



**Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina**

**UMA VERSÃO BRASILEIRA DO AUDIT
(ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)**

Eduardo Brod Méndez

**Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Epidemiologia**

Orientador: Maurício Silva de Lima

Co-orientadora: Maria Teresa Anselmo Olinto

Pelotas, 1999

À minha querida Lúcia

Agradecimentos

Quando eu era pequeno e assistia ao Mundo Animal, eu queria ser "cientista". O Mestrado em Epidemiologia proporciona aos alunos o convívio com o trabalho de cientistas de valor inquestionável. Através de experiências técnicas enriquecedoras, propicia crescimento profissional não só para a prática de pesquisa mas também para a prática clínica. Difícil foi atender todas as exigências que dele ocorrem, atingir as expectativas que habitualmente são cobradas dos seus alunos, suportar a abdicação de tantas coisas para cumprir com os compromissos. Mas, no meio da solidão dividida com os livros e artigos, agradeço a algumas pessoas que, em especial, me ajudaram a vencer esta etapa.

Representando todos os professores, com os quais muito aprendi e com quem acabei estabelecendo vínculos de amizade, agradeço ao César Víctora, pela qualidade das aulas, pela clareza e objetividade dos ensinamentos, por nos mostrar, de forma simples, sua experiência e contribuições para a pesquisa ao redor do mundo.

Ao meu amigo e orientador Maurício, devo muito do meu crescimento pessoal e profissional. Por cerca de dez anos tem sido um modelo sempre considerado como parâmetro das minhas escolhas. Sempre me estimula e apóia nos passos de conquistas de muitos objetivos importantes para mim.

Meu muito obrigado a minha co-orientadora Maria Teresa, que se mostrou uma pessoa capaz de ser, ao mesmo tempo, dinâmica, prática e

exigente no desempenho das tarefas, e pessoalmente gentil, delicada e divertida.

Com meus colegas, consegui estabelecer cumplicidade nos sentimentos despertados durante o Curso. Compartilhar a ignorância e o medo frente a tantos conhecimentos novos, com solidariedade, humor e amizade, foi fundamental. Ressaltarei apenas alguns dos aspectos marcantes de alguns. Agradeço a perspicácia, determinação e capacidade de estudo da Beatriz (desde a preparação para a seleção dos candidatos ao Curso), a amizade e alegria do Enrique, a constante disponibilidade e acolhimento (de mãe e professora) da Neiva, o bom humor da Cecília, a receptividade da Cristina (tanto no escritório de estudos quanto nas festas em sua casa) e a "parceria" da Helena.

Agradeço a todos os que trabalharam na pesquisa, com quem há mais de um ano tenho dividido minhas tarefas, aprendido e criado laços. Foram muito importantes para o trabalho de campo a dedicação e responsabilidade da Marina, a discreta e irrepreensível participação do Richarles, a disposição mesmo sem disponibilidade do Almir, a disponibilidade sem limites do Márcio e do Eduardo, assim como a seriedade e o senso de solidariedade de todo o grupo.

Reconheço o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e agradeço aos meus colegas do Setor de Saúde Mental que aceitaram a minha menor disponibilidade e assumiram uma maior parcela do nosso trabalho em equipe.

Agradeço ao Cado por ter me ensinado os fundamentos básicos de Informática e ter me socorrido nos momentos em que me sentia dominado e derrotado pelo computador.

A primeira pessoa que, durante a graduação, me propiciou participar de pesquisa, que há alguns anos era escassa em Pelotas, na área de Psiquiatria, foi o Fábio Braga. Aproveito para agradecer sua ajuda e demonstrar meu reconhecimento.

Ao Hemerson, um outro colega e amigo que me estimulou a cursar o mestrado, entre tantas outras coisas da minha carreira que tem contribuído, demonstro minha admiração e gratidão.

Agora entendo melhor o Zana e o Darcy, dois grandes amigos, e agradeço o exemplo de que, apesar das dificuldades, fazer mestrado não é uma "peleia tão braba p'ra um gaudério de verdade".

Durante o período de redação desta dissertação, às vezes a sensação era de estar fazendo uma "colcha-de-retalhos" com idéias de outras pessoas. Agradeço ao Bruno por me ajudar, mais do que "copiar e colar" idéias, a criar e acreditar nas minhas, sentindo esta versão da "versão brasileira do AUDIT" como MINHA.

Obrigado ao Rodrigo, Neni, Papa, Mama, Tia Edda, Diná, Dona Mércia e Zenaide por torcerem por mim e fazerem parte da minha vida.

Finalmente, agradeço ao Renato Russo, um representante da minha geração que me acompanhou muito durante esses anos de mestrado durante o qual adquiri todos os seus discos. Através de suas músicas contestadoras,

estimulantes, que cultivam o que é essencial, a transgressão, a autenticidade e o amor, fez-me lembrar que o mundo pode ser complicado e a vida difícil mas "...não se entregando sem lutar, tudo passa..." e acreditar no fato de que "...nossa estória não estará pelo avesso, assim, sem final feliz, teremos coisas bonitas para contar...".

Índice

Projeto de Pesquisa.....	1
♦ Justificativa.....	2
♦ Objetivos.....	9
♦ Hipóteses.....	10
♦ Metodologia.....	11
População Alvo.....	11
Amostragem.....	12
Instrumentos.....	13
Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	15
Estudo Piloto.....	15
Logística.....	16
Materiais – Orçamento.....	17
Recursos Humanos.....	18
Processamento e Análise de Dados.....	19
Controle de Qualidade.....	20
Aspectos Éticos.....	20
Divulgação.....	21
Cronograma.....	22
Bibliografia.....	23
Relatório do Trabalho de Campo.....	27
♦ Anexos.....	38
1 - Fotos.....	40
2 - Questionário.....	48
3 - Manual de Instruções.....	71
4 - Operacionalização da entrevista semi-estruturada.....	85
5 - Evento sobre Alcoolismo.....	87
6 - Resumos de Temas livres.....	89
Artigo.....	90
♦ Resumo.....	91
♦ Abstract.....	92
♦ Introdução.....	96
♦ Metodologia.....	106
♦ Resultados.....	108
♦ Discussão.....	113
♦ Anexo- A versão Brasileira do AUDIT.....	114
♦ Tabelas.....	118
♦ Figura.....	119
♦ Referências.....	

Projeto

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO AUDIT PARA
IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL

Pesquisadores

Eduardo Brod Méndez (coordenador)*

Maurício Silva de Lima (orientador)*

Maria Teresa Anselmo Olinto (co-orientadora)*

Michael Farrell (consultor)#

* Centro de Pesquisas Epidemiológicas -Departamento de Medicina
Social -Universidade Federal de Pelotas -CP 464 CEP 96001970 Pelotas, RS -
Tel – Fax: (0532) 712442 - e-mail: mendezeb@ufpel.tche.br

National Addiction Center, Institute of Psychiatry – London

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO AUDIT PARA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL

1. JUSTIFICATIVA

O alcoolismo constitui um fenômeno cuja exata natureza há séculos tem desafiado as possibilidades do próprio conhecimento humano. Várias concepções têm sido propostas, variando desde interpretações místico-religiosas até postulações genético-bioquímicas (1). Assistimos, nos últimos dois séculos, a um embate entre duas posições predominantes polarizadas: de um lado, uma concepção moral do fenômeno e, de outro, uma concepção médica que o caracteriza como doença. Na décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (2), porém, o termo alcoolismo não se encontra presente entre a categoria que envolve todas as substâncias psicoativas, mas sim as subcategorias F10.1 (Uso nocivo de álcool) e F10.2 (Síndrome de dependência de álcool). Na Quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV), a subcategoria Abuso de Álcool (305.00), substituída na CID-10 por "Uso nocivo de Álcool", foi um conceito mantido.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2), a CID-10 define o uso nocivo de álcool como " Um padrão de uso de substância psicoativa que

está causando dano à saúde. O dano pode ser físico ou mental". Já a síndrome de dependência de álcool é definida como "Um conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso de substâncias que contêm álcool alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo, que outros comportamentos os quais antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir álcool. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome, do que ocorre com indivíduos não-dependentes".

A transcendência do fenômeno deve ser levada em consideração para avaliar sua importância em saúde pública. Na apresentação do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool - PRONAL (1987), o Ministério da Saúde do Brasil faz alusão a uma série de dados a respeito da dimensão de alguns dos problemas relacionados com o consumo de álcool no país (3). São eles:

- A prevalência da síndrome de dependência de álcool mais o abuso de álcool (ou ingestão patológica) tem sido estimada em torno de 5 a 10% da população adulta, o que compreenderia de 3,5 a 7 milhões de pessoas e, incluindo-se os familiares diretos envolvidos no problema, alcançaria de 20 a 30 milhões de pessoas;

- Em termos de atendimento médico, 9 a 32% dos leitos de alguns hospitais pesquisados estavam ocupados por pacientes que apresentavam abuso de álcool;

- Das consultas prestadas pelo Ministério da Previdência Social 40% foram para pacientes com abuso de álcool, sendo o alcoolismo, isoladamente, a oitava causa de requerimento de concessão de auxílio-doença;

- O alcoolismo é a terceira causa mais freqüente de absenteísmo no Brasil;

- De 18 a 75% dos acidentes de trânsito envolveram pelo menos uma pessoa alcoolizada, entre 1976 e 1985, com as cifras mais elevadas em relação aos acidentes fatais;

- Cerca de 39% das ocorrências policiais relativas a conflitos familiares estavam associadas com o uso inadequado ou abusivo de bebidas alcoólicas;

- Os custos econômico-financeiros das medidas necessárias para atender às várias complicações associadas ao consumo de bebidas alcoólicas ou consequentes deste representaram, em 1982, cerca de 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, bem acima dos 2,4% representados pela contribuição positiva ao PIB, da produção e comercialização de bebidas alcoólicas.

Inúmeros instrumentos de rastreamento (*screening*) têm sido desenvolvidos com o objetivo de identificar transtornos devidos ao uso de

álcool. O CAGE (4) é um instrumento que consta de 4 perguntas sobre dependência de álcool, sendo de fácil aplicação. Tanto o CAGE, que é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados nos principais estudos conduzidos no Brasil, quanto outros instrumentos de rastreamento desenvolvidos, são úteis e sensíveis na detecção de pessoas com problemas avançados devido ao uso de álcool, porém não detectam transtornos em estágios precoces ou mais leves (uso nocivo de álcool). Para isso, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) em um projeto colaborativo entre seis países (5). Foram selecionadas, entre 150 perguntas aplicadas a 1888 pessoas atendidas em atenção primária, os dez itens do questionário AUDIT. A seleção foi guiada por análise estatística, baseando-se na representatividade para as propriedades conceituais de (a) consumo de álcool, (b) comportamento de ingesta (dependência), (c) reações psicológicas adversas, (d) problemas relacionados ao álcool, além de aspectos operacionais. Diferencia-se dos demais instrumentos em inúmeros aspectos, não só por detectar "bebedores-problema" em todos os níveis de severidade do espectro, quanto por enfatizar consumo alcoólico de risco e freqüência de intoxicação comparado com o comportamento de ingesta e conseqüências adversas. Também porque refere-se a experiências de álcool tanto no ano anterior quanto na vida, o que melhora sua relevância ao estado de ingesta atual, e não requer que o indivíduo identifique-se como bebedor-problema. As respostas não são do tipo

sim/não, baseando-se na frequência da experiência, variando de "nunca" até "diariamente", o que reduz as subinformações de efeitos adversos.

Os transtornos devidos ao uso de álcool são bastante frequentes. De acordo com o estudo multicêntrico "Epidemiological Catchment Area Study" (6), conduzido nos Estados Unidos, utilizando os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III APA), 14% das pessoas (23,83% dos homens e 4,57% das mulheres) apresentaram transtornos devidos ao uso de álcool em algum momento da vida, 6,85% no último ano e 3,3% no último mês.

No Brasil, os dados disponíveis de prevalência dos transtornos devidos ao uso de álcool variam muito em função dos locais onde foi realizado o estudo (em nível populacional ou em diferentes serviços de saúde) e do instrumento diagnóstico utilizado (7). Santana e Almeida-Filho (8) revisaram 6 estudos principais conduzidos em hospitais e encontraram que são de difícil comparação, tanto pelas diferenças de diagnósticos utilizados, quanto pelas extremas diferenças de prevalências encontradas, de 1 a 58%. Estes mesmos autores, em 1990, revisaram 5 estudos conduzidos em locais com baixas rendas. As prevalências, obtidas por diferentes meios diagnósticos, variaram entre 6,2 e 22,6% (7).

No Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em capitais brasileiras (9), realizado em 1992 por Almeida-Filho e colaboradores, a prevalência de transtornos devidos ao uso de álcool em homens foi de 15%,

sendo os mais freqüentes transtornos mentais neste grupo. Devido ao fato de o instrumento de rastreamento utilizado (QMPA) não ser adequado para a detecção de problemas relacionados ao uso de álcool, a prevalência de alcoolismo entre mulheres chegou a zero em uma das capitais, o que certamente não retrata a realidade (7).

No Estado do RS, dois estudos utilizaram métodos diagnósticos semelhantes: a freqüência-quantidade, para verificar o consumo de álcool, e o questionário CAGE, para detectar dependência. Em 1994, uma investigação de base populacional foi conduzida por Lima (10) em Pelotas, encontrando uma prevalência de consumo de risco, de 11,9%, e de bebedor-problema (CAGE positivo), de 4,2%. Moreira e colaboradores (11), examinando uma amostra representativa da população urbana de Porto Alegre, encontraram 15,5% de consumo de risco e 9,3% de CAGE positivo. Tais discrepâncias podem ser compreendidas como possíveis diferenças reais, talvez devidas aos diferentes estilos de vida na capital e em uma cidade do interior (7).

O alcoolismo, portanto, é um problema comum, clínica e socialmente relevante, sendo necessárias mais informações sobre a sua distribuição na população em geral. O AUDIT foi validado em um estudo que inclui países com diferentes culturas (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos), e a Organização Mundial da Saúde (5), a partir desse estudo, sugere que o processo de validação em outros países deva incluir diferentes estabelecimentos, como hospitais e serviços de atenção primária e. A

validação deste instrumento no Brasil permitirá que dados de pesquisas mais precisos e atualizados possam não só representar importante contribuição à nosografia do alcoolismo, como também nortear o planejamento de estratégias de intervenção (preventivas, terapêuticas e reabilitadoras), para monitoramento e avaliação mais eficientes. Além do mais, o AUDIT não é apenas um instrumento útil para pesquisa, mas sobretudo para utilização direta na prática clínica diária, aspecto que pode ser considerado crucial na medida em que uma grande parte dos transtornos devidos ao uso de álcool, principalmente os mais leves (passíveis de intervenção precoce), seguem sendo subdiagnosticados (5).

2. OBJETIVOS

Geral

- Validar, realizando análise ROC suplementar(12), uma versão em português do instrumento AUDIT, comparando-o com uma entrevista estruturada baseada nos critérios diagnósticos da CID-10 para pesquisa.

Específicos

- Criar uma versão traduzida e adaptada do instrumento AUDIT para o nosso meio.
- Comparar o instrumento AUDIT com o instrumento CAGE.
- Avaliar o desempenho do instrumento em homens e mulheres, entre grupos etários e por maior e menor níveis de escolaridade e renda (embora se saiba que a renda e a escolaridade da população-alvo será predominantemente baixa).
- Avaliar o desempenho do instrumento em diferentes níveis de atenção (atenção primária e terciária)

3. HIPÓTESES

- Comparado o instrumento AUDIT com a entrevista diagnóstica estruturada espera-se, em ponto de corte próximo ao 7/8 sugerido pelos autores do instrumento, sensibilidade acima de 90% e especificidade acima de 85%.
- O desempenho geral do instrumento AUDIT quando comparado com o CAGE, será superior em sensibilidade.
- Em relação à sensibilidade, o instrumento AUDIT mostrará mais altos índices do que o CAGE, especialmente em atenção primária, onde transtornos mais leves são mais freqüentes e o CAGE não obtém resultados muito satisfatórios (13).
- O instrumento AUDIT mostrará maior sensibilidade que o CAGE para identificar transtornos pelo uso de álcool em mulheres e em alguns grupos etários específicos (adolescentes ou pessoas de maior idade), para os quais o CAGE também não é muito apropriado(13).

4. METODOLOGIA

4.1 POPULAÇÃO-ALVO

Serão estudadas as pessoas de idade igual ou superior a 15 anos, moradores na cidade de Pelotas, que utilizam os serviços de saúde determinados. Em locais onde são feitos atendimentos ginecológicos, o CAGE tem apresentado perda de sensibilidade (13). Neste estudo serão excluídas apenas as mulheres que estiverem em cuidados ginecológicos e obstétricos, evitando-se, assim, subestimar o consumo alcoólico nas mulheres pois neste período encontram-se geralmente em abstinência, além de utilizarem mais freqüentemente os serviços de saúde.

Buscando-se fontes de pacientes com diferentes perfis de morbidade, foram escolhidos, por motivos logísticos e das características das populações que os utilizam, um posto de saúde e um hospital.

O posto de saúde escolhido foi o Navegantes. É vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e presta atenção durante os três turnos devido à alta demanda. Atende principalmente aos bairros Navegantes I, II e III, que apesar

de apresentarem algumas diferenças socioeconômicas, são, em geral, bairros de classes sociais com renda e escolaridade muito baixas.

O hospital a ser incluído neste estudo será o da Fundação de Apoio Universitário, que é instituição de ensino da Universidade Federal de Pelotas. É um serviço de referência regional, prestando cuidados, pelo Sistema Único de Saúde, a pessoas de zonas urbanas e rurais.

O fato de as características socioeconômicas das populações serem predominantemente desfavoráveis não interfere no objetivo do estudo, pois este não tem a intenção de estudar uma amostra representativa de Pelotas.

4.2 AMOSTRAGEM

As pessoas que preencherem os critérios de inclusão no estudo serão recrutadas da seguinte forma, para responderem ao questionário da primeira etapa, durante o período do trabalho de campo:

- Como o número de pessoas que consultam no posto de saúde e preenchem os critérios de inclusão é de cerca de 50 por dia, serão sorteadas sistematicamente 5 pessoas por cada um dos três turnos, para que possam responder ao questionário antes de serem atendidas.

- Todas as pessoas que se internarem no hospital, pertencentes à população-alvo, serão avaliadas (cerca de 8 por dia).

Diariamente, no turno da noite, serão aplicados e tabulados os questionários. Participarão da segunda etapa uma subamostra da população estudada, composta por todos as pessoas cujos critérios do questionário forem positivos, além de o número equivalente de pessoas, escolhidas aleatoriamente, cujos questionários tenham tido resultado negativo. Nesta segunda fase, que ocorre concomitantemente à primeira, as pessoas da subamostra serão submetidas a uma entrevista diagnóstica estruturada, realizada por outro entrevistador que não conheça o resultado anterior.

O cálculo do tamanho de amostra será baseado nas prevalências encontradas no estudo piloto.

4.3 INSTRUMENTOS

O questionário incluirá, além dos instrumentos AUDIT e CAGE, variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos alimentares e de ingestão de líquidos.

A entrevista diagnóstica será semi-estruturada, uma operacionalização dos critérios para pesquisa da CID-10(14).

Contribuiu para o sucesso do Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), a utilização de entrevistas altamente estruturadas, aplicadas por pesquisadores sem graduação na área de saúde (15). Da mesma forma, nesta pesquisa, os entrevistadores serão estudantes, os quais serão treinados para a aplicação do questionário e da entrevista estruturada.

4.4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Os entrevistadores serão estudantes de Medicina da UFPEL e UCPEL. O treinamento consistirá na aplicação e discussão detalhada dos instrumentos e de aspectos logísticos, da realização do estudo piloto, da aprendizagem dos conhecimentos de informática necessários para o processamento (codificação e dupla digitação) e análise (frequências simples) dos dados.

Faz parte da seleção para a realização da entrevista estruturada após o treinamento, o índice de concordância de Kappa, ao compararem-se as entrevistas realizadas pelos pesquisadores com as realizadas por psiquiatras experientes, treinados durante o estudo piloto.

4.5 ESTUDO PILOTO

Serão testados os instrumentos e o desempenho dos estudantes com cerca de 50 a 100 pessoas, número que parece suficiente para os fins propostos.

4.6 LOGÍSTICA

A partir de visitas diárias aos locais escolhidos, as pessoas da população-alvo serão solicitadas a responder o questionário, que será lido por pesquisador treinado.

No caso do hospital, os questionários deverão ser realizados por ocasião da internação, e as entrevistas estruturadas para o diagnóstico, no outro dia, já que existem pessoas dos mais diversos locais da cidade e realizá-las no próprio hospital é mais prático. Para isto, no final do dia, serão selecionadas as pessoas AUDIT/CAGE positivas e o mesmo número, de forma aleatória, de pessoas com questionário negativo, para que, no dia seguinte, possam ser realizadas as entrevistas (e re-entrevistas no terceiro dia, quando for o caso).

No posto da saúde, como existe uma tendência à regionalização dos atendimentos, as entrevistas com a subamostra serão realizadas nas casas das pessoas, o que será difícil de fazer no próprio posto, pelas características do atendimento. Da mesma forma que no hospital, no posto de saúde, à medida em que forem sendo identificadas as pessoas com questionário positivo, serão sorteadas as com resultado negativo, porém a realização das

entrevistas não terá a mesma urgência que no hospital local de onde as pessoas poderiam ter alta.

4.7 MATERIAIS - ORÇAMENTO

Despesas com material de consumo para o trabalho de campo

Material	Quantidade	Preço Unitário	Total
Vale Transporte	2160	0,60	1296,00
Fotocópias:			
Piloto	1203	0,05	60,15
Manual I	210	0,05	10,50
Questionários	11000	0,05	550,00
Manual II	500	0,05	25,00
Fichas II	300	0,05	15,00
Pranchetas	23	0,98	22,54
Crachás	23	0,65	14,95
Lápis	46	0,25	11,50
Borrachas	23	0,40	9,20
Apontadores	23	0,30	6,90
Cartuchos Impressora:			
Preto	01	40,00	40,00
Colorido	01	45,00	45,00
Folhas p/ impressão	02	5,50	11,00
Disquetes	02	10,00	20,00
TOTAL			2137,74

4.8 RECURSOS HUMANOS

Na realização do estudo, participarão as seguintes pessoas:

_Consultor: Michael Farrell (National Adiction Center - Londres)

_Orientador: Maurício Silva de Lima (Departamento de Saúde Mental)

_Co-orientadora: Maria Teresa Anselmo Olinto (Departamento de Medicina Social)

_Coordenador: Eduardo Brod Méndez (Psiquiatra - Mestrado em Epidemiologia)

_Uma bolsistas de iniciação científica da FAPERGS.

_Quinze acadêmicos de Medicina em estágio de iniciação científica voluntário.

_Dez entrevistadores com alguma formação psiquiátrica: psiquiatras, médicos residentes de Psiquiatria ou alunos de graduação do sexto ano em estágio em Psiquiatria.

4.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Serão utilizados os programas EPI-INFO, STATA, SPSS for Windows e ROC curve analyzer. Além do estudo de validação da população em geral e por estratos, será realizada técnica de análise ROC (Relative Operating Characteristic) para validar e comparar instrumentos, já utilizada em nosso meio para validação de instrumentos (12). O índice de concordância de Kappa será utilizado para avaliar a concordância de questionários e entrevistas.

4.10 CONTROLE DE QUALIDADE

Serão realizadas, por psiquiatra experiente devidamente treinado, entrevistas que serão comparadas às realizadas pelos pesquisadores para avaliar o índice de concordância de Kappa em 5% das pessoas entrevistadas, obedecendo a uma amostragem sistemática. No hospital, serão refeitos no dia seguinte ao de sua realização.

Também serão refeitos 5% dos questionários, será realizada checagem manual e dupla digitação destes, por ocasião de entrada no EPI-INFO.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será encaminhado para aprovação pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em congressos nacionais, divulgados nos meios universitários e nos meios de comunicação locais. A divulgação nas secretarias municipais de saúde do Estado merece especial atenção, pois em uma obra produzida pela OMS, publicada no nosso Estado para amplo uso médico, com data de 1998, intitulada "Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários" (16), é sugerido o uso do AUDIT para ajudar na identificação de problemas ou riscos pelo uso de álcool, porém o instrumento não se encontra, até o momento, em versão traduzida e validada disponível no Brasil.

7. CRONOGRAMA

As atividades serão divididas durante o período de um ano, conforme o gráfico.

ETAPAS/MESES [#]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão Bibliográfica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
Treinamento e piloto	*											
Trabalho de Campo		*	*	*	*							
Digitação		*	*	*	*							
Análise						*	*	*				
Redação final									*	*	*	*

[#]Será considerado "mês 1" Junho de 1998.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertolote JM. Conceitos em Alcoolismo. In: Ramos SP. Alcoolismo hoje. 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.17-32.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. Bertolote, JM. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: Ramos SP. Alcoolismo hoje. 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.131-140.
4. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazilian Journal of Medical Biological Research 1983.16(3):215-218.

5. Saunders JB, Aaslang OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993; 88:791-804.

6. Helzer JE, Burnam A, McEvoy LT. Alcohol Abuse and Dependence. *Psychiatric Disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. Library of Congress 1990; 5:81-115.

7. Lima MS. Epidemiologia do alcoolismo. In: Ramos SP. *Alcoolismo hoje*. 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.45-64.

8. Santana VS, Almeida-Filho, N. Alcoolismo e consumo de álcool: resumo de achados epidemiológicos. *Revista ABP-APAL* 1987; 9:15-22.

9. Almeida-Filho N, Mari, JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EA. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992; 141:93-104.

10.Lima MS. Epidemiologia do uso de drogas lícitas e dos Transtornos Psiquiátricos Menores em Pelotas. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Medicina, 1996.

11.Moreira LB, Fucchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, Victora, CG. Alcohol beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *Jornal of studies on alcohol* 1996; 57(3): 253-59.

12.Mari JJ, Willians P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine* 1985;15:651-659.

13.Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Critérios diagnósticos para pesquisa. Trad.: Maria Lúcia Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

14.Liskow B, Campbel J, Nickel E, Powel BJ. Validity of the CAGE Questionnaire in Screening for Alcohol Dependence in a Walk-in (triage) Clinic. J Stud Alcohol 1995;56:277-281.

15.Leaf PJ, Myers JK, McEvoy LT. Procedures used in the Epidemiologic Catchment Area Study . Psychiatric Disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Library of Congress 1990. p.11-31.

16.Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Diretrizes diagnósticas e de tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Relatório do Trabalho de Campo

Em março de 1998, assim que foram realizadas algumas modificações no projeto, conforme a avaliação do professor revisor, e foi considerado aprovado pelo colegiado do mestrado, e assim que foi adquirida e consultada a bibliografia mínima necessária para a elaboração dos instrumentos, começou o processo de trabalho de campo. Foi realizado durante um período de cerca de um ano. Além do coordenador e uma supervisora, envolveu dois grupos de entrevistadores num total de cerca de 25 pessoas. O coordenador reunia-se, no mínimo, semanalmente com cada um dos grupos.

Em função de que inúmeros aspectos do trabalho de campo, exceto os que se referem à parte do estudo realizada no hospital, são contemplados na sessão de metodologia do artigo presente neste volume, este relatório pretende, seguindo uma seqüência cronológica, mostrar alguns detalhes da forma como os dados da pesquisa foram gerados.

Embora a partir de junho os dois grupos tenham trabalhado concomitantemente, ambos o fizeram de forma independente, sem saber a respeito do trabalho nem dos objetivos um do outro. Por este motivo as tarefas dos pesquisadores serão descritas separadamente entre os dois grupos envolvidos no trabalho de campo, os "Entrevistadores do grupo I" e os "Entrevistadores do grupo II". O papel de intermediação das atividades entre os dois grupos foi realizado pela supervisora do trabalho de campo, acadêmica de

medicina, contemplada com uma bolsa de iniciação científica, solicitada para a FAPERGS para desenvolver este projeto.

Entrevistadores do grupo I – No mês de março. De 1998, foram selecionados e treinados 15 alunos de graduação do curso de Medicina.

Os acadêmicos, com um propósito estabelecido de, em troca de realizarem as tarefas propostas, receberem noções em pesquisa, passaram a freqüentar reuniões semanais. No início, realizava-se a leitura de artigos que não trouxessem informações as quais interferissem no cegamento dos propósitos da pesquisa, sendo discutidas e elaboradas fichas de leitura. A partir da discussão de dois artigos metodológicos de pesquisa e com a ajuda do manual para diagnósticos comunitários (Victora e Barros), foi apresentada ao grupo a proposta de desenvolver o subprojeto com a função de estudar as quantidades de álcool contidas nos “drinks” típicos locais, para realizar adaptações ao AUDIT.

No mês de abril, este estudo, denominado por eles como “projecinho”, foi escrito e conduzido. Os objetivos eram conhecer as bebidas alcoólicas mais consumidas em bares situados na região do posto de saúde, em que posteriormente seriam aplicados os questionários, e os recipientes nos quais são servidas, para poder calcular as “doses” (quantidade de álcool) contidas nos “drinks” típicos locais. Os estagiários, com o máximo de autonomia possível, recebendo ajuda quando sentiam ser necessário, desenvolveram o projeto, criaram o instrumento, testaram-no em um piloto realizado em bares ao redor do “QG” (consultório do coordenador), conseguiram um mapa do bairro

(para realizar a seleção dos bares e serem estudados), vales-transporte (com a empresa de ônibus que cobre o local), frascos de soro e seringas, usados para as medidas (em hospitais), e realizaram o trabalho de campo. Com a ajuda dos tutoriais do programa, digitaram os dados no programa Excell e analisaram os seus resultados, que foram utilizados para a confecção do quadro das “doses” no AUDIT.

No mês de maio ocorreu o treinamento para a aplicação dos questionários no estudo piloto. As atividades desenvolvidas foram:

- ♦ Preenchimento da informações do questionário anteriores à sua aplicação.
- ♦ Aplicação dos questionários, sem esclarecimentos, com cronometragem do tempo.
- ♦ Anotação, no questionário, de todas as dúvidas ou sugestões que houvessem.
- ♦ Codificação dos resultados e revisão desta por um colega.
- ♦ Discussão das dúvidas e apresentação de sugestões.
- ♦ Leitura dos manuais acrescentando o material abordado nas discussões.
- ♦ Nova aplicação dos questionários com consulta do manual (cronometragem), codificação e revisão dos questionários.
- ♦ Dramatizações e simulações de situações que pudessem ser encontradas no trabalho de campo: situações que pudessem ser constrangedoras ou

que trouxessem dúvidas, previsão de dificuldades e discussão sobre como superá-las.

- ◆ Organização da escala para o estudo piloto(horários por uma semana) em duplas.
- ◆ Visita aos locais e foto das equipe (Anexo 1).

Em junho, após o treinamento, o estudo piloto foi realizado. Os dados foram digitados e analisados sendo que alguns deles serviram de base para o cálculo do tamanho da amostra do estudo definitivo, como frequência entre os sexos, de pessoas que ingeriram álcool no ano anterior, de pessoas com AUDIT positivo. Também do estudo piloto foram discutidas as questões que apresentaram maior dificuldade de compreensão e alguns detalhes foram modificados na versão do AUDIT. Além disso vários detalhes logísticos puderam ser mais bem estabelecidos.

No mês de julho, prontos o questionário (Anexo 2) e o manual de instruções (Anexo 3), estes foram novamente testados e discutidos. Definida uma escala de cobertura com um entrevistador por dia no hospital e em cada um dos turnos no posto, o estudo definitivo começou, com a aplicação dos questionários que incluíam o AUDIT .

Alguns estagiários deste grupo realizaram também outras funções:

- ◆ Um estagiário aplicou os questionários para controle de qualidade em 5% da amostra.

- ♦ Como se pretendia incluir todas as pessoas internadas no hospital, no período em estudo, que preenchessem os critérios de inclusão um outro estagiário ficou com a função de controlar todas as internações e altas nas enfermarias em estudo, evitando possíveis perdas. Os estagiários que aplicavam os questionários no hospital identificavam, da melhor forma possível, as pessoas que haviam internado e estas eram comparadas ao controle feito pelo estagiário responsável, sendo realizadas no dia seguinte as que não haviam sido inicialmente identificadas.
- ♦ Devido a dificuldades na localização e acesso a muitos dos domicílios das pessoas, cujos questionários haviam sido aplicados no posto de saúde, a serem entrevistadas pelos entrevistadores do grupo II, quatro estagiários tinham a função de explorar o campo para localizar estas pessoas, selecionadas para a entrevista, antes de que os entrevistadores do grupo II se deslocassem para realizá-las. As pessoas eram contatadas por estes “batedores”, realizando tantas buscas quanto necessárias e contando com a ajuda de líderes e agentes de saúde comunitários. Os batedores permaneceram nesta atividade até dezembro, mesmo tendo o período de aplicação dos questionários acabado no início de outubro, evitando perdas na segunda fase do estudo.
- ♦ Em dezembro, quatro estagiários, divididos em dois grupos, começaram a realizar duas digitações dos dados contidos nos

questionários a serem comparadas posteriormente. Em Janeiro de 1999, em outro banco de dados, foram digitados os dados provindos das entrevistas do segundo grupo, possibilitando que, no mês de fevereiro, os dois bancos tenham sido unidos e realizada a limpeza dos dados, para que passassem a ser analisados.

Supervisora do Trabalho de campo - Durante o período de aplicação dos questionários, as reuniões semanais com o coordenador e a supervisora do trabalho de campo tinham o objetivo de, entre outros aspectos:

- ◆ Discutir com todo o grupo quaisquer dificuldades individuais que porventura tivessem surgido durante a semana.
- ◆ Modificar as escalas conforme a necessidade de alguns.
- ◆ Fornecer os questionários para o controle de qualidade para o estagiário encarregado.
- ◆ Receber dos questionários realizados no posto de saúde, já codificados.
- ◆ Avaliar e discutir a cobertura dos pacientes no hospital.
- ◆ Entregar os questionários em número suficiente para uma semana.

Após cada reunião, realizadas nas sextas feiras, a supervisora revisava as codificações dos questionários e procedia ao processo de seleção das pessoas cujos questionários que eram realizados no posto de saúde, para a subamostra a ser submetida à avaliação diagnóstica pelo segundo grupo. Os

questionários realizados eram divididos, em função do seu escore, em dois grupos: os considerados como “AUDIT positivo” (que obtiveram escore acima de 7) e os “AUDIT negativo” (com escore até 7). Os AUDIT positivo eram incluídos e o número equivalente de questionários AUDIT negativo eram sorteados. No sábado, pela manhã, os batedores e entrevistadores do segundo grupo tinham identificadas as pessoas a serem entrevistadas.

No caso do hospital, para evitar que pessoas recebessem alta antes de ser realizada a entrevista pelo segundo grupo, o que acrescentaria dificuldade à logística, a supervisora do trabalho de campo recebia diariamente os questionários dos entrevistadores do primeiro grupo, procedia a seleção da subamostra que seria submetida à realização da entrevista diagnóstica, e era então contatada pelos entrevistadores do segundo grupo responsáveis naquele dia por realizar as entrevistas diagnósticas.

Entrevistadores do grupo II - Para a realização da entrevista diagnóstica, no mês de maio foram selecionados psiquiatras, médicos residentes em psiquiatria, médicos e alunos de graduação do Curso de Medicina a partir do décimo semestre, por já terem adquirido noções sobre entrevista psiquiátrica durante a disciplina de Psiquiatria.

O treinamento começou, através da operacionalização da entrevista diagnóstica. Foram estudados e discutidos o capítulo sobre álcool da versão em Português dos Critérios Diagnósticos para Pesquisa da CID-10 e o capítulo equivalente da publicação das Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. As dúvidas que iam surgindo eram incluídas no instrumento que buscava

estruturar a entrevista, com vistas a uniformizar os procedimentos e o raciocínio clínicos. Alguns aspectos operacionais, foram abordados e incluídos (por exemplo, como proceder quando um familiar está presente e inibe as informações ou como registrar quando a pessoa entrevistada aparenta estar escondendo informações).

Treinados e com a operacionalização do instrumento em mãos (Anexo 4), em junho passou-se para a etapa de avaliação de concordância. O processo diagnóstico foi treinado com 4 casos clínicos procedentes da publicação da CID. Eram avaliados individualmente e, após codificados, os diagnósticos eram passados para uma ficha única para serem comparados e após discutidos por todo o grupo. Após, cada entrevistador realizou duas entrevistas que foram gravadas e escritas, uma em forma de caso clínico, nos moldes da CID, e outra sob forma de entrevista dialogada. O objetivo era de, além de se avaliar o nível de concordância diagnóstica entre todos os entrevistadores, discutir-se tanto aspectos de classificação, como da forma da entrevista. As diferenças no nível de formação, ao invés de trazerem limitações, por ser a Classificação Internacional da Doenças ateórica, e a sua décima revisão (CID – 10) recente, pareceram contribuir. Os psiquiatras, por mais que tivessem a vantagem de experiência em entrevista psiquiátrica, poderiam ter alguns “vícios” das classificações anteriores. Já os menos experientes com entrevistas, apresentavam a “neutralidade” de teorias para a classificação, que deve ser descritivo- fenomenológica.

O cálculo do índice de Kappa incluiu os resultados das classificações nos casos clínicos, que vinham acompanhados de respostas. Já como parâmetro de comparação correto, o “padrão-ouro” do diagnóstico dos casos realizados pelos entrevistadores foi considerado como o diagnóstico do psiquiatra mais experiente do grupo. A concordância diagnóstica entre os entrevistadores foi calculada através do índice de Kappa categórico, levando-se em conta o fato de que, durante o processo diagnóstico de transtornos pelo uso de álcool, as pessoas eram classificadas em uma entre várias categorias. Como a maioria dos índices alcançados foi considerada muito boa, todos foram incluídos para a realização de entrevistas diagnósticas.

Em julho procedeu-se à elaboração de uma escala para a cobertura do posto de saúde e outra para o hospital e começaram as avaliações diagnósticas, que foram realizadas até o mês de dezembro. Durante as reuniões semanais, entre outras atividades, eram refeitas as escalas e discutidas as dificuldades encontradas.

Alguns aspectos da logística diferenciavam-se entre as pessoas a serem entrevistadas, conforme o local onde haviam sido selecionadas: posto de saúde ou hospital. No caso do posto de saúde, aos sábados pela manhã, os batedores e entrevistadores escalados recebiam as fichas para registro dos dados da entrevista com alguns dados de identificação, e realizavam-nas durante os finais de semana, nos domicílios das pessoas. As entrevistas no hospital eram realizadas diariamente, a partir das 18 horas, sempre que

possível, em uma outra sala que não a enfermaria onde as pessoas estavam internadas.

O controle de qualidade das entrevistas diagnósticas, no caso do hospital, para que as pessoas não tivessem alta antes de serem avaliadas, era realizado no dia seguinte ao da entrevista. Poucas entrevistas acabaram tendo que ser realizadas nos domicílios. No posto de saúde os controles de qualidade eram realizados assim que possível, nos domicílios das pessoas.

A união entre os grupos I e II e perspectivas – Terminado o trabalho de campo, os objetivos do estudo e a função de cada um dos grupos foram finalmente esclarecidas aos entrevistadores dos dois grupos. A partir de março de 1999 os voltamos a nos reunir para, conforme combinado previamente, poder apresentar alguns dos resultados da pesquisa em diferentes eventos científicos.

Como uma forma de aprofundar mais o tema e arrecadar fundos para inscrições em congressos, decidiu-se trazer alguém de renome sobre o tema estudado para o nosso meio. Organizamos então um evento que trouxe o professor da Escola Paulista de Medicina Ronaldo Laranjeira, que teve como orientador da tese de doutorado realizada em Londres, o Dr. Griffith Edwards, considerado o maior estudioso e contribuidor sobre o tema a nível mundial (Anexo 5).

Em junho de 1999, dois aspectos da pesquisa, apresentados sob forma de temas-livres foram enviados para congressos (anexo 6): o Congresso Nacional de Álcool e Outras Dependências e a IV Jornada Gaúcha de

Psiquiatria. No congresso, o tema livre foi selecionado para concorrer ao prêmio Jandira Mansur, destinado ao trabalho que traga maior contribuição para a pesquisa no tema. Para o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro deste ano, outros temas livres serão apresentados, oportunizando a experiência da participação a todos os entrevistadores, e realizando a divulgação da pesquisa.





1. Número da pessoa: _____	pessoa _____
2. Número do local onde foi aplicado o questionário: (1) Posto de saúde (2) Hospital – Enfermaria ____ Leito ____	local ____
3. Data da entrevista: ____ / ____ / ____	data ____ / ____ / ____
4. Entrevistador: ____	entrevis ____



(NÃO PROSSIGA SEM VERIFICAR OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO!!!)

5. Qual o seu nome? _____	
6. O(a) Sr.(a) poderia me dizer o seu endereço completo? Como se chega até a sua casa? No fim de semana, em que horário é possível lhe encontrar em casa?	

7. O(a) Sr. Tem telefone? Poderia me dizer o número? _____	

8. Qual a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____	datnasc ____ / ____ / ____
9. Qual a sua idade completa? ____ anos	idade ____

(QUESTÕES 10 E 11 SOMENTE OBSERVAR)

10. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	sexo ____
11. Cor: (1) Branca (2) Não branco	cor ____

12. O(a) Sr.(a) vive com esposa(o) ou companheira(o)? (1) Sim, casado (2) Sim, em união (3) Não, solteiro (4) Não, viúvo (5) Não, separado	casado ____
---	-------------

13. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (PULE PARA A 15)	escola _
14. Até que série o Sr(a). estudou? Chegou a completar? _ grau _ série	grau _ _
15. E o chefe da família até que série estudou? Completou ? _ grau _ série	chefe _ _

16. O(a) Sr.(a) tem religião? (CASO SIM) Qual? (0) Não tem religião (PULE PARA A 18) (1) Católica (2) Protestante (3) Espirita (4) Afro-brasileira (5) Outra. Qual? _____	religião _
17. O (a) Sr.(a) pratica a sua religião? (1) Sim (2) Não	pratica _

18. Qual a sua ocupação? (1) Trabalha (2) Trabalha e estuda (3) Estuda (PULE PARA →) (4) Desempregado (CASO SIM) Há quanto tempo? _ _ semanas _ _ meses _ _ anos (PULE PARA →) (5) Dona de casa (PULE PARA →) (6) Aposentado(a) (PULE PARA →) (7) Outro _____	ocupado _
19. O(a) Sr(a) tem um trabalho fixo? (1) Sim (2) Não	trabalho _
20. Quanto o(a) Sr.(a) ganhou no mês passado por trabalhar? R\$ _ _ _ _ _	renda0 _ _ _ _ _

➔ AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE QUANTO GANHAM AS PESSOAS DA SUA CASA.

21. Fora o(a) Sr.(a) quantas pessoas ajudam com algum dinheiro para as despesas da casa? _ _	ajudam _ _
22. No mês passado quanto ganharam estas pessoas? Pessoa 1 : R\$ _ _ _ _ _ Pessoa 2 : R\$ _ _ _ _ _ Pessoa 3 : R\$ _ _ _ _ _ Pessoa 4 : R\$ _ _ _ _ _	renda1 _ _ _ _ _ renda2 _ _ _ _ _ renda3 _ _ _ _ _ renda4 _ _ _ _ _
23. A família tem outra fonte de renda como mesada, pensão, aposentadoria ou aluguel? Quanto? R\$ _ _ _ _ _	renda5 _ _ _ _ _

➔ **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUMAS COISAS QUE AS PESSOAS TÊM EM CASA COMO ELETRODOMÉSTICOS, CARRO... SÓ QUE EU GOSTARIA DE SABER SÓ DAS COISAS QUE ESTIVEREM FUNCIONANDO.**

24. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem geladeira? E está funcionando? E...<outros>?			
Geladeira	(0) Não	(2) Sim	gelado _
Vídeo cassete	(0) Não	(2) Sim	video _
Freezer ou geladeira de duas portas	(0) Não	(1) Sim	freezer _
Aspirador de pó	(0) Não	(1) Sim	aspira _
Máquina de lavar roupa	(0) Não	(1) Sim	lavar _
Rádio	(0) Não	() Sim, Quantos? _	radio _
TV a cores	(0) Não	() Sim, Quantos? _	TV _
Carro	(0) Não	() Sim, Quantos? _	carro _
Banheiro	(0) Não	() Sim, Quantos? _	banhei _
Empregado que recebe por mês	(0) Não	() Sim, Quantos? _	empre _

➔ **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS LÍQUIDOS QUE AS PESSOAS COSTUMAM TOMAR.**

25. O(a) Sr.(a) toma chimarrão? (CASO AFIRMATIVO) Com que frequência?		mate _
(0) Nunca		
(1) SIM, uma vez por mês ou menos		
(2) SIM, duas a quatro vezes por mês		
(3) SIM, duas a seis vezes por semana		
(4) SIM, todos os dias		
26. O(a) Sr.(a) toma chás caseiros? (CASO AFIRMATIVO) Com que frequência?		cha _
(0) Nunca		
(1) Uma vez por mês ou menos		
(2) Duas a quatro vezes por mês		
(3) Duas a seis vezes por semana		
(4) Todos os dias		
27. Quais chás?		

28. O(a) Sr.(a) toma café preto? (CASO AFIRMATIVO) Com que frequência?		café _
(0) Nunca (PULE PARA A 30)		
(1) Uma vez por mês ou menos		
(2) Duas a quatro vezes por mês		
(3) Duas a seis vezes por semana		
(4) Todos os dias		
29. O(a) Sr.(a) toma café preto amargo, com adoçante, doce ou bem doce?		doce _
(1) Amargo		
(2) Com adoçante		
(3) Doce		
(4) Bem doce		



AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU USO DE QUALQUER BEBIDA QUE CONTENHA ÁLCOOL DURANTE O ÚLTIMO ANO. MESMO QUE A QUANTIDADE DE ÁLCOOL TOMADA TENHA SIDO PEQUENA, SERIA MUITO IMPORTANTE QUE O(A) SR.(A) RESPONDESSE A TODAS AS PERGUNTAS PENSANDO BEM ANTES DE RESPONDER.

30. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) tomou bebida com álcool como cerveja, vinho, cachaça, licor, champanha, uísque ou outra? (0) Nunca bebeu (PERGUNTE A 31 E TERMINE NO "→") (1) Há mais de dois anos (PERGUNTE A 31 E TERMINE NO "→") (2) Entre 1 e 2 anos (PERGUNTE A 31 E TERMINE NO "→") (3) De 6 meses a 1 ano (PERGUNTE A 31 E PULE O "→") (4) Menos de 6 meses, porém mais de 1 mês (PULE PARA 32) (5) No último mês (PULE PARA A PRÓXIMA PÁGINA) 31. Existe algum motivo para o(a) Sr.(a) não ter tomado bebidas com álcool durante esse tempo? Qual? (1) Não gosta (2) Religião não permite (3) Toma remédio (que não para tratamento pelo álcool) e não pode misturar (4) Faz tratamento para parar de beber (médico, AA's). (5) Outros : _____	bebeu _ abstemio _
---	----------------------------------



MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO. NÓS GOSTARÍAMOS DE PODER CONTINUAR CONTANDO COM A SUA AJUDA CASO SEJA NECESSÁRIO LHE FAZER MAIS ALGUMA ENTREVISTA

(A PARTIR DAQUI, SEGUIR O QUESTIONÁRIO APENAS PARA AS PESSOAS QUE RESPONDERAM AS OPÇÕES 3, 4 E 5 NA QUESTÃO 29, OU SEJA, TOMARAM BEBIDA DE ÁLCOOL NO ÚLTIMO ANO)

32. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool?

audit1 _

- (0) Nunca
- (1) Uma vez por mês ou menos
- (2) Duas a quatro vezes por mês
- (3) Duas a três vezes por semana
- (4) Quatro ou mais vezes por semana

33. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

cage1 _

- (1) Sim
- (2) Não

(BASEADO NO QUADRO ABAIXO, PREENCHA AS QUESTÕES 34 E 35)

CERVEJA: 1 copo (de chope – 350ml), 1 lata – 1 UNIDADE ou 1 garrafa – 2 UNIDADES
VINHO: 1 copo comum grande (250ml) – 2 UNIDADES ou 1 garrafa – 8 UNIDADES
CACHAÇA, VODCA, UÍSQE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) – 2 UNIDADES;
 1 “martelo”(100ml) – 3 UNIDADES ou 1 garrafa – 20 UNIDADES
RUM, LICOR, etc. : 1 “dose” – 1 UNIDADE

34. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?

audit2 _

- (0) 1 ou 2 unidades
- (1) 3 ou 4 unidades
- (2) 5 ou 6 unidades
- (3) 7 a 9 unidades
- (4) 10 ou mais unidades

35. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma < o equivalente a seis ou mais unidades > em uma ocasião?

audit3 _

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

36. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de parar de beber depois de começar?

audit4 _

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

37. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos que uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana. (4) Todos os dias ou quase todos	audit5 _
38. O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (1) Sim (2) Não	cage4 _
39. Com que frequência, < de um ano para cá >, depois de ter bebido muito o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0) Nunca (1) Menos que uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos	audit6 _
40. O(a) Sr.(a) sente-se culpado(a) com o(a) Sr.(a) mesmo pela maneira como costuma beber? (1) Sim (2) Não	cage3 _
41. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber? (0) Nunca (1) Menos que uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos	audit7 _
42. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos que uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos	audit8 _
43. O(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido ? (CASO AFIRMATIVO) Quando? (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano	audit9 _
44. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber? (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano	audit10 _

45. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (1) Sim (2) Não	cage2 _
46. Quando o(a) Sr.(a) bebe muito, no dia seguinte o(a) Sr.(a) se alimenta mais ou menos do que o de costume? (1) Mais (2) Menos (3) Não muda	alimenta _
47. O(a) Sr.(a) acha que tem vício ou algum problema com bebida de álcool ? (CASO NÃO) Já teve? (1) Sim, tem (2) Sim, teve (3) Não	probalc _
48. Alguém, na sua família, tem ou teve problema com bebida de álcool? (1) Sim (2) Não (PULE PARA A 50)	fambebe _
49. Quem na sua família tem ou teve problema com bebida de álcool? (1) Irmão (2) Pai ou mãe (3) Pai e mãe (4) Avô ou/e avó (5) Primo, tio ou tia (6) Outros: _____	quembebe _
50. O(a) Sr.(a) já esteve internado por causa de bebida de álcool? (1) Sim (2) Não	hospital _
51. Alguém da sua família já esteve internado por causa de bebida de álcool? (1) Sim (2) Não (PULE PARA A 53)	famhosp _
52. Quem da sua família já esteve internado por causa de bebida de álcool? (1) Irmão (2) Pai ou mãe (3) Pai e mãe (4) Avô ou/e avó (5) Primo, tio ou tia (6) Outros: _____	quemhosp _
53. Alguém, na sua família, já esteve internado em hospital psiquiátrico, por outro motivo que não álcool? (1) Sim (2) Não (PULE PARA A 55)	hpsiq _

54. Quem na sua família, já esteve internado em hospital psiquiátrico, por outro motivo que não álcool? (1) Irmão (2) Pai ou mãe (3) Pai e mãe (4) Avô ou/e avó (5) Primo, tio ou tia (6) Outros: _____	quemhpsi _
55. O(a) Sr.(a) fuma? (CASO NÃO) Já fumou? (1) Sim (2) Já fumou (3) Não (PULE PARA A 58) 56. Por quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma ou fumou? __ meses __ anos 57. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma(va)? __/dia __/semana 58. O(a) Sr.(a) dirige? (1) Sim (2) Não (TERMINE COM O AGRADECIMENTO) 59. No último ano o(a) Sr. dirigiu após tomar bebida de álcool? (1) Sim (2) Não	fuma _ tempo _ _ _ _ quanto _ _ _ _ dirige _ diralc _

➔ **MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO. NÓS GOSTARÍAMOS DE PODER CONTINUAR CONTANDO COM A SUA AJUDA CASO SEJA NECESSÁRIO LHE FAZER MAIS ALGUMA ENTREVISTA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

TRABALHO DE CAMPO

(JULHO, 1998)

INTRODUÇÃO

Este manual provê instruções para o entrevistador na aplicação dos questionários. Cada entrevistador deverá ter uma cópia para referência na conduta de uma entrevista, e sempre que surgir alguma dúvida recorrer a ele. Erros no preenchimento do questionário indicarão que você não consultou o manual.

O questionário foi projetado para adultos, escrito para pessoas de diferentes níveis de educação, cultura e inteligência. É simples o suficiente para que pessoas com baixo nível cultural possam respondê-lo. A habilidade de ler e escrever não é exigida.

Entrevistados com retardo mental severo, demência severa, psicoses agudas ou outra doença física muito limitante podem estar impossibilitados de dar respostas significativas ou mesmo de responderem ao questionário, sendo então excluídos do estudo. Nos casos em que o entrevistado tiver alguma dificuldade para responder poderá ser solicitada ajuda de algum familiar presente (especificando na primeira página do questionário), porém tentando sempre obter a resposta da própria pessoa.

Algumas perguntas podem causar embaraço ao entrevistador e ao entrevistado. Para reduzir este risco, todas as perguntas devem ser feitas com seriedade e em local "privativo" (no caso do hospital solicitar ao acompanhante do entrevistado que aguarde alguns minutos fora do quarto, sempre que possível). Mesmo que o entrevistado diga que não tem nada a esconder do cônjuge, amigo ou parente, o entrevistador deverá insistir em administrar a entrevista reservadamente, e dizer ao entrevistado que ele é livre para depois compartilhar qualquer assunto que ache adequado.

ESPECIFICAÇÕES GERAIS DA ENTREVISTA

I. Características da Entrevista

A. Entrevista Padronizada

Entrevistas padronizadas são utilizadas em pesquisas nas quais são levantadas medidas de uma amostra de indivíduos para descrever as características de uma população. As perguntas são feitas a todos os entrevistados utilizando o mesmo método. Estes métodos são implementados através do treinamento do entrevistador nas instruções de aplicação, e formato de convenções usado ao longo do questionário.

B. Papel do Entrevistador

O entrevistador é responsável, principalmente, em fazer e registrar as respostas com precisão. Além disso, o entrevistador deve determinar se o entrevistado está produzindo informação conforme o pretendido com as questões; isto é alcançado através de uma compreensão completa da intenção das perguntas e atenção às respostas obtidas. Os entrevistados às vezes respondem ao que eles acham que o entrevistador iria perguntar e imaginam uma pergunta que inclua uma palavra chave que lhe chamou a atenção. Escutando cuidadosamente às respostas dos entrevistados, estes enganos podem ser evitados. Os entrevistadores têm que se lembrar que uma resposta só é obtida quando o entrevistado entende o significado da pergunta e respondem adequadamente. Finalmente, o entrevistador tem que manter a entrevista focada no seu objetivo, usando técnicas neutras e apropriadas de "feedback".

C. Papel do Entrevistado

O papel do entrevistado é escutar a pergunta inteira e dar uma resposta completa a cada pergunta. O entrevistado também deve pedir clarificação quando necessário, evitando a divagação, e focalizando os comentários apenas na questão feita pelo entrevistador.

II. Convenções do Questionário

A. Instruções Gerais:

Qualquer coisa escrita entre parênteses, em negrito e em letras maiúscula é instrução para o entrevistador e não deve ser lida ao entrevistado.

EXEMPLO:

(QUESTÕES 10 E 11 SOMENTE OBSERVAR)

Neste caso o entrevistador não lê esta frase para o observado.

B. Instruções de Pulos:

Estas instruções estão impressas entre parênteses, em negrito e em letra maiúscula ao lado das respostas.

EXEMPLO:

13. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

(1) Sim

(2) Não **(PULE PARA A QUESTÃO 15)**

Neste caso, se a resposta é Não, o entrevistador pula para a questão 15.

C. Convenções Tipográficas

São listadas convenções tipográficas aqui como uma referência geral para o entrevistador.

Flecha "→"

O que estiver escrito no questionário precedido pela flecha deverá ser dito ao entrevistado de maneira informal, ou seja, com as palavras do entrevistador, visto que estas frases destinam-se a introduzir algum assunto de maneira mais informal possível.

Linhas de texto livre

As linhas em branco servem para que o entrevistador registre em palavras a resposta do entrevistado. Estas linhas são providas de duas situações:

- 1) Lugares para registrar dados de identificação e localização do entrevistado.

EXEMPLO:

5. Qual o seu nome? _____

- 2) Lugares para registrar respostas que não se ajustam às alternativas fornecidas.

EXEMPLO:

15. O(a) Sr.(a) tem religião ?

(5) Outra. Qual ? _____

III. Instruções Gerais do Entrevistador

A. Introdução para a Entrevista

Para que o entrevistado possa prover respostas precisas, devem ser comunicadas as metas da entrevista, assim como a determinação de um bom tom na interação. O entrevistador começa a fixar o tom para a interação durante a introdução da entrevista. Várias coisas devem ser comunicadas ao entrevistado na introdução, como:

- 1 O nome do entrevistador.
- 2 Que você representa uma organização legítima e respeitável, no caso, a Faculdade de Medicina.

- 3 Que o questionário serve para colher informações para uma pesquisa importante, que vale a pena.
- 4 Que a participação do entrevistado é vital para o sucesso da pesquisa.

EXEMPLO:

"Meu nome é <nome do entrevistador>, sou aluno da Faculdade de Medicina. Nós estamos fazendo uma pesquisa de saúde com idade acima de 15 anos de idade e eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas. A sua participação é muito importante para o sucesso da nossa pesquisa."

Isto pode ser realizado se o entrevistador estiver bem informado sobre as metas da pesquisa e podendo falar confortavelmente sobre o conteúdo do questionário. Também é importante que a conduta do entrevistador transmita credibilidade. A seguir estão as regras gerais do entrevistador:

- 1 A aproximação do entrevistador deverá ser séria, agradável, e confiante em si mesmo. Nervosismo por parte do entrevistador pode fazer o entrevistado sentir-se intranquilo.
- 2 O entrevistador deve falar lentamente e de forma clara para assim fixar o tom da entrevista.
- 3 O entrevistador deve se aproximar de todos os entrevistados como se eles fossem amigáveis e importantes para a pesquisa.
- 4 O entrevistador deve estar atento para o fato de que diferentes entrevistados requerem quantias diferentes de informação sobre o estudo; os entrevistadores devem ser capaz de ajustar a introdução da entrevista adequadamente.

Confidência

A prática standard em obtenção de dados é de informar ao entrevistado explicitamente sobre a natureza da sua participação. Uma declaração como esta pode ser dita ao entrevistado:

"Eu gostaria de lhe deixar claro que esta entrevista é confidencial, o que o(a) Senhor(a) me disser será utilizado somente para a pesquisa."

B. Regras para Fazer Perguntas

O uso de perguntas padronizadas em um questionário é essencial para manter a integridade dos dados. Divergências leves na formulação e na ordenação das perguntas afetam as respostas do entrevistado. As questões devem ser lidas para o entrevistado exatamente como elas aparecem no questionário. Como durante o estudo piloto alguns entrevistadores se sentiam pouco a vontade de utilizar "Sr.(a)" para pessoas mais jovens pode-se utilizar "você" (ou "tu" desde que faça a concordância verbal) para as pessoas de 15 a 30 anos.

Alguns entrevistados têm dificuldade para compreender perguntas longas. Perguntas que exijam mais de uma resposta devem ser quebradas em uma série de perguntas menores para ter certeza que todas as partes estão cobertas e que o entrevistado entendeu a pergunta como foi escrita originalmente.

EXEMPLO:

6. O(a) Sr(a). poderia me dizer o seu endereço completo? Como se chega até a sua casa? No fim de semana, em que horário é possível lhe encontrar em casa?

Neste caso deve ser feita uma pergunta de cada vez anotando-se a resposta antes de prosseguir.

Algumas vezes o entrevistado pode aborrecer-se com algumas perguntas por achar que não se aplicam a ele. Neste caso o entrevistador deve explicar ao entrevistado que é muito importante fazer todas as perguntas do questionário.

EXEMPLO:

"O(a) Sr.(a) me disse antes que não costuma beber, mas eu ainda preciso lhe fazer estas perguntas como está escrito no meu questionário."

É essencial que o entrevistador não faça suposições sobre as respostas do entrevistado. Os entrevistadores desenvolvem freqüentemente cedo uma sensação forte do estilo de vida ou estabilidade mental do entrevistado na entrevista e ficam com certeza que algumas respostas a algumas perguntas serão negativas. É tentador saltar essas perguntas ou apresentar uma frase como "sei que provavelmente isto não se aplica a você, mas...". É importante não fazer tais suposições e evitar o preconceito para respostas negativas inserindo tal comentário. Práticas como estas fazem impossível a precisão das informações.

Antes de aceitar uma resposta do entrevistado, o entrevistador deve ter certeza que ele tenha escutado toda a questão. Isto é importante para assegurar que todos os conceitos na pergunta estão sendo considerados pelo entrevistado. Se o entrevistado interrompe o entrevistador antes de ouvir a pergunta inteira, o entrevistador deve repetir a pergunta tendo certeza que o entrevistado escutou-a até o final. O entrevistador não deve assumir uma resposta prematura à uma pergunta.

O entrevistador deve usar um tom de voz claro e agradável, que transmita segurança, interesse e de forma profissional. As perguntas devem ser lidas ligeiramente mais lentas que o convencional.

C. Esclarecimento de Perguntas e Investigação de Respostas

Na entrevista estruturada, para todos os entrevistados são feitas as mesmas perguntas. Esclarecimentos só são feitos quando o entrevistado está impossibilitado de responder uma pergunta por não compreendê-la total ou parcialmente. Se houver dúvida que o entrevistado não tenha escutado a pergunta, esta deve ser repetida. Por exemplo, se a resposta do entrevistado parece ser irrelevante ou não parece entender todos os aspectos da pergunta, a pergunta inteira deve ser lida novamente. O entrevistador deve escutar cuidadosamente e ter certeza que entendeu a resposta do entrevistado para determinar se o esclarecimento ou investigações são necessários.

A regra geral quando o entrevistado dá uma resposta do tipo *"eu não sei"* é investigar mais uma vez, repetindo a pergunta, antes de aceitar. Um esforço para lembrar deve ser encorajado com uma investigação do tipo: *"Tente pensar um pouco"*.

Se um entrevistado parece contradizer o que disse mais cedo, o entrevistador não deverá expressar nem descontentamento nem falta de credibilidade, mas deverá pedir clarificação da discrepância e revisar a codificação da resposta prévia ou atual como necessário.

D. Feedback

Feedback é feito usando frases neutras em relação ao comportamento do entrevistado ao longo da entrevista. É um modo de manter o controle da entrevista. Embora o feedback possa ser útil para manter a motivação do entrevistado e o enfoque na tarefa, há um perigo de influenciar a resposta do entrevistado ao usá-lo demais.

O feedback pode servir para reforçar o foco, controlar o comportamento do entrevistado e desencorajar a divagação, distração e investigações impróprias do entrevistado.

1. Frases sugeridas para entrevistadores usarem quando entrevistados agem de forma inadequada, como pedir por conselhos, informações, ou por experiências pessoais do entrevistador:

"Nesta pesquisa, nosso interesse é conhecer as suas experiências, como o(a) Sr.(a) pensa..."

"Quando nós terminarmos, podemos conversar sobre isto se o(a) Sr.(a) quiser."

2. Frases sugeridas quando o entrevistado inicia a se desviar das perguntas ou fornecem respostas longas ou mais informações que é necessário:

"Eu tenho muitas outras questões para perguntar, assim nós deveríamos passar adiante agora."

"Se o(a) Sr.(a) quiser falar mais sobre isto, nós poderemos conversar mais ao término da entrevista."

Desatenção ou comportamento agressivo do entrevistado não devem ser criticados, e sim desencorajados através de esclarecimentos e investigações.

O silêncio pode ser uma ferramenta efetiva para desencorajar respostas impróprias ou conversação.

REGISTRANDO DADOS E FAZENDO A CODIFICAÇÃO

Entrevistadores devem preencher o questionário sempre usando lápis e usar borracha para correções.

A maioria das questões deve ser marcada com um X em cima do número que corresponde à resposta fornecida pelo entrevistado. O entrevistador deve estar certo de que cada questão tenha apenas uma resposta assinalada.

Se uma resposta incorreta é marcada porque o entrevistado mudou de idéia ou o entrevistador se enganou deve apagar a resposta errada e marcar a certa.

Se o entrevistador esta incerto de como codificar uma resposta ele deve registrar toda a informação a fim de permitir que o orientador tome uma decisão. Ele também deve colocar ponto de interrogação (?) na margem esquerda da pergunta para indicar a dúvida para o orientador.

Às vezes o entrevistador precisa de mais espaço para registrar uma resposta. Quando isto acontece a resposta deve ser escrita no verso da folha, devidamente identificada pelo número da pergunta.

Os números devem ser escritos de maneira legível e não devem deixar dúvidas. Eles devem ser escritos assim:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A letra também deve ser legível, de preferência escrever com letras de forma, pois, caso contrário, as informações não poderão ser lidas.

Dados Perdidos

Se uma pergunta é pulada acidentalmente pelo entrevistador este escreve "PERDIDO" na margem esquerda. Isto indica ao orientador que a pergunta não foi feita. Durante uma entrevista, se o entrevistador percebe que ele pulou uma questão, ele deve voltar e fazer a pergunta. Se a informação perdida só for percebida depois de terminada a entrevista, o pesquisador deve decidir se irá recontactar o entrevistado ou se irá aceitar o dado perdido.

Recusas em responder uma questão devem ser sempre registradas. O entrevistador deve escrever "RECUSADO" na margem esquerda da pergunta.

Logo após completar a entrevista o pesquisador deve fazer a codificação. Esta é feita na margem direita do questionário. O uso da coluna da direita do questionário para outras anotações fica vetado.

Complete os campos de codificação com 8, 88, 888, dependendo do tamanho do campo para a variável, se a resposta for "NÃO SA APLICA" (NSA). Somente quando a resposta for "PERDIDA" (ignorada) preencha com 9, 99, 999.

Perguntas perdidas são discutidas com o orientador a fim de melhorar as habilidades do entrevistador. Este pode ser instruído e recontactar o entrevistado para fazer perguntas vitais. Se a informação for recuperada, o código 9 é retirado e a informação correta é registrada.

Antes de aceitar uma resposta como "PERDIDA" (ignorada), código 9, tente obter uma resposta do entrevistado. Os códigos 9 que permanecem são tratados como dados perdidos, não servem para nada.

No caso do hospital o entrevistador deverá entregar os questionários codificados no mesmo dia em que eles foram realizadas, no horário das 19:30h às 20:30h, no consultório do coordenador para a supervisora do trabalho de campo (Marina) ou em um outro local e horário previamente combinados com ela.

Todas as sextas feiras, dia das reuniões, no horário das 19:30h às 20:30h, no consultório do coordenador, serão entregues todos os questionários realizados no posto de saúde durante a semana.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão devem ser avaliados cuidadosamente antes de se começar uma entrevista pois será trabalho perdido entrevistar uma pessoa para qual a pesquisa não se destina.

No posto de saúde somente serão entrevistadas pessoas acima de 15 anos (sem limite máximo de idade) moradoras nos Bairros Navegantes (I, II ou III) e somente serão excluídas as pessoas que foram realizar consulta com ginecologista ou que refiram espontaneamente que já realizaram este questionário anteriormente (certifique-se que tratou-se desta pesquisa).

No caso do hospital, somente serão entrevistadas pessoas acima de 15 anos (sem limite máximo de idade) moradoras em Pelotas. Para as pessoas em que o questionário não for aplicado (moradoras de outros municípios ou incapacitadas), deve-se fazer o registro na "Ficha de controle de entrevistas do hospital".

SELEÇÃO DE ENTREVISTADOS

Para evitar o "viés de seleção" nos dois locais a serem estudados é importante que as pessoas da amostra da "população-alvo" sejam incluídas no estudo com o mínimo de perdas ou recusas pois justamente estas pessoas podem apresentar características que mudariam o resultado da pesquisa. Para isto são precisos alguns cuidados:

- (1) No Hospital não pode “escapar” nenhuma das pessoas que internarem no período de interesse, para isso haverá controle através da “Ficha de controle de entrevistas do hospital”. Tal controle de possíveis perdas no hospital será realizado pelo Rodrigo. Não esquecer de visitar todas as enfermarias (exceto pediatria e ginecologia/obstetrícia), buscando todas as pessoas que internaram desde as 18:00h do dia anterior.
- (2) No Posto de Saúde, em função da falta de uma organização interna, não existe uma forma muito estruturada para a “seleção de entrevistados”, por isso é necessário que algumas convenções sejam adotadas para que não se corra o risco de por exemplo aplicar questionários a voluntários ou para muitas mulheres e poucos homens:
 - Priorize entrevistar todos os homens presentes. Enquanto aguardam na sala de espera ou fila para retirar ficha já pode ser investigado se moram no Navegantes ou não.
 - Se possível entreviste tantas mulheres quantos homens tiverem sido entrevistados (ou mais).
 - Avalie se haverá tempo de entrevistar a pessoa antes de ser chamada para o atendimento ou aguarde no corredor até que a pessoa esteja saindo, quando será “convencida” a entrar na sala para a entrevista...
 - Caso a entrevista seja interrompida, deixe claramente combinado que ela será terminada após a consulta. Faça então um “reaquecimento” lembrando a pessoa do que estava sendo falado.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

O entrevistador deve estar usando avental branco no momento da entrevista. Deve sempre portar consigo, além do questionário, o manual de instruções, dois (2) lápis, uma (1) borracha, um (1) apontador e uma prancheta para apoiar o questionário enquanto preenche. Ainda leve com você o crachá e a carta de apresentação.

O “Controle de qualidade”, sob a responsabilidade da Márcia ou Márcio, será realizado em 5% das pessoas quando serão refeitos questionários. Eles irão então comentar com cada um dos entrevistadores sobre possíveis discordâncias entre as respostas.

A “escala para realização dos questionários” funcionará como “plantão” ficando a pessoa determinada para o dia de inteira responsabilidade para que sejam realizados os questionários. Caso este solicite a outra pessoa para substituí-lo, porém, o código de quem realmente aplica o questionário é que vai no questionário e não o da pessoa da escala.

As reuniões semanais serão às sextas feiras das 19:30 às 20:30 e terão a função de discutir o andamento da pesquisa, receber e distribuir questionários além de discutir sobre a elaboração e apresentação de Temas Livres para congressos e Artigos para publicação.

PESQUISADORES, SUPERVISORA E COORDENADOR

Os entrevistadores são em número de 11. Abaixo consta a lista dos números de identificação dos entrevistadores e dos seus telefones.

1. Alethea Zago Tel.: 25-6785
2. Ana Cristina Beitia Kraemer Tel.: 22-3058
3. Douglas Coltro Tel.: 25-8042
4. Elza Medeiros Gonçalves Tel.: 25-1250
5. Luciana de Oliveira Neves Tel.: 25-8187 (quarto 163)
6. Marcelo Quintanilha Azevedo Tel.: 29-1346
7. Márcia Raquel Tizziani Tel.: 25-8187
8. Rafael Dias de Oliveira Alcantara Tel.: 22-8357
9. Richarles Borba da Bastos Tel.: 22-8166
10. Rodrigo Maciel de Freitas Tel.: 78-5061
11. José Anilton da Silva Tel.: 27-6888

Para combinar a entrega de questionários realizados no hospital, caso impossibilidade de comparecer no local e horário pré-determinados, entrar em contato com a supervisora do trabalho de campo (Marina):

Marina Louzada Tel.: 22-4457 ou 983-4082

Em caso de persistirem dúvidas, contatar o coordenador:

Eduardo Brod Méndez Tel.: 27-9515 ou 981-8541.

ESPECIFICAÇÕES PERGUNTA-POR-PERGUNTA

1. Número da pessoa: ____

2. Número do local onde foi aplicado o questionário:

(1)Posto de saúde (2)Hospital Enfermaria ____ Leito _

3. Data da entrevista: __/__/__

4. Entrevistador: __

Os itens 2, 3 e 4 deverão ser preenchidos ao chegar no local da entrevista. O número 1, será preenchido pela supervisora posteriormente. Confira se a data corresponde ao dia da entrevista.

(NÃO PROSSIGA SEM VERIFICAR OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO!!!)

Procure no seu manual informações sobre os critério de exclusão.

5. Qual o seu nome? _____

Anotar o nome completo redigido corretamente e sem abreviações.

6. O(a) Sr.(a) poderia me dizer o seu endereço completo? Como se faz para chegar até a sua casa? No fim de semana, em que horário é possível lhe encontrar em casa?

Faça uma pergunta de cada vez esperando a resposta para fazer a seguinte.

Investigue diferentemente no Posto ou no Hospital conforme orientação abaixo:

HOSPITAL:

O(a) Sr.(a) poderia me dizer o seu endereço completo?

Qual o nome do bairro, da rua, o número da casa...

Como se faz para chegar até a sua casa?

(Qual ônibus usar, algum ponto de referência próximo da casa: "Fica perto de que?, etc).

No fim de semana, em que horário é possível lhe encontrar em casa?

(Explique que, se a pessoa não se importar, posteriormente poderá ser convidada a continuar na pesquisa).

POSTO NAVEGANTES:

O(a) Sr.(a) poderia me dizer o seu endereço completo?

Especificar se é I, II ou III e anotar o nome (ou número) da rua (passeio ou travessa) e número da casa. (Algumas casas do bairro Navegantes III não têm numero, perguntar então sobre algum número próximo).

Como se faz para chegar até a sua casa?

Ao invés de fazer esta pergunta, substitua pelas abaixo, conforme Navegantes I, II ou III.

SE NAVEGANTES I :

- Indo do posto de saúde para a sua casa, fica **antes** ou **depois** da rua **Salvador Balreira**?
- Fica **perto de** algum bar, armazém, mercado, padaria, borracharia ...?

SE NAVEGANTES II:

- Indo do posto de saúde para a sua casa, fica **antes** ou **depois** da rua **Salvador Balreira**?
- Indo do posto de saúde para a sua casa, fica **antes** ou **depois** da rua **10**?
- Fica **perto de** algum bar, armazém, mercado, padaria, borracharia ...?

SE NAVEGANTES III:

- Indo do posto de saúde para a sua casa pela rua Darci Vargas, **chegando no Navegantes III** fica **à direita** ou **à esquerda**?

No fim de semana, em que horário é possível lhe encontrar em casa?

(Explique que, se a pessoa não se importar, posteriormente poderá ser convidada a continuar na pesquisa).

7. O(a) Sr.(a) tem telefone ? Poderia me dizer o número ?

Anotar todos os números (casa, celular, algum para contato...) especificando-os.

8. Qual a sua data de nascimento? __/__/__

Pedir documento caso não saiba.

9. Qual a sua idade completa? __ anos

Registrar a idade em anos completos, no dia da entrevista. Se a pessoa tiver 20 anos e fizer aniversário no dia seguinte à entrevista, registrar 20 anos de idade.

(QUESTÕES 10 E 11 SOMENTE OBSERVAR)

10. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

11. Cor:(1) Branca (2) Outra

Você já deve ter observado a respeito dos itens 10 e 11, portanto apenas marque a resposta não devendo perguntar nem sendo necessário olhar para a pessoa neste momento.

12. O(a) Sr.(a) vive com esposa(o) ou companheira(o) ?

- (1) Sim, casado
- (2) Sim, em união
- (3) Não, solteiro
- (4) Não, viúvo
- (5) Não, separado

“Casado” se refere ao estado civil (no papel) porém se não morar junto considere “separado”. Marque “em união” se a pessoa mora na mesma casa (amigado, amasiado...).

13. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever ?

- (1) Sim
- (2) Não (PULE PARA A 15)

Saber escrever apenas o nome é considerado negativo. Na dúvida pergunte se a pessoa sabe escrever uma carta ou um bilhete.

14. Até que série o Sr(a). estudou? Chegou a completar?

_ grau _ série

Faça uma pergunta de cada vez. Registre primeiro o grau e após a série. Vale o último ano que o entrevistado estudou e foi aprovado. Considera-se formação universitária ou mais 3º grau. Em caso de dúvida escreva a resposta fornecida por extenso (ex. ginásio, colegial, normal, científico...).

15. O(a) Sr.(a) tem religião ? (CASO SIM) Qual ?

- (0) Não tem religião (PULE PARA A 17)
- (1) Católica
- (2) Protestante
- (3) Espírita
- (4) Afro-brasileira
- (5) Outras. Qual ? _____

Em caso de mais de uma religião especifique-as na quinta opção. Marque conforme abaixo:

Protestante: Adventista (do sétimo dia), Anglicana, Episcopal (Brasileira), Evangélica (Luterana ou Quadrangular), Luterana, Protestante (Luterana), Quadrangular.

Espírita: Espiritualista, Espírita (Kardecista), Kardecista.

Afro-brasileira: Umbanda, Saravá, Terreiro, Candomblé, Nação, Africana Mussulmana, Batuque.

Outras: Budismo, Assembléia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, Testemunha de Geová, De Deus, Seicho-no-ie, Exotérica, Cristã, Israelita, Judaica, Acredita em Deus, Muçulmana, Racionalismo Cristã.

16. O(a) Sr.(a) pratica a sua religião?

(1) Sim

(2) Não

Considera-se como praticante a pessoa que freqüente rituais religiosos mesmo que eventualmente (mais do que apenas em casamentos ou batizados...).

17. Qual é a sua ocupação?

(1) Trabalha

(2) Trabalha e estuda

(3) Estuda (PULE PARA →)

(4) Desempregado (CASO SIM) Há quanto tempo?

__ semanas __ meses __ anos (PULE PARA →)

(5) Dona de casa (PULE PARA →)

(6) Aposentado (a) (PULE PARA →)

(7) Outro _____

Biscate, faxina são considerados trabalho, bem como qualquer tipo de atividade remunerada.

18. O(a) Sr(a) tem um trabalho fixo?

(1) Sim

(2) Não

"Sim" significa pelo mínimo no último mês. Biscate, faxina... são considerados "não".

19. Quanto o(a) Sr(a) ganhou no mês passado por trabalhar? R\$ _____

Em algumas situações especiais deve ser registrado o ganho líquido (investigar por exemplo um taxista que "tira" R\$2000 por mês mas "dá" R\$1000 para o dono do carro). Completam-se os espaços em branco anteriores ao valor com zeros. Desprezar os centavos.

→ AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE QUANTO GANHAM AS PESSOAS NA SUA CASA.

20. Fora o(a) Sr(a) quantas pessoas ajudam com algum dinheiro para as despesas da casa? __

Casa significa onde o entrevistado mora atualmente. Não incluir o entrevistado.

21. No mês passado quanto ganharam estas pessoas?

Pessoa 1 : R\$ _____

Pessoa 2 : R\$ _____

Pessoa 3 : R\$ _____

Pessoa 4 : R\$ _____

Incluir somente as pessoas da casa que participam do orçamento do entrevistado. Renda 1 fica como o maior valor e segue em ordem decrescente. Dê um risco nos espaços não preenchidos.

22. A família tem outra fonte de renda como mesada, pensão, aposentadoria ou aluguel?

Quanto ? R\$ _____

Nenhuma renda pode ser contada mais de uma vez.

→ AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUMAS QUE AS PESSOAS TÊM EM CASA COMO ELETRODOMÉSTICOS, CARRO... SÓ QUE EU GOSTARIA DE SABER SÓ DAS COISAS QUE ESTIVEREM FUNCIONANDO.

23. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem geladeira? E está funcionando? E...<outros>?

Geladeira	(0) Não (2) Sim
Vídeo cassete	(0) Não (2) Sim
Freezer ou geladeira de duas portas	(0) Não (1) Sim
Aspirador de pó	(0) Não (1) Sim
Máquina de lavar roupa	(0) Não (1) Sim
Rádio	(0) Não () Sim, Quantos? ____
TV a cores	(0) Não () Sim, Quantos? ____
Carro	(0) Não () Sim, Quantos? ____
Banheiro	(0) Não () Sim, Quantos? ____
Empregado que recebe por mês	(0) Não () Sim, Quantos? ____

Ler as opções existentes no questionário e apontar a resposta descrita e o número, quando especificado. (que não estejam estragados). "Casinha" ou patente não considera-se banheiro. Em relação ao empregado que receba por mês, caso o salário mensal seja fracionado por semana, considera-se. Esta deve ser codificada na coluna da direita com o número correspondente à resposta marcada. Caso seja marcada uma resposta sem número (as últimas 5) baseie-se na tabela abaixo para codificar:

	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4 ou +
Radio	1	2	3	4
TV	2	3	4	5
Carro	2	4	5	5
Banheiro	2	3	4	4
Empregado	2	4	4	4

→ AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS LÍQUIDOS QUE AS PESSOAS COSTUMAM TOMAR.

24.O(a) Sr.(a) toma chimarrão ? (CASO AFIRMATIVO) Com que frequência?

(0) Nunca

(1) SIM, uma vez por mês ou menos

(2) SIM, duas a quatro vezes por mês

(3) SIM, duas a seis vezes por semana

(4) SIM, todos os dias

Esta é a primeira de uma série de questões com a pergunta “Com que frequência?” Utilize sinônimos como “De quanto em quanto tempo?”. Persistindo a dúvida pode-se perguntar quantas vezes tomou nos últimos 30 dias.

25. O(a) Sr.(a) toma chás caseiros? (CASO AFIRMATIVO) Com que frequência?

(0) Nunca (PULE PARA A 27)

(1) Uma vez por mês ou menos

(2) Duas a quatro vezes por mês

(3) Duas a seis vezes por semana

(4) Todos os dias

26. Quais chás? _____

Anote até cinco chás. Esta questão não deve ser codificada na coluna da direita.

27. O(a) Sr.(a) toma café preto? (CASO AFIRMATIVO) Com que frequência?

(0) Nunca (PULE PARA A 29)

(1) Uma vez por mês ou menos

(2) Duas a quatro vezes por mês

(3) Duas a seis vezes por semana

(4) Todos os dias

Café com leite não conta.

28. O(a) Sr(a) toma o café preto amargo, com adoçante, doce ou bem doce?

(1) Amargo

(2) Com adoçante

(3) Doce

(4) Bem doce

➔ AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU USO DE QUALQUER BEBIDA QUE CONTENHA ÁLCOOL DURANTE O ÚLTIMO ANO.

MESMO QUE A QUANTIDADE DE ÁLCOOL TOMADA TENHA SIDO PEQUENA, SERIA MUITO IMPORTANTE QUE O(A) SR.(A) RESPONDESSE A TODAS AS PERGUNTAS PENSANDO BEM ANTES DE RESPONDER.

29. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) tomou bebida de álcool como cerveja, vinho, cachaça, licor, champanha, uísque ou outra?

(0) Nunca bebeu (PERGUNTE A 30 E TERMINE NO “➔”)

(1) Há mais de dois anos (PERGUNTE A 30 E TERMINE NO "→")

(2) Entre 1 e 2 anos (PERGUNTE A 30 E TERMINE NO "→")

(3) De 6 meses a 1 ano (PERGUNTA A 30 E PULE O "→")

(4) Menos de 6 meses, porém mais de 1 mês (PULE PARA 31)

(5) No último mês (PULE PARA A PRÓXIMA PÁGINA)

Há um ano significa um ano antes da data atual.

30. Existe algum motivo para o(a) Sr.(a) não ter tomado bebidas com álcool durante esse tempo? Qual?

(1) Não gosta

(2) Religião não permite

(3) Apresenta alguma doença ou toma remédio (que não para tratamento pelo álcool) e não pode misturar

(4) Faz tratamento para parar de beber (médico, AA's...).

(5) Outros : _____

Se o entrevistado responder que não exista algum motivo insistir perguntando o porquê.

→MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO. NÓS GOSTARIAMOS DE PODER CONTINUAR CONTANDO COM A SUA AJUDA CASO SEJA NECESSÁRIO LHE FAZER MAIS ALGUMA ENTREVISTA.

(A PARTIR DAQUI, SEGUIR O QUESTIONÁRIO APENAS PARA AS PESSOAS QUE RESPONDERAM AS OPÇÕES 3, 4 OU 5 NA QUESTÃO 29)

31. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool ?

(0) Nunca

(1) Uma vez por mês ou menos

(2) Duas a quatro vezes por mês

(3) Duas a três vezes por semana

(4) Quatro ou mais vezes por semana

Assinale a alternativa mais próxima à resposta.

32. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

(1) Sim

(2) Não

33. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses ou copos o(a) Sr.(a) costuma tomar?

- (1) 1 ou 2 unidades
- (2) 3 ou 4 unidades
- (3) 5 ou 6 unidades
- (4) 7 a 9 unidades
- (5) 10 ou mais unidades

Codifique o número de doses padrão posteriormente a ter calculado a quantidade de unidades pelos recipientes e bebidas discutidos no treinamento. Caso fique em dúvida ou a pessoa tome outro tipo de bebida, anote detalhadamente sobre a bebida e o recipiente para posteriormente calcular.

34. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma < o equivalente a seis ou mais unidades > em uma ocasião?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Substitua < o equivalente a seis ou mais doses > pela quantidade equivalente a seis doses ou mais da(s) bebida(s) informada(s) na pergunta anterior (calcule). Ex: Se toma cerveja <três ou mais cervejas> ; se toma cachaça < três martelinhos ou dois martelos>...

35. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de parar de beber depois de começar?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Substitua < de um ano para cá > pelo nome do mês vigente no ano anterior. Por exemplo, no dia 15 de março de 1998, dizer: ... <desde março do ano passado>...

36. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês

(3) Uma vez por semana

(4) Todos os dias ou quase todos

Substitua < de um ano para cá > pelo nome do mês vigente no ano anterior. Por exemplo, no dia 15 de março de 1998, dizer: ... <desde março do ano passado>...

37. O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

(1) Sim

(2) Não

Respostas como às vezes sim ou só de vez em quando são consideradas afirmativo.

38. Com que frequência, < de um ano para cá >, depois de ter bebido muito o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

(0) Nunca

(1) Menos que uma vez por mês

(2) Uma vez por mês

(3) Uma vez por semana

(4) Todos os dias ou quase todos

Substitua < de um ano para cá > pelo nome do mês vigente no ano anterior. Por exemplo, no dia 15 de março de 1998, dizer: ... <desde março do ano passado>...

39. O(a) Sr.(a) sente-se culpado(a) com o(a) Sr.(a) mesmo pela maneira como costuma beber?

(1) Sim

(2) Não

Respostas como às vezes sim ou só de vez em quando são consideradas como afirmativo.

40. Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?

(0) Nunca

(1) Menos que uma vez por mês

(2) Uma vez por mês

(3) Uma vez por semana

(4) Todos os dias ou quase todos

Substitua < **de um ano para cá** > pelo nome do mês vigente no ano anterior. Por exemplo, no dia 15 de março de 1998, dizer: ... <desde março do ano passado>...

41.Com que frequência, < de um ano para cá >, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos

Substitua < **de um ano para cá** > pelo nome do mês vigente no ano anterior. Por exemplo, no dia 15 de março de 1998, dizer: ... <desde março do ano passado>...

42.O(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido? (CASO AFIRMATIVO) Quando?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

Ofender, machucar, prejudicar, ferir, lesar, danificar, importunar, molestar são também aceitos. Se o entrevistado responder há um ano isto significa um ano da data atual. Codificar com(0), (2) ou (4).

43. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

Outros profissionais podem ser assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros... Codificar com (0), (2) ou (4).

44. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

- (1) Sim
- (2) Não

45. Quando o(a) Sr.(a) bebe mais do que o normal no dia seguinte o(a) Sr.(a) se alimenta mais ou menos do que o de costume?

- (1) Mais
- (2) Menos
- (3) Não muda

46. O(a) Sr.(a) acha que tem vício ou algum problema com bebida de álcool ? (CASO NÃO) Já teve?

(1) Sim, tem

(2) Sim, teve

(3) Não

47. Alguém, na sua família, tem ou teve problema com bebida de álcool?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A 49)

48. Quem na sua família tem ou teve problema com bebida de álcool ?

(1) Irmão

(2) Pai ou mãe

(3) Pai e mãe

(4) Avô e/ou avó

(5) Primo, tio ou tia

(6) Outros : _____

Em caso de mais de uma pessoa especificar na sexta opção.

49. O(a) Sr.(a) já esteve internado por causa de bebida de álcool ?

(1) Sim

(2) Não

50. Alguém da sua família já esteve internado por causa de bebida de álcool?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A 52)

51. Quem da sua família já esteve internado por causa de bebida de álcool?

(1) Irmão

(2) Pai ou mãe

(3) Pai e mãe

(4) Avô e/ou avó

(5) Primo, tio ou tia

(6) Outros : _____

Em caso de mais de uma pessoa especificar na sexta opção.

52. Alguém, na sua família, já esteve internado em hospital psiquiátrico, por outro motivo que não álcool?

(1) Sim

(2) Não (PULE A 54)

53. Quem na sua família já esteve internado em hospital psiquiátrico, por outro motivo que não álcool?

- (1) Irmão
- (2) Pai ou mãe
- (3) Pai e mãe
- (4) Avô e/ou avó
- (5) Primo, tio ou tia
- (6) Outros : _____

54. O(a) Sr.(a) fuma? (CASO NÃO) Já fumou?

- (1) Sim
- (2) Já fumou
- (3) Não (PULE PARA A 57)

55. Por quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma ou fumou? __ meses __ anos

56. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma(va)? __/dia __/semana

Considerar fumando, no mínimo, há um mês. O número de cigarros deve ser expresso em unidades. Anotar, em caso de fumo em pacote, o número de pacotes/dia.

57. O(a) Sr.(a) dirige ?

- (1) Sim
- (2) Não (TERMINE COM O AGRADECIMENTO)

58. No último ano o(a) Sr.(a) dirigiu após tomar bebida de álcool?

- (1) Sim
- (2) Não

No último ano significa de um ano para cá.

➔ MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO. NÓS GOSTARIAMOS DE PODER CONTINUAR CONTANDO COM A SUA AJUDA CASO SEJA NECESSÁRIO LHE FAZER MAIS ALGUMA

MANUAL DE INSTRUÇÕES

**Roteiro para entrevista
diagnóstica semi-estruturada**

**CrITÉrios diagnÓsticos para
pesquisa**

**Descrições clÍnicas e diretrizes
diagnÓsticas**

INSTRUÇÕES GERAIS :

A forma como se obtém um diagnóstico psiquiátrico, ainda que baseada em critérios diagnósticos bem estabelecidos, é bastante pessoal do entrevistador e individualizada para cada caso. Para fins de pesquisa é necessário que possíveis subjetividades da avaliação clínica interfiram o menos possível no diagnóstico final. O que se deseja com este manual é esclarecer dúvidas para que diferentes avaliadores, até mesmo com níveis de experiência diferentes, possam chegar a **concordâncias diagnósticas**.

Serão entrevistadas pessoas, previamente selecionadas, que **ingeriram alguma quantidade de álcool nos últimos 12 meses**. Deseja-se avaliar tal uso em termos diagnósticos pela CID X , mas não somente em relação ao momento da entrevista como o motivo da consulta ou da internação (pode-se por exemplo chegar ao diagnóstico de abstinência alguns meses antes sem que no momento da entrevista a pessoa esteja com o quadro). Poderá não ser encontrado nenhum transtorno mental ou do comportamento decorrente do uso de álcool (ex. apenas tomou uma taça de champanha no último ano novo), mas é preciso uma boa investigação, pedindo que as pessoas pensem cuidadosamente sobre o que for conversado. Também deseja-se investigar o diagnóstico do passado (antes dos últimos 12 meses) que às vezes pode continuar no presente ou ter modificado.

O entrevistador deve realizar a **apresentação** (não esquecendo de apresentar-se ao acompanhante, se for o caso) dizendo seu nome, explicar que faz parte da equipe que continua a pesquisar sobre alguns hábitos das pessoas, dizer que a pessoa foi sorteada para esta outra parte da pesquisa. Desta vez não serão apenas perguntas e respostas como na primeira, mas sim uma conversa maior. No caso do hospital, se a pessoa tiver condições de se deslocar e se houver alguma sala próxima disponível (como um QG), ela deverá ser convidada a realizar a entrevista naquele local.

O **começo da entrevista** será conversando brevemente sobre o **motivo de a pessoa ter internado ou o motivo da consulta no posto** (o que até pode ajudar no raciocínio clínico). Antes de chegar ao assunto **“álcool”** deixe bem claro o interesse da pesquisa usando suas próprias palavras . Ex.: ***“A nossa intenção com esta pesquisa é conhecer melhor a forma como as pessoas costumam tomar algum tipo de bebida que contenha álcool , o tipo de bebida, a quantidade que as pessoas tomam, os efeitos que a bebida causa , se modifica alguma coisa no jeito da pessoa, se faz sentir alguma coisa no corpo, se traz algum tipo de problema... Se sabe que estas coisas são diferentes de pessoa para pessoa e eu gostaria de saber como é com o Sr.(a). Tudo o que nós conversarmos vai servir só para a pesquisa . Não será contado para ninguém nem o nosso objetivo é julgar ou fazer tratamento para as pessoas , apenas é uma conversa para que outras pessoas possam ser compreendidas com as suas informações e das outras pessoas que estão colaborando com a pesquisa”***.

Não será realizado um diagnóstico multiaxial nem tampouco um diagnóstico nosológico outro que não na categoria F10 (transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool). Conforme sugerido por alguns autores tal processo funcionará como um eixo em separado. Isto não significa que outros transtornos mentais ou orgânicos sejam desprezados no raciocínio diagnóstico, o que as diretrizes diagnósticas esclarecem, devendo ser descritos, com o máximo de detalhes possíveis, sempre que suscitarem dúvidas. (Ex. uso de múltiplas drogas, insuficiência renal ou hepática, psicose com uso nocivo de álcool).

Serão usados termos adicionais para o diagnóstico como **“tentativa”** (se mais informações são improváveis de estar disponíveis) ou **“provisório”** (se espera-se receber mais informações) conforme as notas para usuários.

Durante o trabalho de campo, as pessoas a serem entrevistadas no hospital serão sorteadas diariamente e distribuídas entre os entrevistadores, **obedecendo à escala**. Elas serão localizadas, a partir das informações fornecidas pela supervisora do trabalho de campo (Marina) do leito e da enfermaria, que deverão constar da “ficha de entrevista” que será devolvida para ela, no dia da reunião, após totalmente preenchida (**tomando o cuidado**

de completar os critérios preenchidos, mesmo que insuficientes para um diagnóstico). No caso do posto de saúde, as entrevistas a serem realizadas serão definidas nas sextas feiras à noite **obedecendo à escala**. No Sábado, pela manhã os bateadores visitarão as pessoas e tentarão marcar um horário para o número máximo possível entre as entrevistas designadas para aquele final de semana, à tarde no posto de saúde. Os bateadores então aguardarão no posto, junto com os entrevistadores, e caso algum não compareça à entrevista, acompanharão os entrevistadores até a residência do entrevistado. No Domingo as entrevistas serão terminadas com o cuidado de dar cobertura de alguma perda do Sábado.

Pretende-se realizar reuniões semanais (segundas feiras às 20:00), para continuar as avaliações de concordância diagnóstica, discutir sempre as dúvidas que forem surgindo, dificuldades operacionais e também sobre a possibilidade de realização de Temas Livres para apresentar em congressos ou artigos a serem publicados.

Será preciso **familiarização com o manual** para saber como utilizá-lo para “**checagem**” com uma marca “✓” nos locais apropriados “□” (é uma entrevista semi-estruturada), e assim poder conduzir o entrevistado sem induzir respostas. Além do **manual**, leve sempre consigo a **prancheta** para apoiá-lo, (2) **lápiz** (não utilize caneta nem na ficha nem no manual), use a **borracha** para correções, **apontador**, o **crachá** e a **carta de apresentação**.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS :

Temos por base do roteiro os Critérios diagnósticos para pesquisa da CID-10 (livro verde) organizados pela OMS. Como tais critérios exigem complementação com as Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da CID-10 (livro azul), acréscimos foram realizados neste sentido. Muitas

dúvidas surgiram e vem sendo discutidas, alguns aspectos operacionais buscando uniformizar o raciocínio clínico vêm sendo abordados. Nesta parte do manual, a partir das discussões realizadas, elaborou-se um único instrumento baseado no livro verde complementado pelo livro azul e acrescentando alguns dos aspectos das discussões sobre os casos clínicos. Para que este instrumento torne-se “auto-suficiente” durante a entrevista, é necessário que os fornecidos anteriormente estejam bastante “assimilados” e que continuem a ser consultados sempre que necessário.

Durante a entrevista, caso algum dos critérios do transtorno em hipótese não esteja claramente estabelecido a partir do relato espontâneo das pessoas tente entendê-lo através de perguntas mais abertas, as quais devem ser sempre priorizadas a uma simples “checagem de sintomas” lendo-os.

F10.0 Intoxicação aguda decorrente do uso de álcool

A. Os critérios gerais para intoxicação aguda (F1x.0) devem ser satisfeitos. ☐₁

G1. O uso de álcool deve ser em níveis de dose suficientemente altos para serem consistentes com uma intoxicação. ☐₂

G2. Deve haver sinais ou sintomas de intoxicação ☐₃

G3. Os sinais e sintomas não podem ser atribuídos a um transtorno somático ou por um outro transtorno mental ou de comportamento. ☐₄

B. Deve haver disfunção de comportamento, como evidenciada por pelo menos um dos seguintes: ☐₅

(1) desinibição; ☐₆

(2) querelância; ☐₇

(3) agressão; ☐₈

(4) labilidade de humor; ☐₉

(5) atenção comprometida; ☐₁₀

(6) julgamento comprometido; ☐₁₁

(7) interferência com funcionamento pessoal. ☐₁₂

C. Pelo menos um dos seguintes sinais deve estar presente: ☐₁₃

- (1) marcha instável; ☐₁₄
- (2) dificuldade de manter-se em pé; ☐₁₅
- (3) fala ininteligível; ☐₁₆
- (4) nistagmo; ☐₁₇
- (5) diminuição do nível de consciência (p. ex., estupor, ...);
☐₁₈
- (6) vermelhidão facial; ☐₁₉
- (7) hiperemia conjuntival. ☐₂₀

Os seguintes códigos de cinco caracteres podem ser usados para indicar se a intoxicação aguda estava associada a alguma complicação.

F10.00 Não complicada
Sintomas de gravidade variável, usualmente dose dependentes.

F10.01 Com trauma ou outra lesão corporal

F10.02 Com outras complicações médicas
São exemplos: hematêmese, aspiração de vômito.

F10.03 Com delirium

F10.04 Com distorções perceptivas

F10.05 Com coma

F10.06 Com convulsões

F10.07 Intoxicação patológica aguda

A. quantidade de álcool insuficiente ☐₂₁

B. comportamento não é típico da pessoa quando sóbria. ☐₂₂

C. A intoxicação ocorre muito rapidamente ☐₂₃

D. Não há evidência de um transtorno orgânico cerebral ou de outros transtornos mentais. ☐₂₄

Somente será diagnóstico principal quando não há uso nocivo (F10.1), síndrome de dependência (F10.2) ou transtorno psicótico (F10.5)...

Registrar se está **intoxicado no momento da entrevista** . ☐₂₅

Registrar a pessoa está fazendo um **padrão de uso de risco** (com um potencial uso nocivo). ☐₂₆

F10.1 Uso nocivo de álcool

A. Dano físico ou psicológico. ☐₂₇

B. A natureza do dano deve ser clara. ☐₂₈

Identificá-la **e** **especificá-la:** _____

C. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou ter ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses. ☐₂₉

D. O transtorno não satisfaz os critérios para qualquer outro transtorno mental ou de comportamento relacionado à mesma droga durante o mesmo período (exceto para intoxicação aguda, F1x.0). ☐₃₀

F10.2 Síndrome de dependência alcoólica

A. Três ou mais das seguintes manifestações devem ter ocorrido conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores do que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida durante um período de 12 meses: ☐₃₁

(1) "fissura" ☐₃₂

(2) controlar início/fim ☐₃₃

(3) abstinência ☐₃₄

(4) tolerância ☐₃₅

(5) Preocupação com o uso da substância (abandono de interesses, gasto de tempo para obter, consumir, ou recuperar-se dos efeitos da substância; ☐₃₆

(6) persistente uso nocivo ☐₃₇

O diagnóstico de síndrome de dependência pode ser mais especificado pelo uso dos seguintes códigos de cinco caracteres:

- F10.20 Atualmente abstinente
 - .200 Remissão precoce
 - .201 Remissão parcial
 - .202 Remissão completa
- F10.21 Atualmente abstinente, porém em ambiente protegido
(p. ex., no hospital, em uma comunidade terapêutica, na prisão, etc.)
- F10.22 Atualmente em regime de manutenção ou substituição
cl clinicamente supervisionado (dependência controlada)
(p. ex., com metadona, chiclete ou emplastro de nicotina)
- F10.23 Atualmente abstinente, porém recebendo tratamento com
drogas aversivas ou bloqueadoras
(p. ex., naltrexona ou dissulfiram)
- F10.24 Atualmente usando a substância (dependência ativa)
 - .240 Sem sintomas físicos
 - .241 Com sintomas físicos

O curso da dependência pode ser mais especificado, se desejado, como segue:

- F10.25 Uso contínuo
- F10.26 Uso episódico (dipsomania)

F10.3 Estado de abstinência alcoólica

- A. Os critérios gerais para estado de abstinência (F1x.3) devem ser satisfeitos. ☐₃₈
- G1. Interrupção ou redução após uso repetido. ☐₃₉
- G2. Sinais e sintomas de abstinência (ver abaixo). ☐₄₀
- G3. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a um transtorno somático nem outro transtorno mental ou de comportamento. ☐₄₁
- B. Três dos seguintes sinais devem estar presentes: ☐₄₂
- (1) tremores de língua, pálpebras ou mãos (estendidas); ☐₄₃
 - (2) sudorese; ☐₄₄
 - (3) náuseas, ânsia de vômito ou vômitos; ☐₄₅
 - (4) taquicardia ou hipertensão; ☐₄₆
 - (5) agitação psicomotora; ☐₄₇
 - (6) cefaléia; ☐₄₈
 - (7) insônia; ☐₄₉
 - (8) mal-estar ou fraqueza; ☐₅₀
 - (9) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; ☐₅₁
 - (10) convulsões tipo grande mal. ☐₅₂

Comentários

Se *delirium* está presente, o diagnóstico deve ser estado de abstinência alcoólica com *delirium* (*delirium tremens*) (F10.4).

O diagnóstico de estado de abstinência pode ser mais especificado pelo uso dos seguintes códigos de cinco caracteres:

- F10.30 Sem complicações
F10.31 Com convulsões

F10.4 Estado de abstinência com *delirium* induzido por álcool

A. Os critérios gerais para estado de abstinência (F10.3) devem ser satisfeitos. ☐₅₃

B. Os critérios para *delirium* (F05.-) devem ser satisfeitos: ☐₅₄

(a). Há obnubilação da consciência, isto é, redução da clareza de percepção do ambiente, com capacidade reduzida de focar, manter ou mudar a atenção. ☐₅₅

(b). A perturbação de cognição é manifestada por ambos: ☐₅₆

1. Comprometimento das memórias imediata e recente, com memória remota relativamente intacta e ☐₅₇

2. desorientação temporal, espacial ou pessoal. ☐₅₈

(c). Pelo menos uma das seguintes perturbações psicomotoras está presente: ☐₅₉

1. mudanças rápidas e imprevisíveis de hipo a hiperatividade; ☐₆₀

2. tempo de reação aumentado; ☐₆₁

3. aumento ou diminuição do fluxo da fala ☐₆₂

4. intensificação da reação de susto ☐₆₃

(d). Há perturbação do ciclo sono-vigília, manifestada por pelo menos um dos seguintes: ☐₆₄

1. insônia, a qual pode, em casos graves, envolver perda total de sono, com ou sem sonolência diurna, ou reversão do ciclo sono-vigília; ☐₆₅

2. piora noturna dos sintomas; ☐₆₆

3. sonhos perturbadores e pesadelos, os quais podem continuar como alucinações ou ilusões após o despertar.

☐₆₇

(e). Sintomas têm início rápido e mostram flutuações ao longo do dia.

☐₆₈

O diagnóstico de estado de abstinência com *delirium* pode ser mais especificado pelo uso dos seguintes códigos de cinco caracteres:

F10.40 Sem convulsões

F10.41 Com convulsões

(Será registrado como diagnóstico tentativa)

F1x.5 Transtorno psicótico

A. O início dos sintomas psicóticos deve ocorrer durante ou dentro de duas semanas do uso da substância. ☐₆₉

B. Os sintomas psicóticos devem persistir mais de 48 horas. ☐₇₀

C. A duração do transtorno não deve exceder seis meses. ☐₇₁

O diagnóstico do transtorno psicótico pode ser mais especificado pelo uso dos seguintes códigos com cinco caracteres:

F1x.50 Esquizofreniforme

F1x.51 Predominantemente delirante

F1x.52 Predominantemente alucinatório

F1x.53 Predominantemente polimórfico

F1x.54 Predominantemente sintomas psicóticos depressivos

F1x.55 Predominantemente sintomas psicóticos maníacos

F1x.56 Misto

Para propósitos de pesquisa é recomendado que a mudança de um estado não-psicótico para um claramente psicótico seja mais

especificada como abrupta (início dentro de 48 horas) ou aguda (início em mais de 48 horas, mas menos de duas semanas).

F1x.6 Síndrome amnésica

- A. O comprometimento da memória se manifesta por ambos:
- (1) um defeito na memória recente (comprometimento da aprendizagem de material novo) em um grau suficiente para interferir na vida cotidiana e ☐₇₂
 - (2) capacidade reduzida de lembrar-se de experiências passadas. ☐₇₃
- B. Todos os seguintes estão ausentes (ou relativamente ausentes):
- (1) defeito na memória imediata (como testado, por exemplo, por um conjunto de números); ☐₇₄
 - (2) Obnubilação de consciência e perturbação da atenção, como definido em F05.-; ☐₇₅
 - (3) declínio intelectual global (demência). ☐₇₆
- C. Não há evidências objetivas de um transtorno ou doença cerebral outro presumido como responsável pelas manifestações clínicas descritas no critério A. ☐₇₇

F1x.7 Transtorno psicótico residual e de início tardio

- A. Os transtornos devem ser claramente relacionadas ao uso de substância. Quando o início da condição ou transtorno ocorrer subsequente deve demonstrar uma ligação entre eles. ☐₇₈

Comentários

As características de tais estados ou condições residuais devem ser claramente documentadas em termos de seu tipo, gravidade e duração(detalhes descritivos completos):

Um quinto caractere pode ser usado, se necessário, como segue:

- F1x.70 *Flashbacks* (revivescências)
- F1x.71 Transtorno de personalidade ou de comportamento
B. Os critérios gerais para F07.-, transtorno de personalidade e de comportamento decorrente de doença, lesão ou disfunção cerebral, devem ser satisfeitos. ☐₇₉
- F1x.72 Transtorno afetivo residual
B. Os critérios para F06.3, transtorno orgânico de humor (afetivo), devem ser satisfeitos. ☐₈₀
- F1x.73 Demência
B. Os critérios gerais para demência (F00-F03) devem ser satisfeitos. ☐₈₁
- F1x.74 Outro transtorno cognitivo persistente
B. Os critérios para F06.7, transtorno cognitivo leve, devem ser satisfeitos, exceto pela exclusão do uso de substância psicoativa no critério D. ☐₈₂
- F1x.75 Transtorno psicótico de início tardio
B. Os critérios gerais para transtorno psicótico, devem ser satisfeitos, exceto no início. ☐₈₃

F1x.8 Outros transtornos mentais e de comportamento

F1x.9 Transtorno mental e de comportamento, não especificado



Especialista em alcoolismo realiza palestra na UCPel

O professor Ronaldo Laranjeira, da Escola Paulista de Medicina, PhD pelo Instituto de Psiquiatria de Londres, e considerado o grande nome, na atualidade, sobre a doença alcoolismo e seu tratamento, realiza conferência, hoje, às 20h, no auditório Jandir Zanotelli, da UCPel, abordando: "O que é alcoolismo e como se trata?".

A vinda de Ronaldo Laranjeira a Pelotas foi organizada por alunos e profissionais que participaram de pesquisa sobre álcool ligada ao Mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A programação está prevista para iniciar às 19h45min, com as inscrições. Das 20h às 20h45min, o professor Laranjeira abordará "Conceitos sobre transtornos pelo uso de álcool". Um pequeno intervalo para o cafezinho e o evento prossegue com "Abordagens Terapêuticas", seguido de debate com o público.

Segundo os organizadores, a conferência está destinada a estudantes, residentes e profissionais da área de Saúde, mas pessoas da comunidade interessadas em conhe-



Dependência do álcool causa problemas a muita gente

cer mais a respeito do tema podem se inscrever. As vagas são limitadas. Estudantes pagam

R\$7,00, residentes pagam R\$10,00 e profissionais pagam R\$15,00.

Alcoolismo em debate hoje

Maior especialista do assunto no Brasil vem a Pelotas

O professor Ronaldo Laranjeira, da Escola Paulista de Medicina, PHD pelo Instituto de Psiquiatria de Londres, e considerado o grande nome, na atualidade, sobre a doença alcoolismo e seu tratamento, realiza conferência, hoje, às 20h, no auditório Jandir Zanotelli, da UCPel, abordando o tema O que é alcoolismo e como se trata?

A vinda de Ronaldo Laranjeira a Pelotas foi organizada

por alunos e profissionais que participaram de pesquisa sobre álcool ligada ao Mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A programação está prevista para iniciar às 19h45min, com as inscrições. Das 20h às 20h45min, o professor Laranjeira abordará Conceitos sobre transtornos pelo uso do álcool. Um pequeno intervalo para o cafezinho e o evento prossegue com Abordagens terapêu-

ticas, seguido de debate com o público.

Segundo os organizadores, a conferência está destinada a estudantes, residentes e profissionais da área de saúde, mas pessoas da comunidade interessadas em conhecer mais a respeito do tema podem se inscrever. As vagas são limitadas. Estudantes pagam R\$ 7,00, residentes pagam R\$ 10,00 e profissionais pagam R\$ 15,00. ■ ASSESSORIA/DP

**Congresso Brasileiro da Alcoolismo e Outras Dependências
Inscrição de Temas Livres
Resumo de trabalho**

Área temática:

Epidemiologia (5).

Título do trabalho:

Uma versão brasileira do instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): estudo piloto.

Resumo:

O AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) é um instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde para a identificação de transtornos pelo uso de álcool em cuidados primários. Sua importância clínica e para a pesquisa repousam no fato de que é capaz de identificar transtornos mesmo em fases iniciais (diferente dos outros instrumentos, que em geral identificam dependência de álcool) ou ainda o risco de desenvolver transtornos (baseado em um padrão de consumo).

Apesar de bastante utilizado em outros países, no Brasil, pela não existência de uma versão em português e adaptada para a nossa realidade, ele ainda não integra nossas pesquisas, nem rotinas de rastreamento clínico.

Durante o estudo epidemiológico realizado para validar o instrumento no Brasil, um estudo piloto foi realizado em uma unidade de atenção primária em Pelotas RS, onde, das 44 pessoas estudadas, 5 (11,36%) apresentaram escore acima de 7 (AUDIT positivo). Este estudo é apresentado, mostrando a versão utilizada e sua importância é discutida.

Autores/Apresentador:

Eduardo Brod Méndez; Maurício Silva de Lima; Maria Teresa Anselmo Olinto; **Rosecler Alice da Silva (autora apresentadora)**; Almir Borba de Bastos; Marina Peres Louzada; Richarles Borba de Bastos; Márcio Augusto Averbek; Eduardo Machado.

Organização:

Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas

Departamento de Medicina Social - Mestrado em Epidemiologia

Endereço para contatos: Eduardo Brod Méndez- Rua Marechal Deodoro 800/301 Pelotas – RS, CEP 96020 220. Fones (0532) 279515;(053) 9818542 FAX: (0532)228114 E-mail : mendezeb@ufpel.tche.br

**Jornada Gaúcha de Psiquiatria
Inscrição de Temas Livres
Resumo de trabalho**

Título

O diagnóstico dos Transtornos Pelo Uso de Álcool: dificuldades do uso clínico da CID - 10

Resumo

Em uma pesquisa epidemiológica com o objetivo de validar o instrumento AUDIT, para a identificação de transtornos pelo uso de álcool, o padrão-ouro utilizado foi o diagnóstico de transtornos pelo uso de álcool pela CID – 10.

A Classificação Internacional das Doenças, na sua décima revisão, criou 4 diferentes publicações para auxiliarem no processo diagnóstico: As Diretrizes Clínicas e Diagnósticas, Os Critérios Diagnósticos Para Pesquisa, As Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Cuidados Primários e os Casos Clínicos.

A entrevista diagnóstica utilizada neste estudo foi baseada em tais publicações. Foi realizado um treinamento, avaliação da concordância entre os entrevistadores, e após diagnosticadas uma amostra clínica de 272 pessoas em cuidados primários.

O processo de treinamento, concordância diagnóstica e utilização das publicações da CID –10 são apresentados e discutidos em relação à sua importância clínica.

Autores

Eduardo Brod Méndez; Maurício Silva de Lima; Almir Borba de Bastos; Alessandra Elene Dihel Branco dos Reis; Fernando Kratz Gazalle; Denise Winkler Simões Pires; Magda Regina Bernardi; Eduardo Mylius Pimentel; Rosecler Alice da Silva; Cristiane Hallal da Silva.

Artigo

UMA VERSÃO BRASILEIRA DO AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Autores

Eduardo Brod Méndez ¹

Maurício Silva de Lima ^{1;2}

Maria Teresa Anselmo Olinto ^{1;3}

Michael Farrell ⁴

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Social - Universidade Federal de Pelotas

² Departamento de Saúde Mental - Universidade Federal de Pelotas

³ Centro de Ciências de Saúde - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

⁴ National Addiction Center - Institute of Psychiatry – Londres, Reino Unido

Fontes de auxílios: FAPERGS (Bolsa de Iniciação Científica) e Centro de Pesquisas Epidemiológicas UFPel (financiamento para transporte).

Resumo

O AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para a identificação de transtornos pelo uso de álcool em cuidados primários. Sua importância clínica e para a pesquisa repousa no fato de que é capaz de identificar transtornos em estágios iniciais ou, ainda, o risco de desenvolver transtornos, sendo diferente de outros instrumentos como o CAGE, que, em geral, identificam apenas transtornos mais graves. Apesar de bastante utilizado em outros países, no Brasil, pela não-existência de uma versão em português validada e adaptada para a nossa realidade, o AUDIT ainda é muito pouco utilizado em pesquisas, ou em rotinas de rastreamento clínico. Este estudo foi realizado com o objetivo de elaborar uma versão adaptada do AUDIT em português e, após, testar o seu desempenho. Durante a elaboração do instrumento, levando em conta características socioculturais brasileiras e significado semântico das questões, quatro etapas foram realizadas: tradução com adaptações, estudo das quantidades de álcool contidas nos "drinks" típicos locais, retradução (backtranslation) e um estudo piloto. Para testar o desempenho da versão elaborada, foram entrevistadas 733 pessoas em uma unidade de atenção primária. Entre elas, 486 (66,3%) haviam ingerido alguma bebida alcoólica no último ano. Para esta amostra, foi aplicado o AUDIT e uma subamostra de 272 pessoas foi avaliada através de uma operacionalização dos Critérios Diagnósticos para Pesquisa da CID - 10. Entre as pessoas diagnosticadas como tendo Uso Nocivo de Álcool ou transtornos mais graves, 87,8% tiveram um escore, no AUDIT, de 10 ou mais, e 80,3 % das pessoas sem estes transtornos tiveram um escore menor do que 10. Este estudo sugere que esta versão do AUDIT é viável e válida para uso clínico e para pesquisa na detecção de transtornos pelo uso de álcool em atenção primária no Brasil.

Descritores

AUDIT; Questionário; Rastreamento; Álcool; Validação; Sensibilidade; Especificidade; Dependência; Uso Nocivo; Uso de Risco

Abstract

The AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) has been developed from a WHO project as a screening instrument for alcohol use disorders in primary care. Its clinical and research importance relies on its ability to identify not only severe alcohol use disorders like most instruments as the CAGE, but also a broader range of alcohol related problems including early stages or even the risk of developing problems. Although it has been used in several countries, as there isn't a validated Portuguese version adapted to Brazilian's sociocultural characteristics, it still doesn't take place in Brazilian researches nor screening routines. The aim of this study was to develop and validate an adapted version in Portuguese. During the development of the version, taking into account semantic meaning and sociocultural factors, four steps were followed: translation with adaptations, study of the drinking customs and beverages preferences, backtranslation and a pilot study. In order to test the version 733 persons from a primary care unit were interviewed. The 486 (66,3) who have had at least a drink during the previous year answered to the AUDIT questions. A subsample of 272 people was evaluated according to an operationalization of the ICD - 10 Diagnostic Criteria for Research. Among those diagnosed as having Harmful Alcohol Use or more severe diagnosis, 87,8% had an AUDIT score of 10 or more, and 80,3% of those not diagnosed as having these disorders had a score of less than 10. These data suggest this version of the AUDIT is a feasible and valid instrument for screening and research of alcohol use disorders in primary care settings in Brazil.

Uniterms

AUDIT; Test; Identification; Alcohol; Screening; Validation; Harmful Use; Hazardous Use; Dependence.

Introdução

No Brasil, como nos mais diversos países do mundo, os transtornos pelo uso de álcool vêm sendo alvo de pesquisadores que estudam sua ocorrência em distintas populações, a amplitude de suas manifestações e a necessidade de intervenções do ponto de vista de saúde pública. Estudos epidemiológicos sobre o tema, utilizando diferentes instrumentos e classificações, vêm mostrando o quanto as ocorrências destes transtornos são freqüentes e acarretam importantes conseqüências físicas e psicológicas para os indivíduos, desordens familiares, utilização dos serviços de saúde e problemas sociais e econômicos para a nação (1,2,3).

Com o objetivo de detectar precocemente as pessoas com transtornos devidos ao uso de álcool, e assim possibilitar intervenções que previnam problemas relacionados ao seu uso, a Organização Mundial da Saúde criou o instrumento AUDIT. É um questionário breve e de fácil aplicação, composto de 10 perguntas, consistente com a definição da CID-10 de uso nocivo e dependência de álcool. A grande diferença em relação a outros instrumentos desenvolvidos é que o AUDIT, baseado no consumo de álcool, é capaz de identificar pessoas que, mesmo não classificadas como apresentando dependência ou uso nocivo, apresentem risco aumentado de desenvolver problemas. O CAGE, por exemplo, um dos instrumentos mais utilizados em estudos conduzidos no Brasil (1), é útil na detecção de pessoas com problemas avançados e crônicos devido ao uso de álcool. O rastreamento clínico com o CAGE pode levar a medidas como encaminhamento para tratamento formal; o rastreamento com o AUDIT, por sua vez, pode levar a intervenções

preventivas, simples porém efetivas, realizadas por diferentes trabalhadores em atenção primária, como educação e aconselhamento em saúde. Além disso, o AUDIT avalia consumo de álcool recente, o que faz mais sentido clínico quando o objetivo é intervenção, enquanto o CAGE pode identificar pessoas com transtornos no passado (4,5).

Quando comparado a pelo menos outros 22 instrumentos auto-aplicáveis para rastreamento de transtornos pelo uso de álcool, o AUDIT foi considerado aquele que apresenta as características psicométricas mais sofisticadas (6).

O AUDIT foi criado em um projeto colaborativo entre seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos), com o objetivo de ser utilizado em diferentes realidades socioculturais e econômicas. Foram estudadas 150 perguntas, aplicadas a 1888 pessoas atendidas em atenção primária. Além de levar em conta aspectos operacionais, a seleção dos 10 itens do questionário foi guiada por análise estatística, baseada na representatividade de cada questão para as propriedades conceituais almejadas. Estas perguntas ficaram divididas em quatro grupos que investigam medidas de consumo de álcool, comportamento de ingesta (sintomas de dependência), reações adversas da ingesta e problemas relacionados ao álcool. As respostas, ao invés de "sim" ou "não", variam de "nunca" até "diariamente", gerando escores de 0 a 4 por questão e de até 40, ao todo. Dois pontos de corte foram sugeridos inicialmente: 8 ou 10. No primeiro, 92% das pessoas com transtornos ou risco pelo uso de álcool tinham o escore no AUDIT

igual ou superior a 8, e 94% das pessoas não classificadas como tendo transtornos tinham um escore menor do que 8 (5).

Apesar do seu desenvolvimento relativamente recente, o AUDIT encontra-se em quarto lugar mundial entre os instrumentos de rastreamento para transtornos pelo uso de álcool, em termos de pesquisas geradas. É superado entre outros, pelo CAGE, disponível há muito mais tempo(6).

No Brasil, em 1997, em um estudo delineado apenas para avaliar prevalência de transtornos pelo uso de álcool em um hospital da Escola Paulista de Medicina, uma tradução do AUDIT foi utilizada(7). Esse estudo visava a fundamentar a necessidade de um serviço de interconsulta especializada, e não testou as propriedades do instrumento. Esta, porém, foi uma iniciativa isolada e, provavelmente por não existir de uma versão validada e adaptada para as características socioculturais locais, o instrumento praticamente ainda não é utilizado em pesquisas, nem em rotinas de rastreamento clínico.

Em 1998, pelo menos duas recomendações do uso do AUDIT no Brasil apareceram em literatura científica local. O instrumento foi citado como capaz de, ao proporcionar uma simples e eficaz forma de identificar transtornos relacionados ao álcool, aumentar o envolvimento da clínica médica na abordagem destes transtornos, sendo indicado como uma medida de saúde pública para o Brasil (8). Também neste mesmo ano, foi publicada uma versão em português da CID - 10, denominada "Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários" onde é sugerido

ao profissional de atenção primária utilizar o AUDIT como ferramenta de rastreamento(9).

Este estudo foi realizado com o objetivo de elaborar uma versão do AUDIT, levando em conta características socioculturais brasileiras e o significado semântico das questões, e, após, testar o seu desempenho, comparando-a a uma avaliação diagnóstica semi-estruturada, a partir dos Critérios diagnósticos para pesquisa da CID-10.

Metodologia

A metodologia utilizada neste estudo seguiu duas fases. Na primeira, foi elaborada uma versão do AUDIT adaptada para a realidade local. Na segunda, foi avaliado seu desempenho, comparando-o a uma entrevista diagnóstica.

Elaboração de uma versão do AUDIT adaptada para a realidade brasileira

Durante a elaboração da versão brasileira do instrumento, levando em conta características socioculturais locais e o significado semântico das questões, quatro etapas foram realizadas: tradução com adaptações, estudo das quantidades de álcool contidas nos "drinks" típicos locais, retradução (backtranslation) e um estudo piloto testando a versão na prática.

Tradução com adaptações - Para a obtenção da versão em português adaptada para a realidade brasileira, o questionário AUDIT foi inicialmente traduzido pelo coordenador da pesquisa. Para fazer adaptações tecnicamente apropriadas das questões, o processo de tradução levou em conta o que a OMS objetiva investigar em cada uma delas.

Uma outra adaptação local feita foi em relação à aplicação do instrumento. Em função do baixo nível de escolaridade característico das pessoas que utilizam os serviços de atenção primária no Brasil, ao invés da auto-aplicação do instrumento, foi decidida a realização de leitura das perguntas e marcação das respostas por entrevistadores, como foi realizado no estudo de validação do SRQ no Brasil (10).

Estudo das quantidades de álcool contidas nos “drinks” típicos locais - Para a investigação de consumo alcoólico de risco, na questão número 2, que avalia a quantidade tipicamente ingerida de álcool, devem ser consideradas as “doses” contidas nos “drinks” típicos do local. Uma “dose” típica é considerada como tendo 10 g de álcool (etanol), podendo diferir de 25% desta quantidade.

Buscando o conhecimento dos parâmetros locais, isto é, as bebidas alcoólicas mais consumidas em bares situados na região do posto de saúde, no qual posteriormente o AUDIT seria utilizado, e os recipientes nos quais são servidas, foram investigados 11 bares. Essa investigação adicional mostrou que bebidas alcoólicas são servidas para serem consumidas no balcão em quatro tipos principais de copos, além de garrafas serem disponíveis para a compra. A partir destes resultados, foi então construído um quadro operacionalizando essas “doses”. Este quadro foi incluído no instrumento (Anexo) para ser consultado pelo entrevistador durante sua aplicação, evitando, desta forma, interpretações pessoais quanto às quantidades.

Retradução (*backtranslation*)- A fim de avaliar a acurácia da tradução do instrumento original, a versão em português foi novamente reproduzida para o Inglês (*backtranslation*) por uma professora universitária de Língua Inglesa e Portuguesa, que também possui formação psiquiátrica. Esta retradução foi considerada comparável com o original em inglês.

Estudo Piloto com a versão do AUDIT- Para testar na prática a versão até então obtida do AUDIT, um estudo piloto foi realizado. Este serviu de treinamento para o estudo que seria realizado posteriormente, com o objetivo de avaliar o desempenho do instrumento. Procurou-se então reproduzi-lo em

menor escala, utilizando os mesmos entrevistadores, local onde foi realizado e as demais variáveis a serem investigadas.

Para atuar como entrevistadores, foram selecionados alunos de graduação do curso de Medicina da UFPel. Durante o treinamento, foram testadas e discutidas a compreensão das perguntas e a marcação das respostas.

No posto de saúde selecionado, as pessoas foram então entrevistadas a respeito de características socioeconômicas e demográficas, familiares e comportamentais, incluindo o consumo de álcool. O AUDIT foi aplicado para as pessoas que tinham ingerido alguma bebida contendo álcool pelo menos em uma ocasião durante o ano anterior à entrevista.

Após o estudo piloto foram discutidas as questões que apresentaram maior dificuldade de compreensão e alguns detalhes foram modificados. A expressão "com que frequência?", presente na maioria das questões, precisou de diferentes adaptações. Na questão número 4, a expressão "parar de beber", que se referia a interromper a ingesta momentaneamente, foi modificada para "controlar a quantidade de bebida". Isto foi realizado pelo fato de a expressão "parar de beber" ter sido freqüentemente confundida com a expressão "largar a bebida", ambas culturalmente fortes, significando a necessidade de os alcoolistas absterem-se de beber. Tais modificações foram acrescentadas sob forma de sugestão na versão final do instrumento (Anexo).

Avaliação do desempenho do questionário AUDIT, comparando-o a uma entrevista diagnóstica

Obtida a versão final adaptada do instrumento (Anexo), seu desempenho foi avaliado em duas etapas que foram posteriormente comparadas. Na primeira etapa, foram identificados transtornos pelo uso de álcool utilizando o AUDIT em uma amostra clínica de um serviço de atenção primária. Na segunda etapa, foram identificados transtornos pelo uso de álcool utilizando uma entrevista diagnóstica baseada nos Critérios Diagnósticos para Pesquisa da CID - 10, em uma subamostra dessa população.

Identificação de transtornos pelo uso de Álcool utilizando o questionário AUDIT

- O Posto de Saúde Navegantes foi o serviço de atenção primária selecionado para o estudo. Situa-se na periferia da cidade de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, e presta atendimento durante os turnos da manhã, tarde e noite.

O cálculo do tamanho da amostra necessária para esta investigação foi baseado nos resultados do estudo piloto. O objetivo era obter cerca de 100 casos de AUDIT positivo (ponto de corte 8) e o mesmo número de negativos, para a etapa de comparação com a entrevista diagnóstica.

Estimando uma prevalência de cerca de 20 % de AUDIT positivo entre as pessoas que ingeriram álcool no último ano (cerca de 75% das pessoas entrevistadas), seria necessário entrevistar cerca de 700 pessoas e, assim, encontrar um número de casos suficiente, incluindo um acréscimo para perdas e recusas. O período estimado para o estudo foi de cerca de 3 meses. Isto

porque um entrevistador iria ao posto em cada turno de atendimento, quando realizaria cerca de 4 entrevistas, sendo 2 para cada sexo. Em função de os transtornos em estudo ocorrerem mais freqüentemente no sexo masculino, eram priorizadas as duas entrevistas com homens, sempre que encontrados, já que estes utilizam os postos de saúde em menor freqüência do que as mulheres. A amostragem obedeceu a uma seleção baseada na ordem de atendimento e apresentou 1,5% de recusas.

Para realizar a entrevista contendo o AUDIT, foram selecionados e treinados 15 alunos de graduação do Curso de Medicina, e para supervisionar o trabalho de campo uma bolsista de iniciação científica, também acadêmica de Medicina.

A população-alvo do estudo eram as pessoas com idade acima de 15 anos, moradoras no bairro Navegantes (por questões logísticas da etapa da avaliação diagnóstica), que estivessem consultando no posto de saúde. Mulheres grávidas ou que estivessem consultando com ginecologista/obstetra eram excluídas em função da abstinência de álcool prescrita nestas situações. Por tratar-se de uma população que constantemente retorna ao serviço, os entrevistadores tinham o cuidado de não incluir pessoas que tivessem participado do estudo piloto ou já tivessem respondido ao questionário anteriormente.

O instrumento, contendo variáveis de identificação, demográficas, socioculturais, econômicas e comportamentais, foi dividido em duas partes. A primeira era respondida pelas pessoas que preenchessem os critérios de inclusão. A segunda, que continha o questionário AUDIT, somente era aplicada

para as pessoas que tinham ingerido alguma bebida contendo álcool, pelo menos, em uma ocasião durante o ano anterior à entrevista. Contendo 59 questões, o tempo total de aplicação do questionário era de cerca de 10 a 15 minutos.

Como controle de qualidade das entrevistas e para avaliação teste-reteste do AUDIT, uma segunda entrevista era realizada em 5% das pessoas da amostra, sistematicamente selecionadas, nos domicílios. Eram refeitas algumas questões da entrevista geral, incluindo questões do AUDIT, e as respostas comparadas, avaliando-se o grau de concordância. Foi encontrada inconsistência nas respostas em 5,4% dos questionários refeitos.

Diagnóstico de Transtornos pelo Uso de Álcool utilizando uma entrevista baseada nos Critérios Diagnósticos para Pesquisa da CID - 10 - Para a realização da entrevista diagnóstica, foram selecionados psiquiatras, médicos residentes em psiquiatria e alunos de graduação do Curso de Medicina a partir do décimo semestre (por já terem adquirido noções sobre entrevista psiquiátrica durante a disciplina de Psiquiatria).

Devido ao fato de o AUDIT ser compatível com as definições da CID-10 de Dependência e Uso Nocivo de Álcool, as versões dessa classificação foram consideradas como as mais apropriadas para este estudo. Utilizou-se como referência para o "padrão ouro" a ser comparado com o teste, o capítulo sobre álcool da versão em português dos Critérios Diagnósticos para Pesquisa da CID-10, organizado pela OMS (11). Conforme recomendado, foi utilizada como complemento a publicação das Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (12). Com isso foi evitada a utilização do DSM-III-R, apesar de ser mais prático

operacionalmente, e de os diagnósticos categóricos gerados por ambos serem comparáveis (13).

O treinamento começou através da operacionalização da entrevista. Durante o treinamento, muitas dúvidas surgiram e foram discutidas, alguns aspectos operacionais buscando uniformizar os procedimentos e raciocínio foram abordados e incluídos (por exemplo como proceder quando um familiar está presente e inibe as informações ou como registrar quando a pessoa entrevistada aparenta estar escondendo informações). Elaborou-se, portanto, um instrumento que era consultado durante a entrevista, acrescentando alguns dos aspectos das discussões. Caso algum dos critérios do transtorno em hipótese não estivesse claramente estabelecido a partir do relato espontâneo das pessoas, buscava-se esclarecimento através de perguntas mais abertas, as quais foram sempre priorizadas a uma simples "checagem de sintomas".

O processo diagnóstico foi treinado com 4 casos clínicos procedentes da publicação da CID. Os casos eram avaliados e os diagnósticos codificados individualmente, e, após, discutidos por todo o grupo. Após, cada entrevistador realizou duas entrevistas que foram gravadas e escritas, uma em forma de caso clínico aos moldes da CID, e outra sob forma de entrevista dialogada. O objetivo era se discutir tanto aspectos de classificação, como da forma da entrevista. Procedendo-se da mesma forma como durante o processo realizado com os casos clínicos, avaliou-se o nível de concordância diagnóstica entre todas os entrevistadores. Para o processo de avaliação de concordância, foi considerado como diagnóstico correto o do psiquiatra mais experiente. A concordância diagnóstica entre os entrevistadores foi calculada levando-se em

conta o fato de que durante o processo diagnóstico de transtornos pelo uso de álcool, as pessoas eram classificadas em uma entre várias categorias. O índice de Kappa em 25% dos entrevistadores foi de 0,75, o que é classificado como bom; nos demais, variou de 0.82 a 0.94, índices considerados muito bons.

Para a obtenção da subamostra que seria submetida à realização da entrevista diagnóstica, todos os questionários realizados durante uma semana eram divididos pela supervisora do trabalho de campo, em função do seu escore em dois grupos: os considerados como "AUDIT positivo" (que obtiveram escore acima de 7) e os "AUDIT negativo" (com escore até 7). Todos os AUDIT positivos eram então incluídos na subamostra juntamente com o número equivalente de AUDIT negativos, selecionados, através de sorteio, por amostragem aleatória simples.

Uma vez selecionadas, todas as sextas-feiras, as pessoas que passariam para a segunda parte, eram entregues fichas, aos entrevistadores, contendo apenas seus dados de identificação, para que as realizassem nos domicílios das pessoas durante os finais de semana. Devido a dificuldades na localização e acesso a muitos dos domicílios, antes de que os entrevistadores se deslocassem para localizar as pessoas selecionadas para a entrevista, elas eram contatadas por "batedores" - estagiários com a função de explorar o campo. Realizando tantas buscas quanto necessárias e contando com a ajuda de líderes e agentes de saúde comunitários, os batedores constataram que 11,25% das pessoas inicialmente destinadas a serem entrevistadas haviam informado o endereço errado, porque apenas as pessoas que moram no bairro têm direito de consultar no posto. Por não pertencerem à população-alvo, estas

peessoas foram excluídas da subamostra e também seus questionários foram excluídos da amostra. A taxa de perdas e recusas na realização das entrevistas foi de 4,2%.

Também com a entrevista diagnóstica foi realizado controle de qualidade, submetendo 5% destas pessoas, selecionadas por amostragem sistemática, a nova avaliação psiquiátrica, realizada exclusivamente por um dos psiquiatras, sendo encontrado um índice de Kappa de 0,52, considerado moderado.

Comparação do teste AUDIT com o diagnóstico pela CID - 10 - Para avaliar como se relacionaram as duas medidas de desfecho, escore no AUDIT e diagnóstico pela CID-10, os dados, digitados e processados no programa Epi info versão 6.0, foram analisados no programa SPSS for windows versão 8.0.

Através de ANOVA, foram comparadas as médias de AUDIT entre categorias distintas das características demográficas e socioeconômicas da amostra.

Foram comparadas as distribuições das médias de AUDIT pelas categorias diagnósticas encontradas entre homens e mulheres.

As proporções de pessoas agrupadas por escores no AUDIT, considerados como pontos de corte, foram comparadas com todas as categorias diagnósticas encontradas pela CID-10.

Para os cálculos dos índices de avaliação do AUDIT nos pontos de corte recomendados e em outros, foram utilizadas, como diagnóstico "positivo", apenas as categorias a partir de Uso Nocivo até as mais graves (sendo que as

peessoas que tiveram diagnóstico de Transtorno de Abstinência, com ou sem Delirium, também tinham o diagnóstico de Dependência).

No programa Excell, versão 97, foi construída a representação gráfica da Curva ROC, buscando-se o equilíbrio entre os níveis de sensibilidade e especificidade máximos.

Resultados

Foram entrevistadas 733 pessoas, sendo 46,7% do sexo masculino. Metade da população tinha idade entre 19 e 45 anos. As pessoas não-brancas foram quase tão frequentes quanto as brancas. A maior parte das pessoas vivia com alguém. Apenas um quarto das pessoas não tinha uma religião. As condições socioculturais encontradas foram baixas, conforme freqüentemente ocorre nas comunidades periféricas onde os postos de saúde se localizam. A quinta parte das pessoas não chegou a ter nem um ano completo de estudo. Metade das pessoas realizava algum tipo de trabalho remunerado sendo que a renda familiar foi maior do que 5 salários mínimos em cerca de 15% das pessoas (Tabela 1).

Haviam consumido bebidas contendo álcool no último ano 489 pessoas (66,8%), às quais foi aplicado o AUDIT. Das pessoas que responderam ao AUDIT resultou a subamostra constituída de 272 pessoas que foi comparada à avaliação diagnóstica. As médias de escore no AUDIT mostraram-se significativamente mais altas apenas entre as pessoas do sexo masculino, as com idade entre 19 e 45 anos e as sem religião (Tabela 1).

Através da avaliação das médias de AUDIT por categorias diagnósticas dos transtornos da CID-10, foram encontradas diferenças significativas e crescentes conforme a gravidade do transtorno para ambos os sexos (Tabela 2).

A tabela 3 mostra os estratos por escores no AUDIT, baseados em pontos de corte estudados, pelas categorias diagnósticas. Observa-se que as

peessoas das duas primeiras categorias diagnósticas classificadas pela CID-10 como “Sem transtorno” ou como “Intoxicação aguda”, estão distribuídas entre todos os grupos de escores de AUDIT. Isto sugere não haver uma relação bem estabelecida entre estas categorias diagnósticas e os baixos escores no AUDIT. Caso elas medissem, como o AUDIT, uso alcoólico de risco para desenvolver problemas, seria esperado que as pessoas com esses diagnósticos se concentrassem nos estratos de escores mais baixos. Já as pessoas das outras categorias diagnósticas, as quais são compostas de transtornos mais graves, mostraram escores de AUDIT consistentemente mais altos, e crescentes conforme a gravidade.

Com base na limitação do diagnóstico de “Intoxicação aguda”, conforme tem sido realizado nos estudos que validaram o AUDIT (6), apenas os transtornos mais graves foram levados em consideração como medida de comparação para avaliação do desempenho do teste (Tabela 4). O ponto de corte 10, um dos sugeridos pela OMS, foi o que obteve os maiores níveis de sensibilidade e especificidade para o teste na identificação de “Uso Nocivo de Álcool” ou transtornos mais graves. Entre as pessoas diagnosticadas como apresentando esses transtornos, 87,8% tiveram um escore no AUDIT de 10 ou mais, enquanto que 80,3% das pessoas sem esses transtornos tiveram um escore menor do que 10. Na figura 1 pode ser observado que também o ponto de corte 12 resultou em boas características de avaliação do teste, segundo a representação gráfica da curva ROC - ganhando especificidade, porém perdendo sensibilidade, o que é menos desejável para uso de rastreamento.

Discussão

O processo de elaboração da versão local do instrumento permitiu a visualização de inúmeros detalhes importantes, que necessitam ser levados em conta com o objetivo de manter o instrumento compreensível e capaz de medir acuradamente as mesmas variáveis para o qual foi criado. As adaptações realizadas minimizam o viés de aferição (do instrumento) e o viés do entrevistador. O viés do instrumento ocorreria, por exemplo, se os "drinks" de cachaça, que possuem três "doses", fossem considerados como contendo apenas uma. O viés do entrevistador ocorreria se, frente a não-compreensão, por exemplo, da pergunta "com que frequência?", cada entrevistador elaborasse o seu jeito de explicar, gerando, assim diferentes significados para a questão, consequentemente, medindo-a de forma inadequada.

Conforme recomendação da OMS (5) não basta a tradução literal das questões para que o instrumento seja utilizado em outra língua. Uma versão em Tailandês foi desenvolvida e utilizada naquele país (14), porém não se tem acesso às modificações tampouco à versão final, apenas é citada a metodologia utilizada. No presente estudo são apresentadas as modificações e recomendações realizadas e suas justificativas. Isto favorece a utilização do AUDIT para futuros estudos no Brasil pois, se, devido às diferenças regionais dentro do país, adaptações locais forem necessárias, estas poderão ser realizadas utilizando as informações descritas.

A frequência e a quantidade em que são ingeridas bebidas alcoólicas e a variabilidade desta ingesta são aspectos relevantes, especialmente quando se deseja identificar pessoas, mesmo ainda não sendo classificadas como

portadoras de transtornos pelo uso de álcool, em risco de apresentar problemas relacionados ao seu uso. As formas como estas variáveis vem sendo medidas têm sido questionadas. Têm sido apontadas limitações dos processos utilizados para este fim e recomendadas melhoras na apuração destas medidas (15). As três questões do AUDIT com a finalidade de medir consumo de álcool foram consideradas apresentar de moderada a boa validade, porém excelentes confiabilidade e responsividade a mudanças do consumo (16). Neste estudo, respeitando as características do instrumento, durante o processo de elaboração da versão brasileira do AUDIT, procurou-se avaliar consumo de álcool o mais precisamente possível.

Em relação à avaliação do desempenho desta versão, suas características gerais, para uso em atenção primária, de sensibilidade e especificidade encontradas para os pontos de corte 8, 10 e 12 na detecção de Uso Nocivo e transtornos mais graves mostraram-se, quando comparadas às encontradas em inúmeros outros estudos de validação, aceitáveis e, em alguns casos, mais satisfatórias (6). Estes pontos de corte foram avaliados como preditores de vários problemas decorrentes do uso de álcool, como problemas físicos e sociais relacionados ao uso de álcool, bem como hospitalizações (17).

Em geral os níveis dos elementos da acurácia do teste no estudo que originou e validou o instrumento não vêm sendo atingidos. Isto ocorre porque o ideal seria avaliar o desempenho do teste utilizando, como padrão ouro, um conjunto de dados obtidos através de inúmeras avaliações realizadas longitudinalmente. Este padrão-ouro é denominado padrão LEAD (Longitudinal Evaluation using all Available Data). O LEAD engloba uma completa avaliação

diagnóstica de todos os indivíduos que responderam ao teste, através de entrevista diagnóstica semi-estruturada, dados de laboratório, entrevistas com outras pessoas e registros médicos para chegar ao critério diagnóstico contra o qual o teste foi validado.

Se, por um lado, não se tem conseguido validar as capacidades deste instrumento para o uso alcoólico de risco associado com o desenvolvimento de problemas, como no estudo que o originou, pode-se dizer que ele tem atingido características ao menos tão satisfatórias quanto as de outros instrumentos, na detecção da Dependência de Álcool, como o CAGE. Neste estudo o Uso Nocivo foi incluído, bem como os transtornos mais graves como o "Transtorno de Abstinência" e o "Transtorno de Abstinência com Delirium", mostrando uma das vantagens do AUDIT: a capacidade de relacionar seus níveis de escore com níveis de gravidade dos transtornos.

Na prática clínica, mesmo as pessoas com transtornos bem estabelecidos são freqüentemente subdiagnosticadas. Devido à necessidade de classificação para transtornos pelo uso de álcool, a própria versão da CID-10 para cuidados primários recomenda o uso do AUDIT em atenção primária. Pessoas sem diagnóstico pela classificação da CID-10 ou com o diagnóstico de "Intoxicação por álcool", habitualmente consideradas como não-casos, se avaliadas através do AUDIT, poderiam ser classificadas como apresentando consumo alcoólico de risco, e algum tipo de intervenção precoce poderia ser realizada (18). Na verdade, levando-se em conta a forma como o AUDIT foi elaborado, poder-se-ia considerar que seu desempenho para "diagnóstico"

clínico, pode ser mais simples, útil e superior ao da CID-10 e DSM-IV, instrumentos tidos, até então, como "padrão-ouro".

Embora tenham sido encontradas algumas diferenças no desempenho do instrumento entre os sexos, religiões e faixas etárias neste estudo, um estudo realizado nos EUA, delineado especificamente para avaliar possíveis diferenças raciais, étnicas e de gênero, ajustadas para a idade, não encontrou-as. A análise através da curva ROC demonstrou que não haveria necessidade de diferentes pontos de corte para essas categorias. O que ocorre são diferenças no espectro de problemas relacionados ao álcool em subgrupos (19).

Seria útil a comparação do desempenho do AUDIT com o do CAGE, já que é um instrumento bastante utilizado no nosso meio. O CAGE, em serviços de emergência, não teve uma performance tão boa quanto o AUDIT em relação a sensibilidade e área sob a curva ROC (20).

Este estudo viabiliza a utilização do AUDIT no Brasil tanto como instrumento clínico quanto para pesquisa. O rastreamento com o AUDIT justifica-se, por ser rápido, barato, sensível e por possibilitar intervenção. Em pesquisas, seria útil para nortear campanhas, políticas, investimentos, ampliar as medidas públicas em saúde voltado-as para a prevenção.

A versão brasileira do AUDIT traz consigo o apelo para que seja reforçada, também neste país, uma mudança do foco de atenção em relação ao alcoolismo como uma entidade clínica. É necessário transcender o tema para uma perspectiva de saúde pública que enfatiza a detecção precoce de

uma ampla faixa de problemas relacionados ao álcool, onde apenas um dos quais é o alcoolismo crônico.

Anexo - A versão Brasileira do AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool?

(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
-----------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?

(0) 1 ou 2 "doses"	(1) 3 ou 4 "doses"	(2) 5 ou 6 "doses"	(3) 7 a 9 "doses"	(4) 10 ou mais "doses"
--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	------------------------
3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido ?

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua "com que frequência" por "quantas vezes por ano, mês ou semana"; nas de 4 a 8, substitua por "de quanto em quanto tempo".
- Nas questões de 4 a 8, caso não seja compreendido, substitua "durante o último ano" por "desde o mês de ____ (corrente) do ano passado".
- Na questão 3, substitua "seis ou mais doses" pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é(são) consumida(s). Ex. ... "três garrafas de cerveja ou mais"...

(Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em "doses", baseado no quadro abaixo)

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES"
VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 "DOSES" ou 1 garrafa - 8 "DOSES"
CACHAÇA, VODCA, UÍQUE ou CONHAQUE: 1 "martelinho" (60ml) - 2 "DOSES"
 1 "martelo" (100ml) - 3 "DOSES" ou 1 garrafa - mais de 20 "DOSES"
UÍQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 "dose de dosador" (45-50ml) - 1 "DOSE"

Tabela 1 - Distribuição da amostra e médias de escores no AUDIT segundo características socioeconômicas e demográficas. Pelotas, 1999.

Característica		Frequência (%)	AUDIT (médias)	Valor p**
Sexo	Masculino	342 (46,7)	8,6	<0,001
	Feminino	390 (53,2)	3,3	
Idade	15 – 18 anos	81 (11,1)	4,8	0,03
	19 – 45 anos	385 (52,5)	6,8	
	Mais do que 45	263 (35,9)	5,3	
Cor da pele	Brancos	422 (57,6)	5,9	0,69
	Não brancos	309 (42,2)	6,2	
Estado Marital	Vive com alguém*	438 (59,7)	5,8	0,39
	Vive sozinho +	283 (38,6)	6,4	
Religião	Nenhuma	179 (24,4)	7,0	0,03
	Católica	298 (40,7)	5,2	
	Outra	244 (33,4)	6,4	
Anos de estudo Completos	Nenhum	150 (20,5)	6,0	0,43
	De 1 a 3	138 (18,8)	6,7	
	De 4 a 7	311 (42,4)	6,2	
	8 ou mais	105 (14,3)	5,0	
Ocupação	Trabalho remunerado	363 (49,5)	6,6	0,06
	Sem remuneração	357 (48,7)	5,4	
Renda familiar §	Até 1 S. M.	132 (18,9)	6,0	0,82
	1,02 – 2	163 (23,3)	5,9	
	2,01 – 3	141 (20,2)	6,2	
	3,01 – 5	159 (22,7)	6,6	
	Mais do que 5	104 (14,9)	5,4	
Total		733 (100)	489 (66,8%)	

*Casado ou em união

+ Solteiro, viúvo ou separado

§ Durante o período em estudo, o salário Mínimo no Brasil era cerca de US\$ 100,00

**Teste F (ANOVA)

Tabela 2 - Médias de escores no AUDIT entre as categorias diagnósticas segundo gênero. Pelotas, 1999.

Diagnóstico	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
S/ transtorno	5,6 (40)	2,5 (52)	3,9 (92)
Intoxicação	9,0 (78)	6,0 (53)	7,8 (131)
Uso nocivo	8,9 (5)	10,0 (1)	9,0 (6)
Dependência	18,7 (28)	2,0 (1)	18,1 (29)
T. Abstinência*	26,7 (12)	26,0 (2)	26,6 (14)

Teste F (ANOVA) com tendência linear < 0,001 para todas as categorias

* com ou sem Delirium

Tabela 3 - Distribuição da subamostra por escores agrupados de AUDIT conforme avaliação diagnóstica pela CID – 10. Pelotas, 1999.

Diagnóstico	Categorias de escores no AUDIT				Total (%)
	0 a 7	8 a 9	10 a 15	16 ou +	
S/ transtorno	76	9	4	3	92 (33,8)
Intoxicação	63	31	27	10	131 (48,2)
Uso nocivo	2	1	3	-	6 (2,2)
Dependência	2	1	7	19	29 (10,7)
Abstinência	-	-	1	13	14 (5,1)
Total (%)	143 (52,6)	42 (15,4)	42 (15,4)	45 (16,5)	272 (100,0)

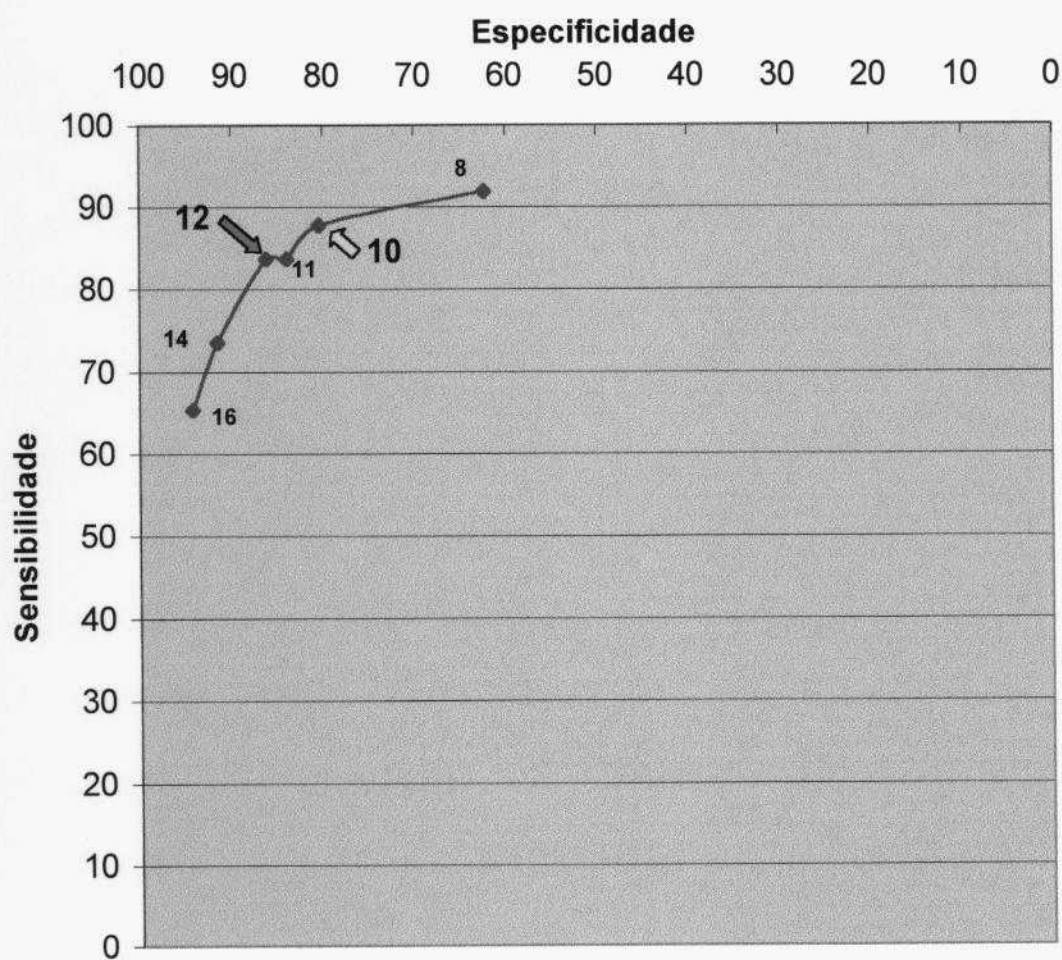
χ^2 de Pearson com $p < 0,001$

Tabela 4 - Características do desempenho do AUDIT, em diferentes pontos de corte, para identificar, no último ano, transtornos pelo uso de álcool (Uso Nocivo de Álcool ou transtornos mais graves). Pelotas, 1999.

Característica	Pontos de corte					
	8	10	11	12	14	16
Sensibilidade	91,8	87,8	83,7	83,7	73,5	65,3
Especificidade	62,3	80,3	83,9	86,1	91,5	94,2
Acurácia	67,6	81,6	83,9	85,7	88,2	89,0
Valor preditivo +	34,9	49,4	53,2	56,9	65,5	71,1
Valor preditivo -	97,2	96,8	95,9	96,0	94,0	92,5
Erro de Classificação	32,4	18,4	16,1	14,3	11,8	11,0

χ^2 de Pearson em todos os pontos de corte com $p < 0,001$

Figura 1. Curva ROC do desempenho do AUDIT, em diferentes pontos de corte, para identificar Uso Nocivo de Álcool e transtornos mais graves. Pelotas, 1999.



Referências

1. Lima MS. Epidemiologia do alcoolismo. In: Ramos SP, editor. Alcoolismo hoje. 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.45-64.
2. Laranjeira R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. J Bras Psiqu 1996; 45 (4) 191-9.
3. Bertolote, JM. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: Ramos SP, editor. Alcoolismo hoje. 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.131-140.
4. Saunders JB, Aaslang OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction 1993; 88:791-804.
5. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. WHO/PSA/92 1992;4:1-29.
6. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res 1997;4(6):13-9.
7. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? J Bras Psiqu 1997; 46(11): 589-93.

8. Laranjeira R. O álcool na clínica médica[editorial]. Rev Ass Med Brasil 1998; 44(3):167-8.
9. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Diretrizes diagnósticas e de tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
10. Mari JJ, Willians P. A Validity Syudy of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. Br J Psychiatry 1986;148:23-6.
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Critérios diagnósticos para pesquisa. Trad.: Maria Lúcia Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
13. Mellsop GW, Thomas CS, Ellis PM, Purdie G, Crawshaw J, Mendis N. Reliability of the draft diagnostic criteria for research of ICD-10 in comparison with ICD-10 and DSM-III-R. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:332-5.
14. Lapham SC, Skipper BJ, Brown P, Chadbunchachai W, Suriyawongpaisal P, Paisarnsilp S. Prevalence of alcohol problems among emergency room patients in Thailand. Addiction 1998; 93(8):1231-9.

15. Dawson DA. Measuring Alcohol Consumption: limitations and prospects for improvement. *Addiction* 1998; 93(7): 965-8.
16. Bradley KA, McDonell MB, Bush K, Kivlahan DR, Diehr P, Fihn S. The AUDIT Alcohol Consumption Questions: Reliability, Validity, and Responsiveness to Change in Older Male Primary Care Patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(8):1842-9.
17. Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 1995; 90:1349-56.
18. Schmidt A, Barry K, Fleming MF. Detection of Problem Drinkers: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Southern Med J* 1995; 88(1):52-9.
19. Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 1997; 92(2):197-206.
20. Cherpitel CJ. Analysis of Cut Points for Screening Instruments for Alcohol Problems in the Emergency Room. *J Stud Alcohol* 1995; 56:695-700.