo. [serial online] 2008 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.stm.sp.gov.br/rmsp.htm>

Simão MO, Kerr-Corrêa F, Smaira SI, Trinca LA, Tucci AM, Floripes TMF, Dalben I, Aragão RM, Oliveira JB, Cavariani MB. Prevention of at-risk drinking among students of a Brazilian university. *Alcohol and Alcoholism*, in press. [serial online] 2008 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/agn019v1?ck=nck>.

Simeone R, Holland L. An evaluation of prescription drug monitoring programs. Columbia: Project sponsored by the United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance; 2006.

StataCorp. Stata statistical software: release 7.0. Stata corporation, 2001. [serial online] 2001 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.stata.com>

Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM IV alcohol and specific drug use disorders in the United States. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80:105-16.

Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Adult marijuana users seeking treatment. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:1100-4.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies (SAMHSA). Results from the 2005 national survey on drug use and health: national findings. Office of Applied Studies; 2006. Reported No. SMA 064194.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Sullivan E, Fleming MF, eds. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; 1997. DHHS publication SMA 97-3139. Treatment Improvement Protocol Series, No. 24.

Sullivan MD, Edlund MJ, Zhang L, Unützer J, Wells KB. Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2087-93.

Swift W, Williams G, Neill O, Grenyer B. The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. *Br J Addict* 1990; 85: 629-34.

Tarter RE, Kirisci L, Mezzich A. Multivariate typology of adolescents with alcohol use disorder. *Am J Addict* 1997; 6:150-158.

Taylor B, Rehm J, Aburto JTC, Bejarano J, Cayetano C, KerrCorrêa F, Ferrand MPF, Gmel G, Graham K, Greenfield TK, Laranjeira R, Lima MCP, Magri R, Monteiro MG, Medina MME, Munné M, Romero MP, Tucci AM, Wilsnack S. Alcohol, gender, culture and harms in the Americas PAHO multicentric study final report. Washington: Pan American Health Organization; 2007.

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2001. [serial online] 2001 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.undcp.org>

United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). Bulletin on narcotics. Volume LIV, Nos. 1 and 2; 2002. [serial online] 2002 [cited 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://www.unodc.org>

Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. *J American Medical Ass* 1994; 272: 1672-7.

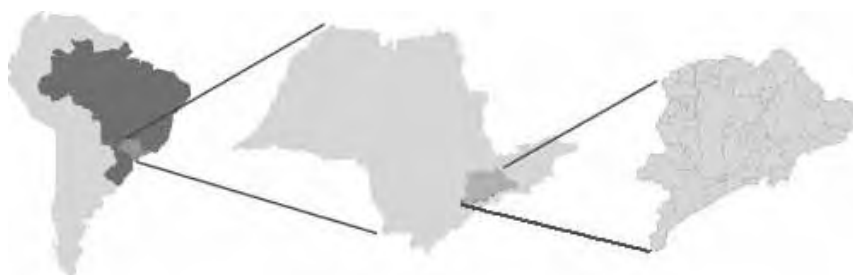
Whitmore EA, Mikulich SK, Thompson LL, Riggs PD, Aarons GA, Crowley TJ. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997; 47: 87-97.

Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 2000; 95: 251-65.

Wittchen HU, Zhao JM, Abelson JM, Abelson JL, Kessler RC. Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychol Med*. 1996; 26:1169-77.

Woodak A. Redução de danos e programas de trocas de seringas. In Bastos F, Mesquita F, Marques L. Troca de seringas: drogas e Aids, ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde 1998; 55-71.

Zilberman M, Tavares H, el-Guebaly N. Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol and other substance-related disorders. *J Addictive Dis* 2003; 22: 61-74.

Anexo A - Região Metropolitana de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil

Fonte: Secretaria de Transportes Metropolitanos de São Paulo

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX: (14) 3815-5965 - CAIXA POSTAL: 540



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

“Gênero, cultura e problemas relacionados ao álcool: um inquérito de saúde no estado de São Paulo” (Fapesp processo 04/11729-2).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa em vários municípios e na capital do estado de São Paulo com o objetivo de avaliar as diferenças na forma como os homens e as mulheres usam bebidas alcoólicas e outras condições de saúde física, mental e conseqüências associadas, comparando as diversas regiões estudadas no Brasil e em outros países. O estudo pretende, com as informações obtidas, contribuir com subsídios para melhor direcionamento das políticas e programas implementados pelo setor de saúde.

, portador da carteira de identidade nº , faz parte da equipe de entrevistadores da pesquisa. A pesquisa é coordenada pela professora doutora Florence Kerr-Corrêa do Departamento de Psiquiatria da Faculdade Medicina de Botucatu da UNESP.

Agradecemos a sua colaboração, assegurando-lhe a confidencialidade das informações fornecidas pelos entrevistados. Em caso de dúvida contate:

Margaret Domingues tel. (11) 9378 3193
Pro-reitoria de pesquisa (Unesp): (11) 32520313 ou
Departamento de Neurologia e Psiquiatria (Trícia Floripes, Janaina Barbosa ou
Florence Kerr-Corrêa) tel. (14) 3811 6260 ou
Alayde Garcia tel. (14) 3811 6338 ou
Consulte ainda o site www.viverbem.fmb.unesp.br (Projeto Genacis).

Gostaríamos de solicitar que essa autorização seja dada por escrito, no final do questionário, declarando sua aceitação em participar.

Florence Kerr-Corrêa
Professora Titular de Psiquiatria
Responsável pelo projeto

Anexo D - Questionário GENACIS



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX: (14) 3815-5965 - CAIXA POSTAL: 540



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

QUESTIONÁRIO GENACIS - OPAS

BLOCO A

Quadro de moradores do domicílio:

Telefone: _____

Nº	NOME	SEXO 1=Masc 2=Fem.	IDADE	Nº de ordem (≥ 18 anos)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Qual dessas categorias melhor define o tipo de lugar do domicílio? (OBSERVADO)		
No campo mas não em fazenda/sítio		
Em sítio/fazenda		
Em uma cidade pequena (menos de 50.000 habitantes)		
Em uma cidade de tamanho médio (50.000 – 250.000 habitantes)		
Em um subúrbio perto de uma cidade grande		
Em uma cidade grande		

Visita	Data	Hora	Entrevistador	Observações	Resultado da Visita
1	___/___/___	__:__			
2	___/___/___	__:__			
3	___/___/___	__:__			

1.realizada
2.domicílio
fechado
3.domicílio vago
4.recusa total
5.recusa parcial
6.outros
Especificar:

OS CAMPOS ABAIXO NÃO DEVEM SER PREENCHIDOS PELO ENTREVISTADOR:

Resultado final: [] Data da entrevista: [] [] [] [] [] [] [] [] Código do entrevistador: [] []

	SUPERVISÃO	CODIFICAÇÃO	DIGITAÇÃO
NOME			
DATA	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

BLOCO B**B1. Nome do entrevistado:** _____**B2. Sexo do entrevistado?**

Masculino	1	
Feminino	2	

B3. Qual é a sua data de nascimento? (Dia / Mês / Ano) ____ / ____ / ____**B4. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?**

Nunca freqüentou a escola, não sabe ler e escrever	01	
Nunca freqüentou a escola, mas sabe ler e escrever	02	
1º grau ou primário _____ ano /série (ensino fundamental)	11 – 14	
1º grau ou ginásio _____ ano /série (ensino fundamental)	15 – 18	
2º grau ou colegial _____ ano /série (ensino médio)	21 – 23	
Curso técnico de nível médio incompleto	25	
Curso técnico de nível médio completo	26	
Curso superior incompleto	30	
Curso superior completo	31	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

B5. Qual sua cor ou raça?

Branca	1	
Negra	2	
Parda	3	
Amarela	4	
Indígena	5	
Outra (especifique):	8	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

B6. Qual é o seu estado civil?

Casado(a)	PULE PARA B10	1	
Amasiado(a)		2	
Viúvo(a)	PULE PARA B8	3	
Divorciado(a) / Separado (a)		4	
Solteiro (a) / Nunca se casou		5	
Não quis responder		7	

B7. Você já viveu com alguém (relação do tipo casamento)?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

B8. Entre as pessoas que você conhece atualmente, há alguma que você esteja namorando (relacionamento afetivo íntimo)?

Sim	2	
Não (PULE PARA B10)	1	
Não quis responder	7	

B9. Há quanto tempo você namora (está junco com) esta pessoa? _____ meses

**B10. Quantas pessoas vivem no domicílio, incluindo você, seu cônjuge/namorado companheiro e outras pessoas? _____ pessoas
(SE MORA SOZINHO, PULE PARA A SEÇÃO C)**

B11. Quantos dos que moram com você (incluindo filhos, netos, enteados) são menores de 18 anos? _____ pessoas

B12. Com quem você vive? (PODE HAVE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

	Sim	Não	
1. Cônjuge/companheiro(a)/amásio(a)	2	1	
2. Filhos menores seus e/ou do seu companheiro(a)/amásio(a)	2	1	
3. Filhos maiores seus e/ou do seu cônjuge	2	1	
4. Seus pais e/ou do seu(sua) companheiro(a)/amásio(a)	2	1	
5. Outros parentes	2	1	
6. Outros, especifique: _____	2	1	

**B13. Quantos filhos você tem, incluindo adotivos ou enteados? _____ filhos
(SE NÃO TEM, PULE PARA B15)**

B14. Quantos dos seus filhos moram com você? _____ filhos

B15. Existem situações em que pessoas idosas ou doentes ficam impossibilitadas de desenvolver sozinhas atividades como comer, caminhar, vestir-se, tomar banho, e precisam de ajuda constante de outras pessoas. Em sua casa há alguém nessa situação?

Sim	2	
Não (PULE PARA SEÇÃO C)	1	

B16. Que pessoa geralmente realiza essas atividades para ele/ela ou o(a) auxilia a realizá-las?

Apenas o entrevistado	1	
Familiar	2	
Amigo ou vizinho	3	
Outros	4	
Não quis responder	7	

Não sabe	9	
----------	---	--

BLOCO C

C1. Atualmente seu trabalho (ocupação) é (ESCOLHA UMA DAS CATEGORIAS ABAIXO)			
Aposentado, não trabalha mais	PULE PARA C2a	14	
Empregador com até 4 funcionários fixos	PULE PARA C2c	13	
Empregador com 5 ou mais funcionários fixos		12	
Trabalho assalariado e com carteira assinada ou estatutário		11	
Trabalho autônomo e com contribuição previdenciária		10	
Aposentado e ainda trabalhando		09	
Trabalho informal (bicos) sem contribuição previdência		08	
Desempregado (involuntariamente)	PULE PARA C5	07	
Sem trabalhar por causa de doença	PULE PARA C6	06	
Estudante	PULE PARA C7	05	
Estudante bolsista (PG, Iniciação Científica, etc)		04	
Licença maternidade		03	
Dona de casa		02	
Desempregado voluntariamente por outras razões		01	
Empregado familiar não remunerado		00	

C2a. Se aposentado e não trabalha mais, qual a profissão anterior?
(ANOTE com maior detalhamento possível)

--	--

C2b. Especifique qual era a atividade do estabelecimento/empresa em que trabalhou.
(RESPONDA E PULE PARA C7)

--	--

C2c. Qual é a sua ocupação principal em seu trabalho?
(ANOTE com maior detalhamento possível, inclusive se é dona de casa.)

--	--

C2d. Especifique qual é a atividade do estabelecimento, empresa em que trabalha ou trabalhou.

--	--

C3. Você tem cargo de chefia?

Sim, a de maior responsabilidade	4	
Sim, a de nível médio	3	
Sim, pouca responsabilidade	2	

Não	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

C4a. No seu trabalho atual, quantas horas você trabalha por semana? (Marque o total de horas) _____ hours	
---	--

C4b. Quantos empregos você tem? _____ empregos(s)	
--	--

C4c. Você geralmente trabalha:		
Somente durante o dia	4	
Meio período	3	
Noite	2	
Trabalha por turnos	1	

C4d. Qual situação melhor descreve as pessoas do seu trabalho ou que trabalham ao seu lado?		
Todos ou quase todos são homens	6	
A maioria são homens	5	
Metade mulheres e metade homens	4	
A maioria são mulheres	3	
Todos ou quase todos são mulheres	2	
Eu trabalho sozinho(a)	1	

C4e. Seu trabalho é estressante (causa ansiedade)?			
Muito estressante	PULE PARA C7	4	
Algumas vezes estressante		3	
Um pouco estressante		2	
Não é de todo estressante		1	

C5. Há quanto tempo você está desempregado involuntariamente? ____ meses (PULA PARA C7)	
---	--

C6. Há quanto tempo você está desempregado por causa de doença? ____ meses	
---	--

C7. Sua renda mensal TOTAL é de:		
Renda mensal TOTAL (em reais - R\$)		
Não tem renda	111	
Não quis responder	777	
Não sabe	999	

C8. Qual é a renda familiar total em seu domicílio? (somando os rendimentos de todos em reais)		
Renda mensal TOTAL (em reais - R\$)		
Não quis responder	777	

Não sabe	999	
----------	-----	--

C9. Nas últimas 4 semanas, qual o gasto domiciliar total? (frutas, verduras, carne, supermercado, luz, água, telefone)

Gasto domiciliar TOTAL (em reais - R\$)		
Não quis responder	777	
Não sabe	999	

C10. Nas últimas 4 semanas, especifique o gasto domiciliar com saúde (contando os gastos reembolsáveis, seguros e medicação)

Gasto domiciliar com saúde (em reais - R\$)		
Não quis responder	777	
Não sabe	999	

C11. Com relação à quantidade de comida que há em sua casa você diria que:

Há quantidade suficiente para comer	3	
Algumas vezes não é suficiente	2	
Freqüentemente não é suficiente	1	
Refused	7	
Don't know	9	

C12. Quantos dias do mês passado você e/ou sua família não tiveram comida ou não tiveram dinheiro para comprar comida? _____ dias

C13. A família possui (especifique quantos):

	Não tem	1	2	3	4 ou mais	
Televisão a cores	0	2	3	4	5	
Rádio	0	1	2	3	4	
Banheiro	0	2	3	4	4	
Automóvel	0	2	4	5	5	
Empregada mensalista	0	2	4	4	4	
Aspirador de pó	0	1	1	1	1	
Máquina de lavar	0	1	1	1	1	
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	2	2	2	2	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1	
Casa ou apartamento próprio	0	1	2	3	4	
Computador e/ou notebook	0	1	2	3	4	

BLOCO D

D1. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você tem se sentido só?

Muito freqüentemente	6	
Freqüentemente	5	
De vez em quando	4	
Raramente	3	
Muito raramente	2	
Nunca	1	

D2. Fora quem mora junto com você (marido/esposa/companheiro(a)), quantas pessoas você acha que dá para ter confiança para falar sobre problemas importantes?

6 ou mais	5	
4-5	4	
2-3	3	
Uma	2	
Nenhuma	1	

D3. For a quem mora com você, a que distância vivem seus parentes-amigos(as) mais importantes?

Perto de mim, em meu bairro	5	
Na mesma cidade onde moro	4	
Na mesma região/estado onde moro	3	
No mesmo país em que vivo	2	
Em outro país	1	

D4. Você é membro ativo de algum clube, organização social ou atividade religiosa que promove ações sociais (Ação da Cidadania, Lions, Rotary, pastorais, maçonaria e outros conselhos comunitários)?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

D5. Qual é sua preferência religiosa?

Não tem	01	
Católica	02	
Evangélica/protestante	03	
Espírita	04	
Judáica	05	
Afro-brasileira	06	
Oriental/budismo	07	
Outra	08	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

D6. Religião (espiritualidade) é importante em sua vida?

Não	1	
-----	---	--

Um pouco	2	
Bem importante	3	
Muito (super) importante	4	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

BLOCO E

As próximas perguntas serão sobre o uso de bebidas alcoólicas, como vinho, cerveja e destilados.

E1. Qual a bebida alcoólica de sua preferência?			
Especifique: _____ (SE BEBE, PULE PARA E3)			
Não bebe	00		

E2. Há quanto tempo não ingere bebida alcoólica?			
Informe o tempo em meses:			
Nunca bebi (PULE PARA E5)	000		

E3. Que idade você tinha quando começou a beber mais que só um golinho (mais do que só provar)? _____ anos			
---	--	--	--

E4. Houve um período da sua vida em que a bebida lhe causou problemas?			
	Yes	No	
Com a família	2	1	
De saúde	2	1	
No trabalho	2	1	
Com a lei ou a polícia	2	1	
Outros, especifique: _____	2	1	

SE BEBE, PULE PARA E6.

E5. Qual é a razão para você não beber? (ANOTE A RESPOSTA ESPONTÂNEA)		
Já foi alcoolista/teve problemas com álcool	13	
Não tive vontade em nenhuma ocasião	12	
Preciso estar sóbrio para cumprir com minhas responsabilidades	11	
Religião	10	
Não me interessa/ não aprecio o gosto I don't like taste	09	
Criação	08	
Minha saúde é ruim/uso de medicação	07	
É muito caro	06	
Prejudicaria minhas atividades	05	
Eu teria medo de ter problemas com o álcool/virar alcoolista	04	
Não tenho motivos para beber	03	
Estou grávida ou tentando engravidar	02	
Outros, especifique: _____	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

SE NUNCA BEBEU NADA OU NÃO BEBEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES, PULE PARA A SEÇÃO H.

E6. Atualmente você precisa beber mais que antes para obter o mesmo efeito (você é mais “forte”/agüenta melhor a bebida agora que antes?)		
Sim	2	
Não	1	
Não se aplica	8	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

E7. Nos últimos 12 meses, com que frequência normalmente você tomou qualquer tipo de bebida que contém álcool – pode ser vinho, cerveja ou destilados (como pinga, vodca, conhaque etc), ou qualquer outra bebida alcoólica?		
Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Não quis responder	77	
Não se aplica	88	
Não sabe	99	

E8. Nos últimos 12 meses, com que frequência você bebeu vinho		
Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA E10)	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

(APRESENTAR QUADRO COM DOSES DE BEBIDAS)

E9. Quantas doses/drinques você bebe de vinho em um dia comum (típico) em que bebe _____ drinques/doses	
--	--

E10. Nos últimos 12 meses, com que frequência você bebe cerveja?		
Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA E12)	01	
Não quis responder	77	

Não sabe	99	
Não se aplica	88	

E11. Quanto você bebe de cerveja normalmente? _____ latas ou copos grandes	
---	--

E12. Nos <u>últimos 12 meses</u>, com que frequência você bebe em um dia comum (típico) pinga, uísque, vodka ou qualquer outra bebida destilada?

Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA E14)	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

E13. Quantas doses de destilado (pinga, uísque, vodka) você consome no dia em que você bebe destilado? _____ drinques/doses	
--	--

E14. Num dia típico em que bebeu, quanto tempo você gastou bebendo? _ _ minutos ou _ _ horas	
--	--

E15. Quantas doses contendo álcool, independente da bebida, você consome num dia típico quando você está bebendo?
--

Nenhuma	0	
1 a 2	1	
3 a 4	2	
5 a 6	3	
7 a 9	4	
10 ou mais	5	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

E16. (APRESENTAR QUADRO COM DOSES DE BEBIDAS)

E16a. Nos <u>últimos 12 meses</u>, qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?
--

Nunca	0	
Menos que mensalmente	1	
Mensalmente	2	
Semanalmente	3	
Diariamente ou quase diariamente	4	
Não quis responder	7	

Não sabe	9	
----------	---	--

E16b. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu pelo menos 5 (5-7) drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?		
Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA F1)	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

E16c. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu pelo menos 8 (8-11) drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?		
Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA F1)	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

E16d. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu ao menos 12 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?		
Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	
Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca nos últimos 12 meses	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

ENTREVISTADOR: LEMBRE-SE QUE ISTO SE REFERE A QUALQUER/TODAS LATAS, GARRAFAS OU COPOS DE CERVEJA, TAÇAS DE VINHO, OU DRINQUES CONTENDO ÁLCOOL DE QUALQUER TIPO (JUNTAS OU SEPARADAS).

BLOCO F**F1. Pensando nos último 12 meses, com que frequência você bebeu nas seguintes circunstâncias? (TODAS DEVEM SER ASSINALADAS)**

	Todos os dias	5 ou 6 vezes por semana	3 ou 4 vezes por semana	1 ou 2 vezes por semana	1 a 3 vezes no mês	Menos que 1 vez no mês	Nunca nos últimos 12 meses	Não quis responder	Não sabe	
a. almoço ou jantar	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
b. festas e comemorações	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
c. na sua própria casa, fora das refeições	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
d. na casa de um amigo, fora das refeições	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
e. no trabalho	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
f. em bares/ discotecas/ boates	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
g. em restaurante	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
h. rua (calçada, com amigos)	07	06	05	04	03	02	01	77	99	
i. outro, especifique: _____	07	06	05	04	03		01	77	99	

F2. Com que frequência, nos últimos 12 meses, você tomou uma dose quando você estava com as seguintes pessoas?

Pense em todas as vezes que isso se aplica para cada pessoa. Por exemplo, se você bebeu junto com o seu cônjuge/companheiro(a)/amigos, devemos incluir tanto em "(a)" com meu companheiro(a) ou cônjuge como em "(d)" com amigos.

	Todos os dias	5 ou 6 vezes por semana	3 ou 4 vezes por semana	1 ou 2 vezes por semana	1 ou 3 vezes no mês	Menos que 1 vez no mês	Nunca nos últimos 12 meses	Não quis responder	Não se aplica	Não sabe	
a. com seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a) com ou sem outras pessoas presentes	07	06	05	04	03	02	01	77	88	99	
b. com membro da família/outro que não o cônjuge/companheiro(a)/namorado(a)	07	06	05	04	03	02	01	77	88	99	
c. com pessoas que trabalham com você ou com quem vai à escola?	07	06	05	04	03	02	01	77	88	99	
d. com amigos/outros que não seu cônjuge ou companheiro(a)	07	06	05	04	03	02	01	77	88	99	
e. sem ninguém presente (sozinho)?	07	06	05	04	03	02	01	77	88	99	
f. outros, especifique: _____	07	06	05	04	03	02	01	77	88	99	

F3. Durante os últimos 12 meses, quanto você tem bebido com seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a)?		
Todas ou quase todas ocasiões	5	
A maioria das ocasiões	4	
Algumas ocasiões	3	
Poucas ocasiões	2	
Nunca	1	
Não tenho cônjuge/companheiro(a)/namorado(a)?	0	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

BLOCO G

G1. Beber afeta as pessoas de muitas maneiras diferentes. Gostaríamos de saber quais são os efeitos da bebida PARA VOCÊ. Quando você bebe:					
	Normalmente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Nunca verdadeiro	Não se Aplica	
a. acha mais fácil se abrir com outras pessoas?	3	2	1	8	
b. acha mais fácil falar com seu atual companheiro(a) sobre seus sentimentos ou problemas?	3	2	1	8	
c. sente-se menos inibido(a) com sexo?	3	2	1	8	
d. acha a atividade sexual mais prazerosa?	3	2	1	8	
e. sente-se sexualmente mais atraente	3	2	1	8	
f. fica mais agressivo(a) com as pessoas?	3	2	1	8	

A seguir, algumas perguntas sobre experiências vividas por muitas pessoas quando usam bebidas no decorrer de suas vidas.

G2. Nos últimos 12 meses, você se envolveu em uma briga enquanto bebia?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

G3. Nos últimos 12 meses, com que frequência você dirigiu após ter bebido dois ou mais drinques uma hora antes?		
Diariamente ou quase diariamente	01	
Semanalmente	02	
Mensalmente	03	
Menos que mensalmente	04	
Nunca bebeu e dirigiu nos últimos 12 meses	05	
Não dirige	06	
Não quis responder	77	
Não se aplica	88	

Não sabe	99	
----------	----	--

G4. Nos últimos 12 meses, o jeito como VOCÊ bebeu prejudicou...

a. seu trabalho, estudo ou oportunidade de emprego?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
b. seu trabalho doméstico ou rotina em casa?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
c. seu casamento/relacionamento afetivo íntimo?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
d. o relacionamento com outros membros da família incluindo seus filhos?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
e. suas amizades ou vida social?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

f. sua saúde física?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

g. suas finanças?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

G5. Nos últimos 12 meses, você teve algumas das seguintes experiências?

a. problemas com a lei por dirigir embriagado?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

b. beber contribuiu para um acidente onde você ou alguém se machucou?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

c. tem ou teve alguma doença relacionada com o uso de álcool que o afastou do trabalho ou de suas atividades regulares por uma semana ou mais?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

d. Você perdeu o emprego, ou quase, por causa da bebida?		
---	--	--

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

e. seu cônjuge ou alguém que morou com você o(a) abandonou ou ameaçou de o(a) abandonar por causa da bebida?

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

f. você perdeu alguma amizade por causa da bebida?

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

g. foi criticado por algumas pessoas pelo modo como você bebia?

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

G6. Nos últimos 12 meses, algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

Nunca	0	
Menos que mensalmente	1	
Mensalmente	2	
Semanalmente	3	
Diariamente ou quase diariamente	4	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

G7. Durante os últimos 12 meses, algumas das seguintes pessoas tentaram influenciar o seu modo de beber para que você bebesse menos ou diminuísse a quantidade que bebe?

a. seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
b. seus filhos(as)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
c. algum membro da família, mulher?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
d. Algum membro da família, homem?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
e. alguém do seu trabalho ou da escola?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
f. uma amiga (mulher) ou conhecida?		

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

g. Um amigo (homem) ou conhecido?

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

h. um doutor ou profissional da saúde?

Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

G8. Nos últimos 12 meses, você se sentiu influenciado a beber, ou beber a mais, por alguém que bebe mais do que você?

	NÃO	SIM	Não quis responder	Não se aplica	Não sabe	
a. seu companheiro(a)/namorado(a)	1	2	7	8	9	
b. seus filhos(as)	1	2	7	8	9	
c. algum membro da família, mulher	1	2	7	8	9	
d. algum membro da família, homem	1	2	7	8	9	
e. alguém do seu trabalho ou da escola	1	2	7	8	9	
f. uma amiga (mulher) ou conhecida	1	2	7	8	9	
g. um amigo (homem) ou conhecido	1	2	7	8	9	

G9. Com que frequência, nos últimos 12 meses, você:

	Diariamente ou quase diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Quase mensalmente	Nunca	Não quis responder	Não se aplica	Não sabe	
a. bebeu suficiente para sentir os efeitos do álcool – por exemplo, ficar com a fala	5	4	3	2	1	7	8	9	

pastosa ou andar cambaleando?									
b. teve dor de cabeça ou sentiu enjôo por causa da bebida?	5	4	3	2	1	7	8	9	
c. bebeu para parar os efeitos ruins do álcool?	5	4	3	2	1	7	8	9	
d. sentiu-se doente ou tremendo quando você diminuiu ou parou de beber?	5	4	3	2	1	7	8	9	
e. achou que você não era capaz de parar de beber uma vez que começou?	5	4	3	2	1	7	8	9	
f. falhou em fazer o que normalmente era esperado de você por causa da bebida?	5	4	3	2	1	7	8	9	
g. precisou de um primeiro drinque de manhã depois de uma ocasião de beber pesado?	5	4	3	2	1	7	8	9	
h. teve sentimentos de culpa ou remorso depois de beber?	5	4	3	2	1	7	8	9	
i. foi incapaz de lembrar o que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	5	4	3	2	1	7	8	9	

G10. Nos últimos 12 meses, você tentou reduzir ou parar de beber, mas não conseguiu?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

G11. Você considerou a possibilidade de procurar ajuda por causa da forma como você estava bebendo ou por problemas relacionados com o álcool?

Sim	2	
Não (PULE PARA H)	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

G12. Se sim, você recebeu ajuda

Sim	2	
Não (PULE PARA H)	1	

G13. Se sim, você recebeu ajuda nos últimos 12 meses?

Sim	2	
Não	1	

BLOCO H
H1. Pensando nos últimos 12 meses, com que frequência seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a) fez uso de bebidas alcoólicas? Lembre-se de incluir todos os tipos de bebidas alcoólicas... (destilados, vinhos, cervejas).

Todos os dias	07	
Cinco ou seis vezes na semana	06	

Três ou quatro vezes na semana	05	
Uma ou duas vezes na semana	04	
Uma a três vezes no mês	03	
Menos que uma vez por mês	02	
Nunca	01	
Não quis responder	77	
Não sabe	99	
Não se aplica (PULE PARA H3)	88	

(MOSTRAR CARTÃO COM DOSES)

H2. Novamente, refletindo sobre os últimos <u>12 meses</u>, quantas doses seu companheiro(a)/cônjuge/namorado(a), tomou em um dia normal quando ele/ela bebeu? Por favor, pense em todos tipos de bebidas alcoólicas combinados. (ESCREVER O NÚMERO DE DOSES OU ANOTAR O QUANTO DE CADA BEBIDA) Número de doses: _____ OU quantidade de cada bebida: _____ _____ _____	

H3. Durante os últimos <u>12 meses</u>, VOCÊ tentou influenciar a forma de beber de qualquer uma das seguintes pessoas para que ele/ela bebesse menos ou diminuir a frequência e a quantidade em que bebe? RESPONDER TODAS.				
	NÃO	SIM	NÃO SE APLICA	
a. seu companheiro(a)/namorado(a)	1	2	8 (PULE PARA H5)	
b. seus filhos(as)	1	2	8	
c. algum membro da família, mulher	1	2	8	
d. algum membro da família, homem	1	2	8	
e. alguém do seu trabalho ou da escola	1	2	8	
f. uma amiga (mulher) ou conhecida	1	2	8	
g. um amigo (homem) ou conhecido	1	2	8	

H4. Nos últimos 12 meses, o uso de bebidas POR SEU CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)/NAMORADO(A) teve um efeito prejudicial sobre:

a. o trabalho, estudo ou oportunidade de emprego dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
b. o trabalho doméstico ou rotina em casa dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	

Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
c. o casamento/relacionamento afetivo íntimo dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
d. o relacionamento com outros membros da família incluindo os filhos dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
e. as amizades ou vida social dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
f. a saúde física dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	
g. as finanças dele(a)?		
Não	1	
Sim, uma ou duas vezes	2	
Sim, três vezes ou mais	3	
Não quis responder	7	

Não se aplica	8	
---------------	---	--

H5. Você acha que algumas das pessoas da lista abaixo tiveram problemas por uso de bebidas alcoólicas? Por exemplo: problemas com a família, saúde, trabalho, lei ou polícia.

	NÃO	SIM, uma vez na vida	SIM, nos últimos <u>12 meses</u>	Não sabe	Não se aplica	
a. Mãe	1	2	3	9	8	
b. Pai	1	2	3	9	8	
c. seu cônjuge/ companheir(a)/ namorado(a)	1	2	3	9	8	
d. Filhos	1	2	3	9	8	
e. Outros membros da família	1	2	3	9	8	
f. Amigos	1	2	3	9	8	
g. Colegas do trabalho ou escola	1	2	3	9	8	
h. Outros, especifique: _____	1	2	3	9	8	

BLOCO I

I1. Nos últimos 12 meses, você uso maconha?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

I2. Nos últimos 12 meses, você usou alguma outra droga, como cocaína aspirada ou crack, estimulantes (como anfetaminas), alucinógenos (como LSD), ou drogas de festa (como êxtase)?

	NÃO	SIM	Não quis responder	Não sabe	
a. cocaína aspirada	1	2	7	9	
b. crack	1	2	7	9	
c. estimulantes (como anfetaminas)	1	2	7	9	
d. alucinógenos (como LSD)	1	2	7	9	
e. drogas de festa (como êxtase)	1	2	7	9	

I3. Nos últimos 12 meses, você usou alguma droga injetável (como cocaína)?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

I4. Nos últimos 12 meses, você usou qualquer medicação (calmantes, antidepressivos, remédio para ajudar a dormir ou emagrecer) que necessite de prescrição (receita) de forma diferente de como foi prescrita pelo médico ou por conta própria? (LEIA E/OU CONSULTE A LISTA DE MEDICAMENTOS SE FOR O CASO)

Sim (ANOTAR O(S) MEDICAMENTO(S) NO QUADRO ABAIXO)	2	
Não	1	

Não quis responder	7	
Não sabe	9	
Se SIM, anotar o(s) medicamento(s): _____		

I5. Com que frequência, nos últimos <u>30 dias</u>, você teve tempo para realizar alguma atividade de lazer ou do seu interesse?		
Diariamente ou quase diariamente	5	
Várias vezes por semana	4	
Uma vez na semana	3	
Uma a três vezes nos últimos 30 dias	2	
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

BLOCO J

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.

J1. Qual a sua altura? _____ cm		
J2. Qual o seu peso?		
Informe o peso em quilos (kg):		
Não sabe	999	
J3. Gostaria que seu peso fosse diferente?		
Sim	2	
Não (PULE PARA J5)	1	
J4. Quanto gostaria de pesar?		
Informe o peso em quilos (kg):		
Não sabe	999	
PARA OS HOMENS, PULE PARA J9.		
J5. Você está grávida?		
Sim	2	
Não	1	
J6. Você está amamentando?		
Sim (PULE PARA J9)	2	
Não	1	
J7. Você está na menopausa?		

Ainda menstruando (PULE PARA J9)	1	
Histerectomia parcial antes da menopausa	2	
Histerectomia total antes da menopausa	3	
Pós-menopausa	4	
Histerectomia após a menopausa	5	

J8. Você está recebendo terapia de reposição hormonal (como Premarin, Premelle, Ginedisc, Estraderm, Diane, Livial etc.)?

Sim	2	
Não	1	

J9. Em geral, como está sua saúde física nos últimos 12 meses?

Excelente	5	
Muito boa	4	
Boa	3	
Mais ou menos	2	
Ruim	1	

J10. Nos últimos 12 meses, você procurou ajuda profissional de um médico ou outro profissional da saúde por causa da sua saúde física?

Sim	2	
Não	1	

J11. Quantas vezes nos últimos 12 meses você se envolveu em um acidente no trânsito, seja com carro, motocicleta ou como pedestre?

Nunca (PULE PARA J13)	1	
Uma vez	2	
Mais que uma vez	3	

J12. Você teve que procurar ajuda médica, enfermeira ou outro profissional da saúde por causa desse acidente de trânsito?

Sim	2	
Não	1	

J13. Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você caiu?

Nunca (PULE PARA J15)	1	
Uma vez	2	
Mais que uma vez	3	
Não sabe (PULE PARA J15)	9	

J14. Você teve que procurar um médico, enfermeira ou outro profissional da saúde por causa dessa queda?

Sim	2	
Não	1	

J15. Quantas vezes, nos <u>últimos 12 meses</u>, você se envolveu em um acidente de trabalho?		
Nunca (PULE PARA J17)	1	
Uma vez	2	
Mais que uma vez	3	
Não trabalhei nos últimos 12 meses (PULE PARA J17)	4	
J16. Você teve que procurar médico, enfermeira ou outro profissional da saúde por causa desse acidente de trabalho?		
Sim	2	
Não	1	
J17. Nos <u>últimos 12 meses</u>, você usou algum medicamento de tarja preta, manipulado, calmante etc., que necessitou retenção da receita na farmácia? (MOSTRE LISTA COM EXEMPLOS)		
SIM (ANOTAR O(S) MEDICAMENTO(S) NO QUADRO ABAIXO)	2	
NÃO	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	
Se SIM, quais? _____		

J18a. Algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você tem uma doença cardíaca (do coração)?		
Sim	2	
Não	1	
J18b. Você tem qualquer tipo de dor ou desconforto (mal estar) no peito?		
Sim	2	
Não	1	
J18c. Você tem dor no peito quando caminha normalmente (não rapidamente) em lugar plano?		
Sim	2	
Não	1	
Incapaz de caminhar (PULE PARA J19)	3	
J18d. Você tem dor no peito quando caminha numa subida?		
Sim	2	
Não	1	
J19. Algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você teve um derrame cerebral?		
Sim	2	
Não	1	

BLOCO K

Agora vamos falar de seu pai:

K1. Ele nasceu em que ano? (ANOTE O QUE A PESSOA RESPONDER PRIMEIRO. SE O ENTREVISTADO NÃO SOUBER A DATA EXATA, PERGUNTE SOBRE UM INTERVALO DE TEMPO.)		
Nascimento: 19 _____ OU entre 19 _____ e 19 _____ (SE A PESSOA NÃO SE LEMBRAR DO ANO)		
K2. Seu pai é vivo?		
Sim	2	
Não (PULE PARA K4)	1	
Não sei (PULE PARA L1)	3	
K3. Qual é a idade dele hoje?		
_____ anos de idade	PULE PARA L1	
Ou entre _____ e _____ anos de idade		
K4. Se não é vivo, quando ele morreu? (ENTREVISTADOR, SE O ENTREVISTADO NÃO SOUBER A DATA EXATA, POR FAVOR PERGUNTE SOBRE UM INTERVALO DE TEMPO.)		
Data: _____ OU entre _____ e _____ (SE A PESSOA NÃO SE LEMBRA DO ANO)		
K5. Do que ele morreu? _____		

BLOCO L

L1. Em geral, como está sua <u>saúde emocional/mental</u> nos últimos <u>12 meses</u>, comparada a pessoas da sua idade?		
Excelente	5	
Muito boa	4	
Boa	3	
Mais ou menos	2	
Ruim	1	
L2. Nos últimos <u>12 meses</u>, você procurou ajuda profissional de um médico ou outro profissional da saúde por causa da sua saúde emocional/mental?		
Sim	2	
Não	1	
L3. Durante os <u>últimos 12 meses</u>, houve alguma vez em que você se sentiu triste ou deprimido por duas semanas seguidas ou mais?		
Sim	2	
Não	1	
L4. Nos <u>últimos 12 meses</u>, houve um período de duas semanas seguidas ou mais em que você perdeu o interesse na maioria das coisas como hobbies/passatempos, trabalho ou atividades que usualmente lhe davam prazer?		

Sim	2	
Não	1	

SE RESPONDEU SIM PARA QUALQUER DAS DUAS QUESTÕES ANTERIORES, SIGA. CASO CONTRÁRIO, PULE PARA L8.

L5. Para as próximas questões, por favor, pense num período de duas semanas seguidas ou mais, durante os <u>últimos 12 meses</u>, em que aqueles sentimentos foram piores. O sentimento de estar triste ou deprimido era geralmente ao longo do dia todo, metade do dia ou menos que a metade do dia?		
Durante o dia todo	1	
A maior parte do dia	2	
Metade do dia	3	
Menos que a metade	4	

L6. Durante aquelas duas semanas, você se sentiu desse jeito o dia todo, quase todo dia ou com menos frequência?		
Todo dia	1	
Quase todo dia	2	
Com menos frequência	3	

L7. Novamente, pensando sobre aquelas mesmas duas semanas, você se sentiu mais cansado ou com menos energia que de costume?		
Sim	2	
Não	1	

L8. Você poderia, por favor, responder às seguintes perguntas a respeito da sua saúde no último mês?			
	Sim	Não	
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	2	1	
2. Tem falta de apetite?	2	1	
3. Dorme mal?	2	1	
4. Assusta-se com facilidade?	2	1	
5. Tem tremores de mão?	2	1	
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	2	1	
7. Tem má digestão?	2	1	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	2	1	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	2	1	
10. Tem chorado mais do que de costume?	2	1	
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	2	1	
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	2	1	
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	2	1	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	2	1	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	2	1	

16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	2	1	
17. Tem tido idéias de acabar com a vida?	2	1	
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	2	1	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	2	1	
20. Você se cansa com facilidade?	2	1	
Este campo <u>não</u> deve ser preenchido pelo entrevistador			Total de sim

BLOCO M**AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE USO DE TABACO**

M1. No presente momento, você fuma cigarros diariamente, ocasionalmente ou não fuma?			
Diariamente	PULE PARA M3	1	
Ocasionalmente	PULE PARA M5	2	
Parou de fumar		3	
Nunca fumou	PULE PARA N	4	
M2. Há quantos anos atrás você parou de fumar? _____ mês ou _____ anos (PULE PARA M7)			
M3. Em média, quantos cigarros você fuma em um dia? _____ cigarros			
M4. Que idade você tinha quando começou a fumar diariamente? _____ anos (PULE PARA M8)			
M5. Nos dias em que você fuma, quantos cigarros você fuma em um dia? _____ cigarros			
M6. Que idade você tinha quando começou a fumar ocasionalmente? _____ anos			
M7. Houve alguma vez na vida em que você fumou diariamente?			
Sim		2	
Não		1	
Não quis responder		7	
Não se aplica		8	
Não sabe		9	
M8. Houve alguma vez na vida em que você fumou ocasionalmente?			
Sim		2	
Não		1	
Não quis responder		7	
Não se aplica		8	
Não sabe		9	
M9. Nos <u>últimos 12 meses</u>, você tem fumado mais ou menos do que antes?			

ELE/ELA estava bebendo?		
Todo dia ou quase todo dia	6	
Maior parte do tempo	5	
Mais freqüentemente que não	4	
Ocasionalmente	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

N6. Quando você e seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a) discutem com que frequência VOCÊ estava bebendo?		
Todo dia ou quase todo dia	6	
Maior parte do tempo	5	
Mais freqüentemente que não	4	
Ocasionalmente	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

N7. Com que frequência houve ocasiões em que você ficou com medo ou se sentiu ameaçado(a) por seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a) e sentiu vontade de procurar ajuda (ou a procurou)?		
Todo dia ou quase todo dia	6	
Maior parte do tempo	5	
Mais freqüentemente que não	4	
Ocasionalmente	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não se aplica	8	
Não sabe	9	

Às vezes, a saúde e o seu estado de espírito (felicidade, tristeza) influenciam os sentimentos em relações à sexualidade de uma pessoa, e a sexualidade afeta outras áreas das suas vidas. A seguir estão algumas perguntas sobre experiência sexual. Por favor, responda-as o melhor que puder.

N8. Qual sua idade quando teve sua primeira relação sexual consentida? SE NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL CONSENTIDA, CODIFIQUE 00 E PULE PARA O BLOCO O.		
Idade da primeira relação sexual		IAFI
Não quis responder	77	

Não sabe	99	
----------	----	--

N9. Na sua vida, sexo tem sido...		
Muito importante para você	5	
Bastante importante para você	4	
Um pouco importante para você	3	
Não muito importante para você	2	
Eu poderia viver bem sem	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

N10. Nos últimos <u>12 meses</u> , quantos parceiros sexuais você teve?		
Por favor, escreva o número de parceiros:		
Não quis responder	77	
Não sabe	99	

N11. Com que frequência você usa camisinha nas relações sexuais?		
Sempre	6	
A maioria das vezes	5	
Mais freqüentemente que não	4	
Ocasionalmente	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

N12. Com que frequência você usa camisinha quando faz sexo depois de beber?		
Sempre	6	
A maioria das vezes	5	
Mais freqüentemente que não	4	
Ocasionalmente	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

BLOCO O

SE O RESPONDENTE NÃO TEM CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)/NAMORADO(A) PULE PARA A O2.

O1. Nos últimos 12 meses, com que frequência seu cônjuge/ companheiro(a)/ namorado(a)...
--

	Nunca	1 – 2 vezes	3 vezes ou mais	Não quis responder	Não sabe	
a. o(a) xingou, ameaçou ou amaldiçoou?	1	2	3	7	9	
b. emburrou ou se recusou a conversar sobre um problema?	1	2	3	7	9	
c. saiu de casa, do quarto ou do quintal bravo?	1	2	3	7	9	
d. fez ou disse algo para o(a) ofender?	1	2	3	7	9	

PERGUNTE PARA TODOS:

O2. Pessoas podem ser fisicamente agressivas de muitas maneiras (por exemplo: empurrando, socando ou estapeando ou sendo agressivas fisicamente de alguma forma). Qual é a coisa mais fisicamente agressiva que já foi feita a você nos últimos 2 anos por alguém com quem você tinha um relacionamento ítimo (tais como marido/mulher, namorado(a))?

[Lista de checagem: empurrar, chacoalhar, agarrar, estapear, socar, chutar, bater, atirar alguma coisa em você, bater com objeto em você, ameaçá-lo(a) com uma arma, usar arma, outro]

Se o respondente disser que nunca aconteceu coisa semelhante passe para O13.

Se ele responder, escreva a resposta aqui: _____

O3. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é a agressão menor e 10 é uma agressão que ameaça a vida, que nota você daria para classificar o nível desse ato agressivo (que referiu anteriormente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Agressão menor					Agressão ameaça a vida					

Nas próximas questões, perguntaremos como você se sentiu após este incidente acontecer, incluindo quão chateado(a), bravo(a) e amedrontado(a) você ficou.

O4. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é não ficar nem um pouco chateado(a) e 10 é ficar muito chateado(a), o quão aborrecido você ficou quando esse incidente aconteceu?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada chateado(a)					Muito chateado(a)					

O5. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é nem um pouco bravo(a) e 10 é muito bravo(a), que nota você daria para classificar o quão você ficou bravo com esse ato agressivo (que referiu anteriormente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada bravo(a)					Muito chateado(a)					

O6. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é nada amedrontador e 10 é muito amedrontador, que nota você daria para classificar o nível de ameaça desse ato agressivo (que referiu anteriormente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada amedrontador					Muito amedrontador					

O7. Você precisou procurar atendimento médico ou de outro profissional de saúde quando isso aconteceu, ou no dia seguinte ou por esse motivo?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

O8. Você ou a outra pessoa tinham bebido quando a agressão ocorreu?

Ambos beberam	4	
Somente o respondente bebeu	3	
Somente a outra pessoa bebeu	2	
Ninguém bebeu	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

O9. A outra pessoa nesse incidente, era seu atual cônjuge/ companheiro(a)/ namorado(a)?		
Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

O10. Onde esse incidente ocorreu?		
Em sua casa	1	
Na casa de alguém	2	
Em um bar ou boate	3	
Em um restaurante	4	
Na rua	5	
Outro, especifique: _____	6	
Não quis responder	7	

O11. Pensando nos últimos <u>2 anos</u>, quantas vezes ocorreram essas agressões (tais como empurrar ou chacoalhar, apanhar ou ser ameaçado com arma) com seu atual cônjuge/ companheiro(a)/ namorado(a)		
Quatro ou mais vezes	5	
Duas ou três vezes	4	
Uma vez	3	
Nunca	2	
Eu não tenho um relacionamento íntimo atualmente	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

O12. Quaisquer destas coisas agressivas foram feitas a você, nos últimos <u>12 meses</u>, por alguém com quem você tem um relacionamento íntimo (cônjuge/ companheiro(a)/ namorado(a))? ENTREVISTADOR: NÃO SE LIMITE AO CÔNJUGE/COMPANHEIRO/ NAMORADO ATUAL		
Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

O13. Qual é a coisa fisicamente mais agressiva feita por você nos últimos <u>2 anos</u>, para alguém que era ou tinha estado em uma relação afetiva com você? [Lista para conferir: empurrar, agarrar, esbofetear, perfurar, chutar, bater, bater no companheiro(a) com algum objeto, ameaçar o companheiro(a), ameaçar com uma arma, usar uma arma, outros].		
Se o respondente disser que nunca aconteceu coisa semelhante passe para a O22.		
Se ele responder, escreva a resposta aqui: _____		

O14. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é agressão menor e 10 é uma AGRESSÃO que ameaça a vida, que nota você daria para classificar o nível desse ato agressivo (que referiu anteriormente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Agressão menor					Agressão ameaça a vida					

As próximas questões perguntarão como você se sentiu após este incidente acontecer, incluindo quão chateado(a), bravo(a) e amedrontado(a) VOCÊ ficou.

O15. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é não ficar nem um pouco chateado(a) e 10 é ficar muito chateado(a), quão aborrecido você ficou quando esse incidente aconteceu?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada chateado(a)					Muito chateado(a)					

O16. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é nem um pouco bravo(a) e 10 é muito bravo(a) que nota você daria para classificar o nível desse ato agressivo (que referiu anteriormente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada bravo(a)					Muito bravo(a)					

O17. Numa escala de 1 a 10, onde 1 é nem um pouco amedrontador e 10 é muito amedrontador que nota você daria para classificar o nível desse ato agressivo (que referiu anteriormente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada amedrontador					Muito amedrontador					

O18. Você ou outra pessoa tinham bebido antes deste incidente?

Ambos beberam	4	
Somente o respondente bebeu	3	
Somente a outra pessoa bebeu	2	
Ninguém bebeu	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

O19. A outra pessoa nesse incidente a que você agrediu era seu atual cônjuge/ companheiro(a)/ namorado(a) (mesmo que não morem juntos)?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

O20. Pensando nos últimos 2 anos, qual a frequência com que ocorreram essas agressões que você fez (tais como empurrar ou chacoalhar, apanhar ou ser ameaçado com arma) para seu atual companheiro(a)/namorado (a)/ ou alguém com quem tenha tido um relacionamento afetivo íntimo?

Quatro ou mais vezes	5	
Duas ou três vezes	4	
Uma vez	3	
Nunca	2	
Eu não tenho um relacionamento íntimo atualmente	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

O21. Você fez algumas dessas coisas agressivas para alguém com quem você estava tendo um

relacionamento íntimo (companheiro(a)/namorado(a) ou alguém com quem você tinha um relacionamento romântico) nos últimos 12 meses?

ENTREVISTADOR: NÃO SE LIMITE AO CÔNJUGE, COMPANHEIRO(A), NAMORADO(A) ATUAL, PODE SER FORA DO CASAMENTO E/OU RELAÇÃO ANTERIOR

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

O22. Antes de completar 16 anos (15 anos ou menos), alguma pessoa da sua família o(a) molestou sexualmente?

Muito freqüentemente	5	
Com freqüência	4	
Algumas vezes	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

O23a. Antes de completar 16 anos (15 anos ou menos), alguma pessoa de fora da sua família o(a) molestou sexualmente ou fez você observar alguma coisa sexual?

Muito freqüentemente	5	
Com freqüência	4	
Algumas vezes	3	
Raramente	2	
Nunca	1	
Não quis responder	7	
Não sabe	9	

O23b. Depois da idade de 16 anos (16 anos ou mais) alguma vez o(a) forçaram a fazer alguma atividade sexual que você realmente não desejava?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

FINALIZE A ENTREVISTA

O23c. Ocorreu isto com seu esposo(a), companheiro(a), namorado(a) ou com alguém que você mantinha alguma relação amorosa?

Sim	2	
Não	1	
Não quis responder	7	

Termo de consentimento do entrevistado

Declaro que concordei em prestar as informações requeridas por este questionário.

Local: _____ Data: ____ / ____ / 200 ____

Assinatura do entrevistado

MUITO OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo E - Carta de Contato Inicial



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 13618-970 - TELEFONES: (14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX: (14) 3815-5965 - CAIXA POSTAL: 540



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

Sr.(a) Morador(a),

Estamos realizando uma pesquisa no município de São Paulo com o objetivo de melhorar o entendimento de como as características individuais e sociais influenciam o comportamento de beber em homens e mulheres. O projeto poderá também ajudar a melhorar a prevenção e intervenção para os problemas relacionados ao uso de álcool.

O nome do projeto é GENACIS, formado pelas iniciais em inglês de gênero, álcool, cultura e internacional (GENACIS - Gender, Alcohol, and Culture: An International Study site www.viverbem.fmb.unesp.br - procurar por Projeto Genacis) e tem apoio da OPAS (Organização Panamericana de Saúde).

Os questionários estão sendo aplicados por pesquisadores treinados, sob a supervisão da Profa. Titular Florence Kerr-Corrêa, docente da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e com apoio da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e da Fapesp (processo 04/11729-2).

Esta pesquisa está sendo desenvolvida também em outros países tais como Estados Unidos e Canadá, Chile, Argentina e Uruguai, porém ainda é não é comum em nosso meio, e a sua realização, contando com a sua colaboração, poderá ser de grande valia.

Alguns domicílios foram selecionados, por meio de sorteio amostral, para que seus moradores sejam entrevistados, razão pela qual solicitamos sua colaboração no sentido de receber nosso entrevistador e responder às perguntas do questionário.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é muito importante, pois é assim que poderemos contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e intervenção nos problemas associados ao uso de álcool em homens e mulheres.

Deste modo, nos próximos dias, um de nossos entrevistadores entrará em contato para verificar a possibilidade de sua participação e, se for o caso, agendar o melhor horário para a realização da entrevista.

Estamos à disposição para esclarecimentos sobre quaisquer outros aspectos desta pesquisa. Qualquer informação a mais pode ainda ser obtida pelos

telefones 14-3811-6260 nos horários comerciais (Tricia, Janaina ou Dra. Florence) ou 14-38116338 (Alayde).

Em São Paulo, na Pró-reitoria de Pesquisa (PROPE) da Unesp os contatos poderão ser feitos pelos telefones 11-32520313, com a secretária Rogéria ou com a socióloga Margaret Dominguez (fone: 11-93783193) e as psicólogas Sandra Regina Garcia (fone: 11-95243686) e Mariângela Nepomuceno (fone: 11-82373181), coordenadoras das entrevistadoras.

Queremos agradecer, e muito, sua participação!

Florence Kerr-Corrêa
Profa. Titular de Psiquiatria
Responsável pelo Projeto Genacis

Anexo F - Carta para reverter recusa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 13618-970 - TELEFONES: (14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX: (14) 3815-5965 - CAIXA POSTAL: 540

“Gênero, cultura e problemas relacionados ao álcool: um inquérito de saúde no estado de São Paulo” (Fapesp processo 04/11729-2).

Prezado morador:

O sr/sra. já deve ter sido abordado anteriormente por um dos membros da equipe que está coletando dados para o projeto GENACIS da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Trata-se de pesquisa multicêntrica, que envolve vários países, com o objetivo de comparar dados com relação a diferenças e influências do sexo (gênero) das pessoas com relação a vários aspectos de saúde e estilo de vida, incluindo o consumo de álcool e os problemas relacionados a este consumo. O projeto está sendo conduzido em todo o Estado de São Paulo por pesquisadores treinados, sob a supervisão da médica Florence Kerr-Corrêa, professora titular do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Unesp da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

Os vários países participantes estão usando questionários semelhantes para tornar os resultados comparáveis. O questionário está disponível no site www.viverbem.fmb.unesp.br (veja o item Genacis, como outros dados).

Esse projeto multinacional já foi feito em inúmeras regiões e há dados coletados e analisados em mais de 35 países. Agora é a vez das Américas: participam atualmente deste levantamento o Canadá, Estados Unidos, México, Costa Rica, Belize, Brasil (nós da Unesp e um grupo liderado pelo Dr Ronaldo Laranjeira da UNIFESP), Peru, Chile, Argentina e Uruguai. A OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), tendo a Dra. Maristela Monteiro como responsável, coordena os esforços internacionais. Vários países fazem a pesquisa com verba local e, em nosso caso, com verba da FAPESP (processo 04/11729-2).

Nosso objetivo é melhorar o entendimento de como as características individuais e sociais influenciam o comportamento de beber em homens e mulheres no país e compará-los depois com diferentes países e culturas.

O nome do questionário e do projeto é GENACIS, formado pelas iniciais em inglês de gênero, álcool e cultura: um estudo internacional (GENACIS - Gender, Alcohol, and Culture: An International Study).

Diante de sua impossibilidade inicial em responder a algumas questões ao entrevistador do projeto GENACIS, gostaríamos de esclarecer que seria muito

importante sua participação, pois é assim que poderemos contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e intervenção nos problemas associados ao uso de álcool em homens e mulheres.

Assim, sua colaboração, apesar de voluntária, é imprescindível para o andamento e conclusão deste projeto mundial.

Deste modo, nos próximos dias, um de nossos entrevistadores voltará a entrar em contato para verificar a possibilidade de sua participação e, se for o caso, agendar o melhor horário para a realização da entrevista.

Continuamos à disposição para esclarecimentos sobre quaisquer outros aspectos desta pesquisa. Qualquer informação a mais pode ainda ser obtida pelos telefones 14-3811-6260 nos horários comerciais (Trícia, Janaina ou Dra. Florence) ou 14-38116338 (Alayde).

Em São Paulo, na Pró-reitoria de Pesquisa (PROPE) da Unesp os contatos poderão ser feitos pelos telefones 11-32520313, com a secretária Rogéria ou com a socióloga Margaret Dominguez (fone: 11-93783193) e as psicólogas Sandra Regina Garcia (fone:11-95243686) e Mariângela Nepomuceno (fone: 11-82373181), coordenadoras das entrevistadoras.

Queremos agradecer, e muito, sua participação.

Florence Kerr-Corrêa
Profa. Titular de Psiquiatria
Responsável pelo Projeto Genacis

Anexo G - Teste AUDIT

Assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas para cada uma das seguintes questões,

1- Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

Nenhuma (0 ponto)

Uma ou menos de uma vez por mês (1 ponto)

2 a 4 vezes por mês (2 pontos)

2 a 3 vezes por semana (3 pontos)

4 ou mais vezes por semana (4 pontos)

2- Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

Nenhuma (0)

1 a 2 (1 pontos)

3 a 4 (2 pontos)

5 a 6 (3 pontos)

7 a 9 (4 pontos)

10 ou mais (5 pontos)

3- Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólica em uma ocasião?

Nunca (0 ponto)

Menos que mensalmente (1 ponto)

Mensalmente (2 pontos)

Semanalmente (3 pontos)

Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

4- Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

Nunca (0 ponto)

Menos que mensalmente (1 ponto)

Mensalmente (2 pontos)

Semanalmente (3 pontos)

Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

5- Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

Nunca (0 ponto)

Menos que mensalmente (1 ponto)

Mensalmente (2 pontos)

Semanalmente (3 pontos)

Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

6- Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

Nunca (0 ponto)

- Menos que mensalmente (1 ponto)
- Mensalmente (2 pontos)
- Semanalmente (3 pontos)
- Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

7- Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- Nunca (0 ponto)
- Menos que mensalmente (1 ponto)
- Mensalmente (2 pontos)
- Semanalmente (3 pontos)
- Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

8- Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo?

- Nunca (0 ponto)
- Menos que mensalmente (1 ponto)
- Mensalmente (2 pontos)
- Semanalmente (3 pontos)
- Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

9- Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- Não (0 ponto)
- Sim, mas não nos últimos 12 meses (2 pontos)
- Sim, nos últimos 12 meses (4 pontos)

10- Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- Nunca (0 ponto)
- Menos que mensalmente (1 ponto)
- Mensalmente (2 pontos)
- Semanalmente (3 pontos)
- Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

Escore Total: _____

Classificação:

- De 0 a 7 pontos: baixo consumo ou abstinência
- De 8 a 15 pontos: consumo de alto risco
- De 16 a 19 pontos: uso nocivo
- De 20 a 40 pontos: provável dependência

Abuse of illicit drugs, non-prescribed psychotropics and alcohol: a cross-sectional survey in Metropolitan Sao Paulo, Brazil

Paulo Roseno¹ Florence Kerr-Corrêa², Ivete Dalben², Maria Odete Simão¹, Adriana Marcassa Tucci³, Janaina Barbosa de Oliveira⁴, Mariana Braga Cavariani^{1,2}, Maria Cristina Pereira Lima¹.

¹Collective Health Post Graduated Program, Department of Public Health, Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Brazil.

²Department of Neurology, Psychology and Psychiatry, Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Brazil.

³Department of Health, Federal University of São Paulo, Santos, SP, Brazil.

⁴Mental Health Post Graduation Program, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil.

Corresponding author:

Paulo Roseno, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, PO box 540 Rubião Júnior s/n; ZIP Code 18601-970 Botucatu, SP, Brazil.

E-mail: p_roseno@zipmail.com.br

ABSTRACT

Background: In the literature, drug consumption has been associated with heavy alcohol use and certain demographic factors. While a considerable amount of data exists from developed countries, a lack of information regarding this subject exists in relation to developing countries. **Aims:** This paper aimed to estimate the prevalence of illicit drug and nonprescribed psychotropics use, as well as heavy alcohol use, in a Brazilian general population sample and identify associated factors. **Methods:** A population-based survey was conducted with a stratified cluster sample of metropolitan Sao Paulo inhabitants between the years 2005 and 2007. The final sample consisted of 2083 people aged 18 years or over. The response rate was 75.5%. The GENACIS (**G**ender, **A**lcohol and **C**ulture: an **I**nternational **S**tudy) questionnaire and the AUDIT (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est) were used. Statistical analysis was performed using the Chi square or Fisher exact tests and logistic regression. **Results:** Bivariate analyses showed significant associations between illegal drug use and the male gender, younger age, more years of formal education, living with nonrelatives, heavy alcohol use and an AUDIT score above 7. Respondents who were both illicit drug and heavy alcohol users and non-prescription psychotropics users had sought more professional help for emotional problems. An association was found between reported use of nonprescribed psychotropic medications and the female gender, age range 45-54, religion and per capita income

above 300 dollars. After adjusting for possible confounders, the only variables that remained independently associated with illicit drug use were male gender, an AUDIT score of 8 or more and living with nonrelatives. The use of nonprescribed psychotropic remained independently associated were female gender, age range 45-54 years and income above 300 dollars. **Conclusions:** Risk behaviors, such as heavy drinking and illicit drug use tended to occur together, especially in men who lived apart from their families. This study may contribute to improved understanding regarding the complex factors involved in the abuse of illicit drugs, nonprescribed psychotropics and alcohol, which could be useful for developing specific public health policies in this area.

Funding: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP (04/11729-2 and 06/50247-9) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPE.

Key words: illicit drugs, alcohol, nonprescribed medication, survey, GENACIS.

RESUMO

Contexto: A literatura científica tem associado o consumo de drogas com o uso pesado de álcool e com determinadas características sócio-demográficas. Enquanto há um grande número de artigos relatando essa associação nos países desenvolvidos, ainda há uma carência de informações sobre o assunto nos países em desenvolvimento. **Objetivo:** o objetivo desse estudo foi estimar a prevalência do uso de drogas ilícitas e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição em uma amostra representativa da população geral da Região Metropolitana de São Paulo e identificar a associação desse uso com o padrão de consumo de álcool, bem como outros fatores relacionados. **Método:** um inquérito de base populacional foi realizado com uma amostra estratificada dos habitantes da Região Metropolitana de São Paulo entre os anos de 2005 e 2007. A amostra final foi composta de 2.083 pessoas com 18 anos de idade ou mais. A taxa de resposta foi de 75,5%. Foram utilizados o questionário GENACIS (**G**ender, **A**lcohol and **C**ulture: an **I**nternational **S**tudy) e o teste AUDIT (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est) para a coleta dos dados. Análises estatísticas foram realizadas usando os testes do qui-quadrado, teste exato de Fisher e regressão logística. **Resultados:** as análises bivariadas mostraram

associações significantes entre o uso de drogas ilegais e ser do sexo masculino, ser mais jovem, ter menor escolaridade, não morar com os parentes, ter uso pesado de álcool e pontuação no AUDIT acima de 7. Tanto os respondentes que faziam uso de drogas ilícitas e consumo pesado de álcool como os que usavam psicotrópicos sem prescrição relataram buscar mais ajuda profissional para problemas emocionais e de saúde mental. Houve uma associação significativa entre o uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição e ser do sexo feminino, religião, ter idade entre 45 e 54 e renda per capita maior que 600 reais. Após o ajuste para possíveis variáveis de confusão, os únicos fatores que permaneceram independentemente associados com o uso de drogas ilícitas foram ser do sexo masculino, ter pontuação no AUDIT acima de 7 e não morar com os parentes. Para o uso de psicotrópicos sem prescrição, as variáveis permaneceram independentes associada foram ser do sexo feminino, ter entre 45 e 54 anos e renda superior a 600 reais. **Conclusões:** comportamentos de risco, como fazer uso pesado de álcool e de drogas ilícitas, tendem a ocorrer juntos, especialmente em homens que não moram com seus familiares. Este estudo pode contribuir para a melhor compreensão dos fatores que envolvem o uso de drogas ilícitas, de álcool e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição, o que pode ser útil para o desenvolvimento de políticas públicas específicas nesta área.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP (04/11729-2, 06/50247-9); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES.

Palavras-chave: drogas ilícitas, álcool, medicamentos sem prescrição, inquérito, Brasil, GENACIS.

INTRODUCTION

In the literature, drug consumption has been associated with heavy alcohol use and with several risk behaviors (Barros et al., 2007; Marlatt et al., 1998, Wechsler et al., 1994, 1995). While a considerable amount of data exists from developed countries, a lack of such information concerning the subject exists in relation to developing countries.

Illegal drug use has been found to be significantly related to alcohol abuse and other substance use disorders (SUDs) (Brook et al., 1986; Breslau et al., 1993; Campbell and Stark, 1990; DeMilio, 1989; Guxens et al., 2007; Kandel et al., 1997; Lopes and

Sichieri, 2002; Stephens et al., 1993; Swift et al., 1990; Whitmore et al., 1997; Wittchen et al., 1996) including nicotine dependence (Breslau et al., 1991; Kandel et al., 1997) and anxiety and affective disturbances (Breslau et al., 1991; Kandel et al., 1997; Stephens et al., 1993; Tarter et al., 1997; Johnson and Kaplan, 1990; DeMilio, 1989; Brook et al., 1986; Mehrabian, 2001; Mezzich, 1993. In fact, drug users generally present both higher rates and more severe levels of psychological impairment than do individuals who do not use drugs (Breslau et al., 1991; Stephens et al., 1993; Campbell and Stark, 1990; Burch, 1994).

Brook et al. (2002), in a careful follow-up study, found that alcohol and drug use in adolescents and young adults significantly predicted later major depressive disorder, alcohol dependence and substance use disorders in the late 20s, as did early marijuana use and other illicit drug use.

A study conducted by the Brazilian Information Center on Psychotropic Drugs (Carlini et al., 2002) pointed out that the prevalence of lifetime use of illicit drugs was 11.6%, a similar rate to that found in Chile and higher than Colombia. Marijuana use presented the highest lifetime prevalence (6.6%), while the lifetime prevalence of cocaine use in São Paulo state was 2.1%. There were no reports of heroin use. The use of illicit drugs by men was higher compared to women, a fact that should be taken into account in prevention programs.

In addition, many psychotropic drugs are purchased without medical prescription or over-the-counter in numerous countries (Gul et al., 2007), including Brazil (Lima et al., 2003). Drug prices interfere in the decision to abuse prescription drugs and it is well known that illicit drug users often compensate for reduced supply by substituting illicit drugs with medications that cause similar effects (Simeone and Holland, 2006). Given this context, Simeone and Holland (2006) examined the effects of Prescription Drug Monitoring Programs (PDMPs) on the supply and abuse of prescription drugs. The aggregate model suggested that PDMPs reduced the prescription of pain relievers and stimulants per capita and, in so doing, reduced the probability of the abuse of these drugs. The evidence also suggests that states which were proactive in their approach to the regulation of appetite inhibitors and analgesics were more effective at reducing the per capita supply of prescribed pain relievers and stimulants than states that were only reactive in their approach to regulation (Simeone and Holland, 2006),

In most countries, including Brazil (Carlini et al., 2002), illegal drug and alcohol consumption is greater among men and psychotropic medication consumption is greater among women (Baumman et al., 2007).

In Brazil, between 2001 and 2005, a general growth of 5% per year in the sales of medicines was estimated. This growth appeared to be associated with many factors, such as the improvement in average income, the continuous supply of innovative drugs and massive investment in research (Imshealth, 2006). Few Brazilian population-based studies have investigated the use of psychotropic medications in adults, but a high proportion of the population uses medicines in general and this occurs in all age groups (Lima et al., 2003; Arrais, 1997).

Among all alcohol consumption patterns, heavy episodic drinking is more frequently associated with illicit drug use. Furthermore, although regulation is easily established by law and can be supervised at low cost, the taxes and prices of certain alcoholic beverages in Brazil are very low. The very low price of alcoholic beverages in Brazil has contributed to increased alcohol consumption, especially among young people (Carlini-Cotrim et al., 1990; 2002; Galduróz et al., 1997; 2003; Kerr-Corrêa et al., 2005; Taylor et al., 2007). “Cachaça” or “pinga,” for example, a 40% GL distilled beverage made from sugarcane costs less than one dollar per liter, almost the same price of a liter of milk or national bottled water and cheaper than a liter of soda.

This study is part of the GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) Project, which aims to estimate the prevalence of illicit drug and nonprescribed psychotropic use, as well as heavy alcohol consumption and associated socioeconomic variables, in a population-based survey carried out in Metropolitan São Paulo, Brazil. The main research hypotheses were: 1) illicit drugs use is significantly associated with gender (higher in males), age (higher at younger ages), marital status (higher among unmarried participants), education (higher among higher educated), religion (higher among those for whom spirituality is not important) and AUDIT score (higher among those with score ≥ 8); and 2) the use of nonprescribed psychotropic medicines is significantly associated with gender (higher in males), age (higher at older ages), alcohol consumption (higher in non-heavy alcohol consumption) and seeking help due to emotional/mental health problems (higher in help seeking behavior for emotional/mental health problems).

METHODS

This is a population-based survey carried out in Metropolitan São Paulo from 2005 to 2007. According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE¹), the estimated population of São Paulo city in 2000 was 10,927,985 inhabitants and the municipal area was 1,523 km². São Paulo metropolitan area comprises 39 cities and towns and has approximately 19,037,000 inhabitants, approximately two thirds of the population of São Paulo State.

Sample

A stratified sample, representative of community socioeconomic and educational levels, was drawn from the metropolitan area of São Paulo, including only adults (18 years of age or over). Each stratum was based on the census sector and respondents were selected using cluster-sampling schemes. The sampling unit was the family household. The sample size was calculated to allow for a possible nonresponse rate of 20%.

Procedures

Face-to-face interviews were conducted in the households by trained lay interviewers. They were given advanced training for the GENACIS questionnaire, which included specific information on alcohol and drinking behaviors (e.g., antecedents and consequences, problematic behaviors, binge drinking), violence and sexual abuse. More female interviewers were used, because traditionally in Brazil, females can gain access to other people's homes more easily, especially when intimate questions are asked. Privacy was guaranteed and a sham questionnaire was available to avoid difficult situations if someone else arrived while the interview was taking place. Monthly supervisions were provided and 10% of the interviews were checked to assure quality.

Instruments

1. GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) Questionnaire. This questionnaire was developed by an international group of investigators who were interested in comparing drinking patterns between genders in different contexts and cultures. The version used in this study consisted of a questionnaire that included questions on sociodemographics, detailed alcohol consumption, illicit drug use and psychotropic medication use without a prescription. The questionnaire, translated into Brazilian Portuguese, had been previously used in

¹ IBGE. The Institute of Geography and Statistics is the agency responsible for statistical, geographic, cartographic, geodetic and environmental information in Brazil.

an international study (Kerr-Corrêa et al. 2005). Alcohol consumption was standardized in drinks containing 12-15 grams of ethanol. Respondents were considered **Abstinent**s when they reported having not consumed any alcoholic beverage in the previous year. **Light drinkers** were considered those who consumed one or two drinks per occasion in the previous year. **Moderate drinkers** were considered those who consumed three to four drinks per occasion in the previous year. **Heavy drinkers** were considered those who consumed five or more drinks per occasion in the previous year. All categories were mutually exclusive.

2. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; Babor et al., 1992), consists of a questionnaire with 10 items used to monitor both heavy drinkers who are not yet suffering the consequences of their drinking and those with more serious problems. Its score ranges from 0-40 and scoring can be made in different ways. A score of eight or more indicates that a more specific diagnostic evaluation is needed. Babor and Higgle-Biddle (2003) proposed four levels of AUDIT score, which can suggest that some intervention be included in primary health care. The scores were classified in the following way: **low risk consumption and abstinence** (0 to 7); **risk consumption** (8 to 15); **harmful or high risk use** (16 to 19) and **probable dependence** (20 or more).

Statistical analyses

The dependent variables were defined as illicit drug use, nonprescribed psychotropic medicine use and heavy alcohol use in the previous year. Bivariate analyses between dependent variables and categorical explanatory variables were investigated using the Chi square test or Fisher exact test, as appropriate. Statistical significance was defined for p values ≤ 0.05 , with respective 95% confidence intervals (Hennekens and Buring, 1987). A multiple logistic regression was performed to provide control for possible confounders, including all variables with a p value < 0.15 in the bivariate analysis. The models were compared using the likelihood test for constructed models. All analyses were conducted utilizing the Stata 8.0 software. The analyses were weighted to correct the sampling procedures.

Ethical considerations

The Ethics in Research Committee of Botucatu Medical School, UNESP, approved this project on September 13th, 2004. The participants were included only after signing a term of written informed consent and being reassured of anonymity.

RESULTS

The response rate was 75.5%, with women being the majority of respondents (56.6%). With regard to age range, subjects aged 25 to 34 years (22.9%) and 35 to 44 years (19.1%) predominated in the sample. Married subjects comprised 61.1%. About 60% had less than 8 years of formal education. Among all the subjects, 38.4% presented a per capita income of 75 dollars or less per month (Table 1).

Table 1. Demographics of the population-based sample from Metropolitan São Paulo, Brazil (n=2,083)

	% weighted
Gender	
Male (n=867)	43.4
Female (n=1216)	56.6
Age	
18 to 24 (n= 346)	16.6
25 to 34 (n= 478)	22.9
35 to 44 (n= 397)	19.1
45 to 54 (n= 312)	15.0
55 to 64 (n= 265)	12.7
65 or more (n= 284)	13.6
Marital status	
Never married (n=537)	25.7
Married (n=1221)	61.1
Widowed (n=178)	6.4
Divorced (n=147)	6.7
Formal education (years)	
Illiterate (n=154)	6.5
1-4 (n=504)	22.5
5-8 (n=473)	23.4
9-11 (n=682)	33.4
≥ 12 (n=266)	14.2
Per capita income (dollars)	
0 to 75 (n=732)	38.4
76 to 150 (n=456)	20.9
151 to 300 (n=465)	21.0
≥ 301 (n=430)	19.8

Table 2 shows that, in the bivariate analysis, significant associations occurred between illicit drug use and the male gender, younger age (< 35 years old), having nine or more years of formal education, having never been married, reporting religion/spirituality as unimportant, living with nonrelatives, reporting heavy alcohol use, having five drinks or more per occasion and higher Audit scores.

Table 2. Associations between illicit drug use, demographics and pattern of alcohol use in Metropolitan São Paulo, Brazil

	Illicit drug use				
	Total	No		Yes	
	n	n	%*	n	%*
Gender					p<0.001
Male	865	816	94.3	49	5.7
Female	1214	1198	98.6	16	1.4
Age (years)					p=0.006
18-24	346	330	95.5	16	4.5
25-34	476	444	94.1	35	5.9
35-44	397	388	97.3	9	2.7
45-54	311	305	97.8	6	2.2
55-64	265	264	99.5	1	0.5
≥ 65	283	282	99.7	1	0.3
Formal education (years)					p=0.024
Illiterate	154	152	98.4	2	1.6
1-4	502	497	99.2	5	0.8
5-8	472	457	97.2	15	2.8
9-11	682	654	95.5	28	4.5
≥ 12	265	250	94.2	15	5.8
Marital status					p<0.001
Never married	537	501	93.1	36	6.9
Married	1217	1189	97.6	28	2.4
Widowed/Divorced	325	324	99.8	1	0.2
Importance of Religion/spirituality					p<0.001
Not important at all	71	62	87.4	9	12.6
Not very important	215	209	97.3	6	2.7
Very important	584	561	95.9	23	4.1
Extremely important	1198	1171	97.6	27	2.4
Living arrangements					p=0.004
With relatives	1890	1835	97.0	55	3.0
With nonrelatives	67	61	89.9	6	10.1
Drinking pattern					p=0.005
Light	417	400	95.9	17	4.1
Moderate	215	206	95.8	9	4.2
Heavy	244	220	89.3	24	10.7
Five drinks or more per occasion					p=0.030
No	562	539	95.7	23	4.3
Yes	314	286	90.8	28	9.2
Audit score					p<0.001
0 to 7	1863	1823	97.8	40	2.2
8 to 15	174	157	90.1	17	9.9
16 to 19	22	19	86.9	3	13.1
≥ 20	20	15	70.0	5	30.0

* Proportions weighted due to sample design

Table 3 shows that among the participants that reported both illicit drug and heavy alcohol use (N=24), only four (30.8%) had sought help for mental health problems, against nine (69.2%) among those who did not ($p<0.0028$).

Table 3. Association between seeking help due to emotional/mental health problems and using illicit drug and heavy alcohol consumption in Metropolitan São Paulo, Brazil

	Illicit drug and heavy alcohol consumption				
	Total	No		Yes	
	n	n	%*	n	%*
Help seeking for emotional/mental health					p<0.028
No	231	211	91.3	20	8.7
Yes	13	9	69.2	4	30.8

* Proportions weighted due to sample design

Table 4 shows that among those who sought help for mental health problems 7% were using psychotropics without a prescription ($p<0.001$).

Table 4. Association between seeking help due to emotional/mental health problems and using psychotropics without a prescription in Metropolitan São Paulo, Brazil

	Use of psychotropics without a prescription				
	Total	No		Yes	
	n	n	%*	n	%*
Help seeking for emotional/mental health					p<0.001
No	1,871	1,845	98.7	26	1.3
Yes	206	196	92.8	13	7.2

* Proportions weighted due to sample design

Table 5 reveals more women used nonprescribed psychotropic medicines compared to men. Women aged 45 to 54 years old and with higher income per capita showed the highest consumption of nonprescribed psychotropics. There was a higher proportion of Catholics who did not use nonprescribed psychotropic medication. None of the women who used nonprescribed medications were heavy alcohol users (data not shown).

Table 5. Association between nonprescribed psychotropic use and demographics in Metropolitan São Paulo, Brazil

Use of psychotropics without a prescription				
---	--	--	--	--

	Total	No		Yes		
	n	n	%*	n	%*	
Gender						p=0.022
Male	865	859	99.1	6	0.9	
Female	1216	1183	97.3	33	2.7	
Age (in years)						p=0.005
18-24	346	342	99.4	4	0.6	
25-34	477	468	98.4	9	1.6	
35-44	397	388	97.2	9	2.8	
45-54	311	299	95.7	12	4.3	
55-64	265	263	99.5	2	0.5	
≥ 65	284	281	99.1	3	0.9	
Per capita income (dollars)						p=0.015
0 to 300	1.651	1.627	98.5	24	1.5	
≥ 301	430	415	96.7	15	3.3	
Religion						p=0.042
None	178	173	96.4	5	3.6	
Catholic	1.139	1.124	99.1	15	0.9	
Protestant	582	568	97.1	14	2.9	
Others	176	171	96.8	5	3.2	

* Proportions weighted due to sampling procedures

In the multiple logistic regression model (Table 6), the only variables that remained independently associated with illicit drug use were: being male, having a higher Audit score and living with a nonrelative.

Table 6. Logistic regression model for predicting risk of using illicit drugs (1=drug user; 0= drug non-user) in the previous 12 months in Metropolitan São Paulo, Brazil

	Crude OR		Adjusted OR		p*
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	
Gender					0.0001
Women	1				
Men	4.70	2.61-8.45	3.25	1.73-6.10	
Audit score					0.0003
0-7	1				
8-15	4.70	2.59-8.67	2.46	1.25-4.97	
16-19	7.39	2.10-26.01	5.05	1.40-18.18	
20-40	15.60	5.40-45.08	9.31	3.09-27.98	
Living arrangements					0.02
With relatives	1				
With nonrelatives	3.41	1.41-8.24	3.51	1.39-8.82	

*Adjusted OR

In the multiple logistic regression model (Table 7), the variables that remained independently associated with nonprescribed psychotropic use were: being female and having income above 300 dollars.

Table 7. Logistic regression model for predicting risk of using nonprescribed medication (1=nonprescribed psychotropic user; 0=nonprescribed psychotropic non user) in the previous 12 months in Metropolitan Sao Paulo, Brazil

	Crude OR		Adjusted OR		p*
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	
Gender					0.025
Male	1				
Female	3.24	1.13-9.33	3.46	1.18-10.2	
Per capita income (dollars)					0.010
0 to 300	1				
≥ 301	2.19	1.15-4.14	2.41	1.24-4.70	

*Adjusted OR

DISCUSSION

This survey included a stratified and representative sample of 2,083 individuals living in the community in Metropolitan São Paulo. Sixty-five (3.1 %) reported illicit drug use and 39 (1.9 %) nonprescribed medication use in the previous year. According to our hypothesis, men used significantly greater quantities of illicit drugs compared to women (75.4% vs. 24.6%), whereas women used more psychotropics without prescription (84.7% vs. 15.4%). Several studies from other countries have described that men use more illicit drugs than women and women exceed men in the use of nonprescribed medications (Baumann et al. 2007; Netherlands National Drug Monitor, 2007; SAMSHA, 2006; Stinson et al., 2005) and in Brazil (Carlini et al., 2007). However, the rates were lower (5.0%) in the present study than those found in the study conducted by Carlini et al. (2007) (10.3%). Under-reporting may have played a role in the present study, probably because there were few questions regarding illicit drugs in the GENACIS questionnaire, as its main goal is to assess participants' alcohol use patterns.

Also in agreement with our hypothesis, higher rates of illicit drug use occurred among those who did not live with their relatives. In fact, students who drink too much and/or use drugs usually have peers that present the same behaviors. This profile is

particularly well established among students who leave their original families to go to college, living with roommates in dormitories or “repúblicas” (houses or condominiums rented by several students who share expenses) in Brazil (Kerr-Corrêa et al., 2001; Simão et al., in press) and in other countries (Larimer et al., 2001; Marlatt et al., 1998). They also frequently socialize with friends that have similar values, attitudes and behaviors regarding alcohol and drugs use. On the other hand, students who live with their families or by themselves tend to drink less alcohol and present lower illicit drug consumption (Kerr-Corrêa et al., 2001; Simão et al., in press).

The international literature indicates a strong association between nonprescribed drug consumption, more advanced ages and lower income (Baumann et al.; HWS, 2007; SAMHSA, 2006; Rocket et al., 2006). Arrais (1997), in a study conducted in Brazil, found increased nonprescribed use to women in the age group of 36 to 45 years. This research indicated that nonprescribed psychotropic use was significantly higher in people in the age group of 45-54 years. It also noted that nonprescribed psychotropic users had a higher income. The possible explanation is the high price of psychotropic medication in Brazil, especially without prescription.

In this research, the relationship between drug abuse and heavy alcohol consumption was strong, as hypothesized. This finding has also been reported in other studies (Kuntsche et al., 2004; Marlatt et al., 1998; Kerr-Corrêa et al., 2001; Wechsler et al., 1994). A recent review of European studies on binge drinking revealed that family history of problematic drinking, use of other substances, drinking used as a coping strategy and poor family relations were positively related to binge drinking among adolescents and young adults (Kuntsche et al., 2004). An association was also found between socioeconomic status and binge drinking in adolescents, such that those with higher financial resources presented increased rates of binge drinking (Lintonen et al., 2000), whereas unemployment and lower educational level were associated with higher bingeing in adult populations (Droomers et al., 1999).

With respect to possible mechanisms for using several drugs and alcohol, Wagner and Anthony (2002) drew upon the concept of “exposure opportunity”. Their seminal paper argued that people using alcohol or tobacco would be more likely to be offered a chance to try marijuana or to face some other form of “marijuana exposure opportunity” at home or within a peer-group setting. In addition, marijuana smokers might have more chances of trying cocaine in similar settings, compared to young

people who did not smoke marijuana. Once the “marijuana exposure opportunity” had occurred, alcohol or tobacco users might be more likely to actually use marijuana, compared to other young people. Likewise, once the “cocaine exposure opportunity” had occurred, marijuana-smokers might be more likely to actually use cocaine.

Several statistically significant analyses, which corroborated our hypotheses in the univariate analyses, such as the greater likelihood of heavy drinkers also being drug users, consuming at younger ages, being unmarried, more educated and not determining spirituality as important did not remain significant after the bivariate analyses. It is noteworthy that none of the participants that used nonprescribed psychotropics presented heavy episodic drinking. Cultural factors may be important determinants of the lack of alcohol consumption when taking psychotropic medications, since in Brazil, a strong belief exists that alcohol does not go well with such drugs. Similar findings were previously reported by Menezes and Ratto (2004) in a sample of severely mentally disordered patients, where alcohol and drug use was found at much lower rates compared to developed countries.

In general, early users of drugs present both higher rates and more severe levels of psychological impairment than individuals who do not use drugs (Breslau et al., 1991; Brook et al., 1986; Stephens et al., 1993; Campbell and Stark, 1990; Burch, 1994). Research in this area among the Brazilian population is scarce; consequently, further study regarding the prevalence of drug and alcohol use in this country, as well as the prevalence of other psychiatric disorders within the context of substance use is essential in order to implement specific preventive measures.

Study limitation

Certain methodological limitations must be considered in the present study. The main one is that the GENACIS questionnaire contains few questions regarding drugs, since its main goal is to assess alcohol use patterns. Thus, the prevalence rates may be underestimated, despite methodological cautions in the interviewers' training and the privacy and security reassurances offered to the participants.

CONCLUSIONS

Risk behaviors, such as heavy drinking and drug use tend to occur together, especially in men who do not live with their relatives, but with friends that most likely present similar behaviors. Participants that reported both illicit drug and heavy alcohol use and those who used nonprescribed medication were more likely to have sought professional care for mental problems. Few participants used nonprescribed

medications. They were mostly middle-aged women and with a higher income. In general, this group did not drink at all and none drank heavily, probably due to cultural factors. The present data support the growing body of research suggesting that alcohol use screening needs to be extended to include drug abuse. This study may contribute to the understanding of the complex factors involved in the abuse of illicit drugs, nonprescribed psychotropics and alcohol, which could be useful for developing specific preventive programs and public health policies in this area.

REFERENCES

- Arrais PSD. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 71-7.
- Barbor TF, HiggleBiddle JC. Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAIPAD-SP; 2003.
- Baumann M, Spitz E, Guillemin F, Ravaud JF, Choquet M, Falissard B, Chau N. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a populationbased study. *Int J Health Geogr* 2007; 6: 50-7.
- Brasil, Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1069-74.
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Vulnerability to psychopathology in nicotinedependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 941-6.
- Brook JS, Whiteman M, Gordon AS, Cohen P. Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Dev Psychol* 1986, 22: 403-14.
- Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59: 1039-44.
- Burch EA. Suicide attempt histories in alcohol-dependent men: differences in psychological profiles. *Int J Addict* 1994, 29:1477-86.
- Campbell BK, Stark MJ. Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *Int J Addict* 1990; 25:1467-74.

Carlini EA, Carlini-Cotrim B, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus - 1989. São Paulo: CEBRID – UNIFESP; 1990.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil - 2001. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas; 2002.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura YG, Sanchez ZM (2007). II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil - 2005. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas; 2007.

DeMilio L. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1212-4.

Droomers M, Schrijvers CT, Stronks K et al. Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Prev Med* 1999; 29: 1-10.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Estimating the prevalence of problem drug use in Europe - 1996. EMCDDA 1996; Scientific Monograph Series nº 1.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini ELA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *São Paulo Med J* 2003; 121: 231-7.

Gül H, Omurtag G, Clark PM, Tozan A, Ozel S. Nonprescription medication purchases and the role of pharmacists as healthcare workers in selfmedication in Istanbul. *Med Sci Monit* 2007; 13: 9-14.

Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2007; 88: 234-43.

Health of Washington State (HWS). Drug abuse and dependence. Washington: State Department of Health; Updated: 07/27/2007: 371-5.

Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988; 49: 219-24.

Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in medicine. Boston: Little, Brown and Company; 1987.

IMSHEALTH. Intelligence Applied. [serial online] 2006 [cited 2008 Mar 15]. Available in: URL: <http://www.imshealth.com>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. [serial online] 2000 [cited 2008 Mar 15]. Available in: URL: <http://www.ibge.gov.br/censo/>

Jaffe JH, Anthony JC. Substance-related disorders: Introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2005.

Johnson RJ, Kaplan HB. Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. *J Health Soc Behav* 1990; 31: 277-91.

Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Canino G, Goodman SH, Lahey BB, Regier DA, Schwab-Stone M. Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. *J Abnorm Child Psychiatry* 1997; 25:121-32.

Kerr-Corrêa F, Dalben I, Trinca L, Simão MO, Mattos PF, Cerqueira ATAR, Mendes AA. I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais dos estudantes da UNESP - 1998. São Paulo: VUNESP; 2001.

Kerr-Corrêa F, Hegedus AM, Trinca LA, Tucci AM, Pontes LRS, Sanches AF, Floripes TF. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. In: Obot I, Room R (eds). *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middleincome countries and drinking problems*. Geneva: World Health Organization 2005; 49-68.

Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004; 59:113-27.

Larimer ME, Turner AP, Anderson BK, Fader JS, Kilmer JR, Palmer RS, Cronce JM. Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 370-80.

Lima MS, Dunn J, Novo IP, Tomasi E, Reisser AAP. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 51-65.

Lopes CS, Sichieri R. A case control study on alcohol and psychiatric disorders as risk factors for drug abuse pattern. *Cad. Saúde Pública* 2002, 18: 1571-5.

Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, Somers JM, Williams E. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-years follow-up assessment. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 604-615.

Mehrabian A. General relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology. *J Psychol* 2001; 135:71-86.

Meltzer H, Singleton N, Lee A, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R. The Social and Economic Circumstances of Adults with Mental Disorders. London: HMSO; 2002.

Menezes PM, Ratto LRC. Prevalence of substance misuse among individual with severe mental illness in São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 212-7.

Mezzich A, Tarter R, Kirisci L, Clark D, Buckstein O, Martin C. Subtypes of early age onset alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:767-70.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Underage drinking: a major public health challenge. *Alcohol Alert* 2003; 59:1-4.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Epidemiologic trends in drug abuse: highlights and executive summary. Proceedings of the Community Epidemiology Work Group 1; 2006.

Netherlands National Drug Monitor (NDM). NDM annual report 2006. Trimbosinstituut: Utrecht; 2007.

Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction* 2006; 101; 706-12.

Simão MO, Kerr-Corrêa F, Smaira SI, Trinca LA, Tucci AM, Floripes TMF, Dalben I, Aragão RM, Oliveira JB, Cavariani MB. Prevention of at-risk drinking among students of a Brazilian university. *Alcohol and Alcoholism*, in press. [serial online] 2008 [cited 2008 Mar 15]. Available in: URL: <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/agn019v1?ck=nck>.

Simeone R, Holland L. An evaluation of prescription drug monitoring programs. Columbia: Project sponsored by the United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance; 2006.

Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM IV alcohol and specific drug use disorders in the United States. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80:105-16.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies (SAMHSA). Results from the 2005 national survey on drug use and health: national findings. Office of Applied Studies; 2006. Reported No. SMA 064194.

Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Adult marijuana users seeking treatment. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:1100-4.

Swift W, Williams G, Neill O, Grenyer B. The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. *Br J Addict* 1990; 85: 629-34.

Tarter RE, Kirisci L, Mezzich A. Multivariate typology of adolescents with alcohol use disorder. *Am J Addict* 1997; 6:150-158.

Taylor B, Rehm J, Aburto JTC, Bejarano J, Cayetano C, KerrCorrêa F, Ferrand MPF, Gmel G, Graham K, Greenfield TK, Laranjeira R, Lima MCP, Magri R, Monteiro MG, Medina MME, Munné M, Romero MP, Tucci AM, Wilsnack S. Alcohol, gender, culture and harms in the Americas PAHO multicentric study final report. Washington: Pan American Health Organization; 2007.

Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. *J American Medical Ass* 1994; 272: 1672-7.

Whitmore EA, Mikulich SK, Thompson LL, Riggs PD, Aarons GA, Crowley TJ. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997; 47: 87-97.

Wittchen HU, Zhao JM, Abelson JM, Abelson JL, Kessler RC. Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychol Med.* 1996; 26:1169-77.

Zilberman M, Tavares H, el-Guebaly N. Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol and other substance-related disorders. *J Addictive Dis* 2003; 22: 61-74.