



PATRICIA BERNARDETE DE ABREU

Adaptação Transcultural Brasileira e Evidência Psicométrica da
Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q)
II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

Orientadora:

Profa. Dra. Clarice Sandi Madruga

São Paulo, Brasil
2017

Universidade Federal de São Paulo
Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Adaptação Transcultural Brasileira e Evidência Psicométrica da
Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q)
II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

Patricia Bernardete de Abreu

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para a obtenção do Título de
Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica.

São Paulo, Brasil

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo de Publicação

Abreu, Patricia Bernardete

Adaptação Transcultural Brasileira e Evidência Psicométrica da Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q) - II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. / Patricia Bernardete de Abreu. – São Paulo, 2017.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, 2017

Titulo em Inglês: Brazilian cross-cultural adaptation and validation of the List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q)

1. Validação 2. Epidemiologia 3. Eventos de Vida Adversos 4. Uso de drogas 5. Brasil

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Psiquiatria

Chefe Do Departamento:

Prof. Dr. Marcelo Feijó de Mello

Coordenador do Curso de Pós-Graduação:

Prof.^a Dr.^a Andrea Parolin Jackowski

PATRICIA BERNARDETE DE ABREU

Adaptação Transcultural Brasileira e Evidência Psicométrica da

Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q)

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Clarice Sandi Madruga

Departamento de Psiquiatria - UNIFESP

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Cleusa P. Ferri (Presidente)

Departamento de Psicobiologia – UNIFESP

Prof^a. Dr^a. Flávia de Lima Osório

Departamento de Psiquiatria – FMRP/USP

Prof^a. Dr^a. Edilaine Moraes

Departamento de Psiquiatria - UNIFESP

Suplente

Prof. Dr. Wagner de Lara Machado

Departamento de Psicologia – PUC CAMPINAS

Dedicatória

*A Deus, fonte da minha
fé.*

*Ao meu pai José (in memoriam) pelos ensinamentos de honra e
caráter; ele estaria orgulhoso.*

*A minha mãe Maria por sempre estar ao meu lado, sempre... minha
auxiliadora, companheira e amiga.*

*Ao meu amor Italo, com quem aprendi o amor de verdade, pelo
incentivo, por ser meu amparo nos momentos mais difíceis e por me
fazer acreditar em mim quando eu não mais acreditava.*

*Ao meu filho João que me ensinou a ser paciente, resiliente e que o
amor tudo supera e perdoa.*

*Ao meu filho André que me ensinou a ser otimista, mesmo perante
as dificuldades; minha motivação.*

Ao meu irmão João que acreditou nesse sonho.

*A minha irmã Sandra que vibrou em cada conquista me motivando a
seguir em frente.*

A minha amiga Adriana que é a irmã que a vida me deu.

*E a Clarice, que como orientadora acreditou em mim e ensinou com
extrema paciência; sem ela não teria sido possível.*

Agradecimentos

À prof.^a Dr.^a Clarice Sandi Madruga, por acreditar em mim, ser minha orientadora e com muita paciência me acompanhar até aqui, por todos os ensinamentos compartilhados, por não desistir de mim; gratidão eterna.

Ao prof^o Dr^o Hugo Cogo por toda a ajuda com a estatística e seus conhecimentos na área, por sua atenção com esse estudo.

À prof^a Regina com orientações e conselhos com os dados estatísticos e a prontidão em auxiliar nos momentos de dúvida.

À prof^a Carolina M. Gaya pela partilha de seu conhecimento na área e pela boa disponibilidade em revisar o estudo enriquecendo com suas colocações.

Ao prof^o Dr^o Ronaldo Laranjeira pelo seu profissionalismo e dedicação na área da pesquisa e atuação com dependência química.

Ao prof^o Dr^o Raul Caetano que com sua minuciosa revisão enriqueceu esse trabalho.

À amiga de pós-graduação Luciana pela parceria nas angústias e alegrias deste percurso acadêmico.

Aos meus pais José e Maria que sempre me mostraram a importância de acreditar nos meus sonhos.

Ao meu esposo Italo, pois sua parceria viabilizou as atividades diárias da vida com organização me proporcionando condições de estudo e dedicação as minhas pesquisas.

Aos meus filhos João e André pela ajuda e compreensão em todo esse processo, principalmente com minhas ausências.

Aos meus amigos que mostraram o sentido real da vida.

A todos que duvidaram, pois a descrença deles foi minha força propulsora.

E finalmente á Deus, que me cercou de pessoas maravilhosas que acreditaram que seria possível.

RESUMO

Abreu, P. B. Adaptação transcultural brasileira e Evidência Psicométrica da Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q). 2017. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Objetivo: Adaptação transcultural e validação da Lista de Eventos Ameaçadores (LTE-Q), e sua associação com o uso de drogas em uma população probabilística brasileira.

Métodos: Trata-se de uma análise secundária da Segunda Pesquisa Nacional sobre Álcool e Drogas (II LENAD), que utilizou uma adaptação transcultural da LTE-Q em uma amostra probabilística de 4.607 participantes com idade igual ou superior a 14 anos. A análise de classe latente foi utilizada para validar o traço latente *Adversidade* (que considerou o número de eventos da lista de 12 itens na LTE-Q experimentado pelo entrevistado no ano anterior) e regressão logística foi realizada para encontrar sua associação com beber em *binge* e uso de cocaína.

Resultados: A análise fatorial confirmatória retornou um qui-quadrado de 108.341, média ponderada da raiz quadrado residual (WRMR) de 1.240, índice de ajuste confirmatório (CFI) de 0.970, índice de Tucker-Lewis (TLI) de 0.962, e aproximação de erro quadrático médio (RMSEA) de 1.000. A validação da LTE-Q mostrou que o traço latente *Adversidade* aumentou as chances de beber em *binge* em 1,31% e dobrou as chances de consumo de cocaína no ano anterior (ajustado por variáveis sociodemográficas).

Conclusão: O uso da LTE-Q no Brasil deve ser encorajado em diferentes campos de pesquisa, incluindo grandes inquéritos epidemiológicos, uma vez que também é adequado quando o tempo e o orçamento são limitados. A LTE-Q pode ser uma ferramenta útil no desenvolvimento de estratégias de prevenção direcionadas e mais eficientes.

Palavras-chave: Validação, Epidemiologia, Eventos de Vida Adversos, Uso de drogas, Brasil

Abstract

Abreu, P. B. Adaptação transcultural brasileira e Evidência Psicométrica da Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q). 2017. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Objective: To perform a construct validation of the List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q), as well as convergence validation by identifying its association with drug use in a sample of the Brazilian population. **Methods:** This is a secondary analysis of the Second Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (II BNADS), which used a cross-cultural adaptation of the LTE-Q in a probabilistic sample of 4,607 participants aged 14 years and older. Latent class analysis was used to validate the latent trait adversity (which considered the number of events from the list of 12 item in the LTE experienced by the respondent in the previous year) and logistic regression was performed to find its association with binge drinking and cocaine use. **Results:** The confirmatory factor analysis returned a chi-square of 108.341, weighted root mean square residual (WRMR) of 1.240, confirmatory fit indices (CFI) of 0.970, Tucker-Lewis index (TLI) of 0.962, and root mean square error approximation (RMSEA) score of 1.000. LTE-Q convergence validation showed that the adversity latent trait increased the chances of binge drinking by 1.31 time and doubled the chances of previous year cocaine use (adjusted by sociodemographic variables). **Conclusion:** The use of the LTE-Q in Brazil should be encouraged in different research fields, including large epidemiological surveys, as it is also appropriate when time and budget are limited. The LTE-Q can be a useful tool in the development of targeted and more efficient prevention strategies.

Keywords: Brazil; validation; epidemiology; adverse life events assessment.

Lista de Tabelas e figuras

Figura 1: Cartão doses 1 e 2 utilizados nas questões sobre uso de álcool.

Tabela 1: Versão original da LTE-Q desenvolvida por Brugha.

Tabela 2: Versões em inglês e português brasileiro após adaptação transcultural.

Tabela 3: A lista final original usada no questionário LENAD e sua tradução.

Tabela 4: Frequência dos eventos adversos na vida, nos últimos 12 meses, para homem e mulher.

Gráfico 1: Frequência de exposição à eventos adversos na vida nos últimos 12 meses.

Tabela 5: Associações dos eventos, para homens e mulheres, com características sociodemográficas.

Tabela 6: Associações dos eventos, para homens e mulheres, com consumo de substâncias psicotrópicas.

Figura 2: Diagrama da análise fatorial confirmatória com as respectivas cargas fatoriais e a célula vazia do item 9.

Tabela 7: Indicadores estatísticos antes e depois da correção.

Tabela 8: Associação entre a variável latente da adversidade, beber em *binge* e uso de cocaína ajustados por variáveis sociodemográficas (modelo de regressão logística).

Lista de Siglas e Abreviaturas

LTE-Q: Lista de Eventos Ameaçadores – Questionário

LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

WRMR: Média ponderada da raiz quadrada residual

CFI: Índice de ajuste confirmatório

TLI: Índice de Tucker-Lewis

RMSEA: Aproximação de erro quadrático médio

LEDS : *Life Events and Difficulties Scale* (Escala de Eventos e Dificuldades na vida)

ALE-Q: *Adverse Life Events* (Eventos Adversos na Vida)

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

UNIAD: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

INPAD: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras drogas

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FAPESP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

ANEP: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V

LCD: Dietilamida do Ácido Lisérgico

NIAAA: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo)

NCPIIC: *National Cannabis Prevention and Information Centre* (Centro Nacional de Prevenção e Informação sobre a Cannabis)

GDS: *Global Drug Survey* (Levantamento Global de Drogas)

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

SDS: *Severity Dependence Scale* (Escala de gravidade de dependência)

HABLAS: *Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey* (Levantamento de álcool linha de base hispânico-americano)

SISNEP: Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa

ANEP: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

MDMA: Metilenodioximetanfetamina (*ecstasy*)

OR: *Odds Ratio* (razão de chance)

IC: Intervalo de confiança

Lista de Anexos

Anexo A

- Artigo Publicado

Anexo B

- Versão Final da Lista LTE-Q

Anexo C

- Artigo sobre Tabaco

Anexo D

- Questões traduzidas para o GDS 2016/2017, sessão uso de MDMA

Anexo E

- Questões traduzidas para o GDS 2016/2017, sessão uso de maconha

Anexo F

- Questões traduzidas para o GDS 2016/2017, sessão uso de maconha sintética

Anexo G

- Parecer consubstanciado do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa)

Anexo H

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de tabelas e figuras	x
Lista de Siglas e Abreviaturas	xi
Lista de Anexos	xii
Apresentação do mestrado	xv
1. Introdução	1
2. Objetivos	5
2.1 Objetivo Geral	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3. Fundamentação Teórica	7
3.1 A adversidade e o desenvolvimento de transtornos mentais	8
3.2 A exposição a estressores ambientais e o uso de substâncias psicoativas	8
3.3 A prevenção da dependência química	9
3.4 A medição da exposição á eventos estressores	10
4. Método	12
4.1 Método do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)	13
4.1.1 Amostragem	13
4.1.2 Amostra	14
4.1.3 Instrumentos	14
4.1.4 Procedimento de entrevista	17
4.1.5 Técnica de entrevista mista	17
4.1.6 Ética	18
4.2 Método adaptação transcultural do instrumento LTE-Q	18
4.2.1 Adaptação transcultural	19
4.2.2 Investigação de equivalência conceitual e de itens	19
4.2.3 Tradução e tradução reversa	19
4.2.4 Entrevista Cognitiva	20
4.2.5 Teste Piloto	20
4.2.6 Avaliação do uso de substância	21
4.3 Análise estatística	21
4.3.1 Análise Exploratória	21

4.3.2 Construir validade usando modelo de análise de classe latente	21
4.3.3 A estimativa de ajuste para a característica	21
4.3.4 Valor preditivo do traço latente	22
4.4 Associações com o uso de substâncias	22
5. Resultados	23
5.1 Adaptação transcultural: investigação de aspectos conceituais e equivalência de Itens	24
5.2 Tradução e tradução reversa	25
5.3 Entrevista Cognitiva	26
5.4 Teste Piloto	27
5.5 Análise Descritiva	27
5.6 Análise de Associações	28
5.7 Evidência Psicométrica	30
5.7.1 Análise Exploratória	30
5.7.2 Análise Fatorial Confirmatória	30
5.7.3 Análise Multivariada	31
6 Discussão	33
6.1 Limitações	38
7 Considerações Finais	39
8 Referências	41
Anexos	47

APRESENTAÇÃO DO MESTRADO

Este mestrado envolveu três diferentes estudos, sendo o principal deles, a “Adaptação Transcultural Brasileira e Evidência Psicométrica da Lista de Eventos Ameaçadores - Questionário (LTE-Q)”, baseado no Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), o foco principal desta dissertação.

A segunda onda do LENAD, realizada em 2012, acrescentou em sua avaliação alguns instrumentos que, embora sejam utilizados em grandes levantamentos internacionais, ainda não havia sido realizadas busca de evidências psicométricas no Brasil. A demanda por tal evidência psicométrica levou ao presente trabalho com a LTE-Q. A busca de evidência psicométrica deste instrumento, divulgada através de uma publicação científica (Anexo A), permitirá a utilização do instrumento (Anexo B) em diversas áreas do conhecimento, principalmente a social, psicológica e da saúde mental. Desta forma, optou-se por descrever aqui o processo de busca de evidência psicométrica e identificação do traço latente “adversidade” bem como a investigação das suas associações com o consumo de substâncias psicotrópicas.

Com a grande demanda para a identificação e divulgação das diferenças nos índices de tabagismo no Brasil entre 2006 e 2012, foi também objeto do trabalho do mestrado a análise dos dados sobre o uso do tabaco obtidos com as duas ondas do LENAD. Além de estimar as prevalências, o trabalho também envolveu identificar os fatores associados ao status de ser um fumante ou ex-fumante, na busca de investigar fatores preditivos da cessação do tabagismo bem sucedida. O produto desta análise é o artigo *“Tobacco Smoking Trends in Brazil: Data from Two Nationally Representative Surveys -2006 /2012”*, que se encontra na fase de revisão neste momento (anexo C).

Paralelamente à realização deste estudo, houve também a colaboração na adaptação e tradução da versão Brasileira do *Global Drug Survey- GDS (Levantamento Global de Drogas)*. O Levantamento Global de Drogas (*Global Drug Survey - GDS*) é a maior pesquisa online, independente e neutra sobre consumo de substâncias no mundo. É realizado há mais de uma década, atualmente contando com a participação de vinte e dois países. Embora não tenha poder de representatividade, sua coleta de dados online permite que usuários se sintam

seguros para responder o questionário, obtendo-se assim resultados mais fidedignos. Para países como o Brasil, com grande território, a coleta online também é uma forma mais acessível e barata de observarmos mudanças quanto ao acesso, consumo e efeitos comuns ao uso de substâncias no decorrer do tempo. No Brasil o levantamento é organizado e coordenado pela Dra. Clarice Sandi Madruga, orientadora deste mestrado. A terceira onda no Brasil do Levantamento Global de Drogas (GDS) foi realizada em 2016, durante o período de realização deste mestrado. Sendo assim, foi também parte desta formação, a colaboração com a onda do levantamento de 2016/2017, através da tradução e adaptação das sessões sobre MDMA, maconha e maconha sintética (anexos D, E e F respectivamente).

1. INTRODUÇÃO

A vivência de eventos adversos, que se configuram como ameaças ao bem estar do indivíduo, produz respostas de estresse que impactam de forma ampla o organismo. Habilidades de enfrentamento são acionadas resultando em estresse como resposta do organismo perante a situação (Ramos, Enumo, & Paula, 2015). O impacto negativo desta exposição, depende não só de características pessoais, mas também da natureza e frequência do evento (Levine, 2012).

Dependendo da sua intensidade, duração e frequência, o estresse pode ser considerado pontual ou crônico. O estresse de natureza pontual pode ser entendido como uma ameaça imediata, a curto prazo, comumente conhecida como resposta à luta ou fuga, ocorrendo em períodos que vão de segundos a poucos minutos. Por outro lado, o estresse é denominado de natureza crônica quando persiste por vários dias, semanas, meses e anos. O estresse provocado causa uma perturbação na homeostase do organismo, deixando-o vulnerável a variadas condições de adoecimento (Huffman, Vernoy, & Vernoy, 2003; Pagliarone & Sforcin, 2016). Desta forma, é de suma importância conhecer e mensurar os eventos, assim como sua interferência na saúde do indivíduo.

Quando não há recursos suficientes no momento do evento adverso devido às vulnerabilidades pessoais, ou à ausência de estratégias de enfrentamento ou, ainda, pela gravidade ou intensidade do estressor presente, o organismo pode ser afetado em sua plenitude com consequências graves e possivelmente duradouras para sua saúde física ou mental (Mascella, Vieira, Beda, & Lipp, 2014).

O enfrentamento perante o evento ameaçador dependerá de como o indivíduo recebe, filtra e processa a situação, incluindo o repertório de habilidades cognitivas e comportamentais que possui; tal condição determinará o modo de resposta diante da adversidade e do estresse gerado (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). Essa dinâmica explica que o estresse não causa a doença, mas atua como um facilitador para seu desenvolvimento (Chagas, 2016).

Estudos epidemiológicos têm contribuído para o aprofundamento do conhecimento sobre o papel que eventos ameaçadores podem exercer como precipitadores de transtornos mentais (Lopes, Faerstein, & Chor, 2003). Tais eventos são entendidos como promotores de estresse devido às drásticas alterações psicológicas e fisiológicas que causam, exigindo uma readaptação social e/ou psicológica por parte daqueles que os vivenciam. Eventos como rompimento de relacionamento afetivo, perda de emprego, adoecimento, luto, violência, desastres,

entre outros, são considerados adversidades geradoras de estresse que favorecem o adoecimento mental (Lopes & Faerstein, 2001; Martins-Monteverde, Padovan, & Juruena, 2017).

Combinado ao desenvolvimento da ciência da prevenção de transtornos mentais observado na última década vem o aumento na demanda em entender o impacto destes eventos estressores na saúde mental. Apesar dos gatilhos para o desenvolvimento destes transtornos serem individuais e multifatoriais (Freitas-Silva & Ortega, 2016), é útil entender como experimentar eventos adversos e ameaças ambientais podem prever certos distúrbios, permitindo não somente esforços para prevenir a sua ocorrência, quando for possível, mas também para desenvolver a prevenção da saúde através de iniciativas de tratamento imediato.

Sabe-se que características como o sexo ou a idade do indivíduo podem influenciar diferentemente a forma com que situações estressantes são percebidas. Em parceria com a assembleia de voto YouGov¹, *The Psychological Society* conduziu um estudo em adultos britânicos, publicado em 2017, solicitando a mais de 2000 pessoas que avaliassem quão estressantes eram dezoito eventos listados na pesquisa. Os resultados mostraram que, para cada evento, mulheres sofriam mais estresse do que os homens, assim como também revelaram o nível de estresse aumentado conforme o avanço da idade (Society, 2017). Tal conhecimento pode colaborar para a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento mais específicas e eficazes.

Para investigar o elo entre os eventos adversos geradores de estresse e o desenvolvimento de alguns tipos de transtornos mentais, faz-se necessário a utilização de instrumentos, no entanto, a identificação e mensuração desses eventos são desafios neste domínio do conhecimento.

A elaboração de novos instrumentos, assim como seu processo de busca de evidência psicométrica, é algo difícil e que demanda tempo, desta forma, é incentivada a utilização de instrumentos já existentes que abarquem a mesma finalidade. Nos casos de instrumentos advindos de outros países, é altamente recomendável que passem pelo processo de tradução e adaptação transcultural (Reichenheim & Moraes, 2007; D. Streiner & Norman, 2008).

¹ YouGov é uma empresa líder internacional de pesquisa de mercado baseada na internet, sediada no Reino Unido, com operações na Europa, América do Norte, Oriente Médio e Ásia-Pacífico

Alguns estudos buscam identificar a ocorrência de eventos adversos utilizando questionários específicos ou escalas, todavia, a evidência psicométrica e adaptabilidade de tais instrumentos são imprescindíveis, pois diferenças culturais podem influenciar diretamente a percepção de estresse ambiental (Lopes & Faerstein, 2001).

A adaptação transcultural de um instrumento de pesquisa para um novo país requer uma metodologia que mantenha o objetivo principal da mensuração e a equivalência de itens, objetivando manter a evidência psicométrica e confiabilidade do instrumento em diversas culturas (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2002), pois a utilização de instrumentos com evidências psicométricas e adaptados aos contextos socioculturais é fundamental para fins clínicos e de pesquisas epidemiológicas.

2. OBJETIVOS

Devido a escassez de instrumentos com evidências psicométricas e adaptados no Brasil, apropriados para aplicação em levantamentos populacionais, bem como a importância da realização de pesquisas nesta área, impulsionou a realização deste estudo.

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta dissertação é a busca de evidências psicométricas do instrumento original "*List of Threatening Experiences Questionnaire*" (LTE-Q).

2.2 Objetivos específicos

- Descrever sua tradução e adaptação para inclusão no questionário do Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2012.
- Identificar o traço latente "adversidade".
- Buscar testar a associação do traço latente "adversidade", gerado através da análise de classe latente, e o uso de substâncias psicotrópicas detectado no levantamento, tendo em vista sua aplicação em uma grande amostra populacional.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A adversidade e o desenvolvimento de transtornos mentais

É amplamente aceito que o desenvolvimento de transtornos mentais envolve uma complexa combinação de fatores biopsicossociais e ambientais (Andersen & Teicher, 2009; Price & Steckler, 2011; Tyrka et al., 2009; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Uma grande gama de evidências mostra que a exposição a eventos adversos pode ser um gatilho para vários transtornos psiquiátricos, sendo associada ao desenvolvimento de distúrbios, tais como comportamento antissocial (Schilling, Aseltine, & Gore, 2007), distúrbios de humor e ansiedade (Douglas et al., 2010; Hosang et al., 2010; Serretti et al., 2013) e, especialmente, o uso de drogas psicoativas e o possível desenvolvimento da dependência (Clark, Lesnick, & Hegedus, 1997; Costello et al., 2013).

Evidências mostram que ao vivenciar eventos adversos como desastres naturais, ser vítima de violência, morte de um parente próximo ou até mesmo perder um emprego, pode causar reações emocionais que contribuem para o desenvolvimento de depressão, estresse pós-traumático, abuso de álcool e outras drogas, assim como aumentam as chances de tentativas de suicídio (Andreoli et al., 2009; Serretti et al., 2013).

3.2 A exposição a estressores ambientais e o uso de substâncias psicoativas

As consequências da exposição a eventos adversos na vida sejam eles antigos ou recentes, podem ser duradouras (Osório et al., 2013). Evidências indicam que vivenciar uma adversidade está associada ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e isso tem sido apontado como um importante fator precipitador para a iniciação do uso de substâncias psicoativas (Planeta, Cruz, Marin, Aizenstein, & DeLucia, 2007).

As adversidades vivenciadas na infância, em particular, acarretam consequências que estão relacionadas ao uso precoce de substâncias psicoativas, favorecendo assim o desenvolvimento de dependência, seja na adolescência ou na vida adulta (Englund, Egeland, Oliva, & Collins, 2008; Madruga, 2012). Desta forma, existe já um corpo robusto de evidências mostrando que a exposição precoce ao

estresse produz alterações duradouras no sistema nervoso central, alterando a resposta do indivíduo ao usar substâncias psicoativas no decorrer de sua vida, que contribuem para o desenvolvimento de transtornos (Planeta et al., 2007).

Todavia, evidências mostram, ainda, que eventos adversos intensos que ocorrem após a maturidade também podem ser fatores de risco para o desencadeamento de uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas (Cadet, 2016; Grassi-Oliveira et al., 2012). Dados advindos do mesmo levantamento aqui analisado mostram que eventos como dificuldade de se relacionar (Ally et al., 2016) e sérios problemas financeiros também são altamente associados com o consumo excessivo de álcool e o desenvolvimento de transtornos relacionados ao mesmo (Lloyd & Turner, 2008). Sabe-se também que a perpetuação e a gravidade de tais transtornos estão latentes através da predisposição genética (Andreoli et al., 2009; Ducci & Goldman, 2008; Freitas-Silva & Ortega, 2016; Patton, Coffey, Posterino, Carlin, & Bowes, 2003).

3.3 A prevenção da dependência química

A complexidade dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, bem como as taxas insatisfatórias de recuperação através dos tratamentos disponíveis, torna a prevenção essencial e necessária (Ferreira et al., 2016; Marlatt & Witkiewitz, 2009). Desta forma, é de extrema importância à compreensão de como estressores ambientais podem agir como gatilhos para o desenvolvimento desses problemas, assim como é necessário compreender que existem indivíduos que enfrentam eventos adversos e não desenvolvem comportamento de risco para o uso de substâncias (Cadet, 2016).

Estudos mostram que ser resiliente e ter apoio familiar protege mentalmente indivíduos, que vivenciaram eventos adversos, do uso e/ou dependência de substâncias psicotrópicas, sejam lícitas ou ilícitas (Cadet, 2016). O conhecimento de fatores de risco ambientais para essas pessoas, bem como o perfil dos mais afetados, pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de cuidados de saúde mental e de prevenção, para inibir o desenvolvimento e o progresso de tais transtornos dentro da população mais vulnerável.

A vulnerabilidade de um indivíduo compreende a suscetibilidade ao dano e a tendência de sofrer os impactos vividos pelo evento ameaçador, todavia, para analisar as situações vulneráveis, é necessário investigar as adversidades (ameaças e perigos), suas causas e efeitos (Füssel, 2007). Estudos populacionais podem fornecer dados importantes para permitir essa identificação, no entanto, o uso de instrumentos com evidências psicométricas e adaptados a cada contexto sociocultural é um fator imperativo (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015).

3.4 A medição da exposição a eventos estressores

O conhecimento dos diferentes graus de exposição a eventos estressores permite a determinação do nível de risco aos indivíduos. A identificação do risco possibilita a escolha do direcionamento da atenção, prevenção, intervenção e tratamento, além de auxiliar na elaboração de programas de saúde, seja física ou mental (Cano & Hobart, 2011).

Pesquisadores têm se dedicado ao desenvolvimento de instrumentos rápidos, de boa aplicabilidade e com boas propriedades psicométricas, tornando-os realmente úteis para as pesquisas (Cano & Hobart, 2011; Keszei, Novak, & Streiner, 2010). Devido à grande complexidade que envolve o desenvolvimento completo de um novo instrumento, indica-se a utilização de outros já existentes que visem o mesmo objetivo (D. L. Streiner, Norman, & Cairney, 2015).

Até o momento, a literatura aponta apenas uma ferramenta para avaliar eventos adversos de vida no Brasil, a “Escala de Eventos Adversos”. Este instrumento foi desenvolvido por Santos e colegas (Santos & Marturano, 1999), e consiste em um inventário de 36 itens (Marturano, 1999; Marturano & Ferreira Trivellato, 2002). O inventário é composto por uma lista de situações adversas que podem ocorrer em diferentes áreas da vida, com base em instrumentos já existentes para investigar eventos de vida na infância (Berden, Althaus, & Verhulst, 1990; Rende & Plomin, 1991). A falta de evidência psicométrica formal e sua demanda por longos períodos de avaliação constituem importantes limitações que absterm seu uso em grandes levantamentos epidemiológicos.

A “*List of Threatening Experiences*” (LTE-Q - Lista de Experiências Ameaçadoras) foi desenvolvida por Brugha e colegas (1985), sendo composta por

doze itens e visa descobrir eventos adversos que aconteceram dentro de um período de doze meses. Mais tarde, o questionário passou por uma evidência psicométrica, o coeficiente de concordância utilizado foi o de Cohen Kappa, com base no critério de avaliação independente de adversidade e mostrou ter alta confiabilidade teste-reteste e boa concordância, derivada de uma entrevista semiestruturada sobre eventos adversos de vida, fazendo uso da Escala de Eventos e Dificuldades de Vida (LEDS).

A evidência psicométrica mostrou alta especificidade e sensibilidade (T. S. Brugha & Cragg, 1990) e, em virtude de sua brevidade, a “*List of Threatening Experiences Questionnaire*” (LTE-Q) supera dificuldades de aplicação clínica. O instrumento é recomendado para uso em estudos nas áreas da psiquiatria, psicologia e social, onde os recursos não permitem a utilização de extensos questionários de entrevista de estresse. Uma versão mais curta deste instrumento, chamada *Adverse Life Events Questionnaire* (ALE-Q), também foi usada em três ondas do *English Mental Health and Comorbidity Survey* da Inglaterra (NHS, 2009).

4. MÉTODO

4.1 O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)

O LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas) é um estudo transversal e repetido realizado em duas ondas. A primeira, realizada em 2006, tem o principal objetivo de investigar o conhecimento, atitudes, práticas e comportamentos de vulnerabilidade relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas da população brasileira com 14 anos ou mais. A segunda, realizada em 2012, envolve coleta de dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) que abrangeu, em relação à primeira edição do estudo, uma pesquisa mais aprofundada para investigar fatores de risco para o uso e abuso de substâncias ilícitas e diversos fatores associados como as características sociodemográficas. Mais informações sobre o LENAD podem ser encontradas no site: www.inpad.org.br/lenad

4.1.1 Amostragem

A amostragem foi estratificada com alocação proporcional à população de cada estado (estrato). As regiões metropolitanas e as capitais de cada estado entraram certamente (com probabilidade igual a 1) na amostra, com um número de entrevistas proporcional a suas respectivas populações. Dentro de cada estrato, nas regiões metropolitanas e nos demais municípios de cada estado, foram selecionadas amostras probabilísticas de conglomerados em quatro etapas:

- 1) Seleção de 149 municípios escolhidos probabilisticamente compondo a amostra pelo método PPT (Probabilidade Proporcional do Tamanho); sendo a população de cada município tomada como base para tal seleção.
- 2) Seleção dos setores censitários para cada município, com exceção dos maiores 14 municípios escolhidos, totalizando 375 setores censitários, também usando PPT, tomando o número de moradores de cada setor como base para tal seleção.
- 3) Foram identificados os quarteirões e, dentro de cada setor censitário, casas foram selecionadas por amostragem aleatória simples.
- 4) Seleção aleatória de um membro da família para ser entrevistado usando a técnica de “o mais próximo a fazer aniversário”.

Não foram autorizadas substituições em nenhum dos estágios.

4.1.2 Amostra

A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, incluindo as áreas rurais. Foram excluídas da amostra as populações indígenas que vivem em aldeias, residentes em território brasileiro que não falam a língua portuguesa e pessoas, com deficiência mental ou intelectual. O critério para a exclusão de pessoas com deficiência mental ou intelectual foi a pergunta direta se gostaria ou não de ler e responder o questionário do LENAD II.

A segunda onda do LENAD obteve uma taxa de resposta global de 77%, sendo 79% a taxa de resposta da sobre amostra de adolescentes, perfazendo um total de 4607 indivíduos de 14 anos ou mais de todas as regiões do Brasil.

4.1.3 Instrumentos

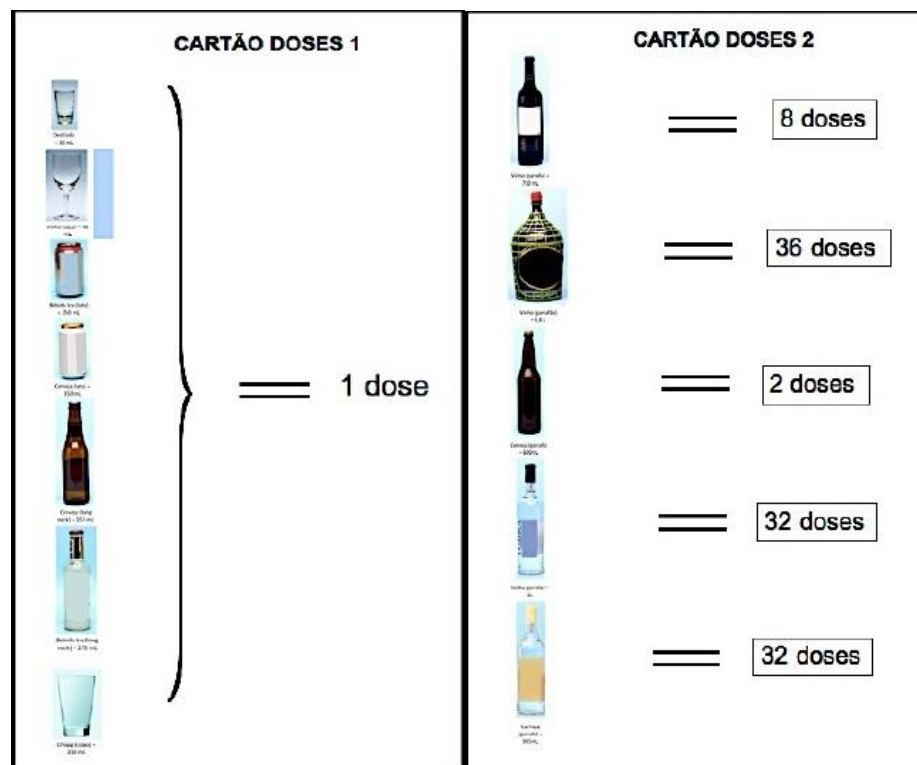
Para a pesquisa, fez-se uso de instrumentos utilizados em outros levantamentos, tanto nacionais como internacionais, para coletar as informações em cada esfera específica da investigação, mais informações sobre cada instrumento se encontra no site: <https://inpad.org.br/lenad/sobre-o-lenad-ii/instrumentos/> .

O questionário original completo do LENAD II está disponível no link: https://www.dropbox.com/s/bzz0r7ehtbbac83/LENAD_Questionario_12.pdf?dl=0

a) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: sexo dividido nas categorias formais, idade (mensurada continuamente quando usada como variável de ajuste e codificada em categorias); estado civil (solteiro, casado, com companheiro, viúvo, separado ou desquitado, e divorciado); nível educacional (classificação de acordo com o nível mais alto ou ano escolar completado e codificado em 4 categorias: analfabeto a 4ª série do ensino fundamental; 5ª a 8ª série do ensino fundamental; ensino médio; e ensino superior); renda e classe social (identificada como variável contínua separada em renda familiar ou individual, bem como conforme a tabela do IBGE).

b) CONSUMO DE ÁLCOOL

- I. **CONSUMO**: cartões de referência para a identificação de unidade de álcool foram utilizados para acessar de forma precisa a medida de consumo. Quantidade e frequência foram separadas por tipo de bebida (cerveja, vinhos destilados e bebidas tipo “ice”). Outras variáveis como: idade de início; número de doses ao dia e maiores doses na vida também foram pesquisadas. As questões sobre o consumo de álcool investigavam com que frequência o entrevistado havia bebido vinho, cerveja, destilado e bebida tipo “ice” nos últimos doze meses, sendo que a definição de dose é referida a uma lata de 350 ml de cerveja, um copo de 90 ml de vinho, um copo de 30 ml de destilado ou 1 lata ou garrafa de bebida ice.
- II. **BEBER PESADO EPISÓDICO** (Beber em *Binge*): A definição do beber pesado episódico ou beber em *binge* (como irá se tratar neste trabalho) foi proposta pelo *National Advisory Council to the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) em 2004 e utilizada para formação desta variável. Essa definição considera um padrão de bebida que aumenta a concentração de álcool no sangue para 0,08 g /dL ou acima (NIIDA, 2004). Isso geralmente ocorre com a ingestão de 4 unidades para mulheres e 5 unidades para homens no período de 2 horas.



Fonte: ("[Lenad-II-Relatório.pdf](#),")

Figura 1. Cartão doses 1 e 2 utilizados nas questões sobre uso de álcool

III. TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL: A sessão de consumo de álcool foi baseada no questionário HABLAS (*Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey*) (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2009; Kaplan et al., 2015), que inclui o rastreamento de dependência de álcool baseado nos critérios do DSM-IV. Embora o LENAD II tenha sido realizado antes da publicação do DSM-V, foram também avaliados novos critérios para o diagnóstico segundo sua versão mais atualizada (Association, 2014).

c) USO DO TABACO: foram realizadas perguntas sobre o consumo de produtos de tabaco (cigarros, enrolamentos, tubulações ou charutos). Informações sobre padrões de consumo (quantidade consumida, frequência de uso nos últimos 30 dias); idade de início e atitudes em relação ao tabagismo também foram obtidas. Os ex-fumantes foram definidos por abstinência completa por, pelo menos, três meses e fumantes atuais aqueles que consumiram regularmente qualquer produto de tabaco nos últimos 30 dias. A avaliação de consumo de tabaco é uma compilação adaptada das escalas NDSS (nicotine dependence syndrome scale) e a TDS (Tobacco Dependence screener) (Kawakami, Takatsuka, Inaba, & Shimizu, 1999; Piper, McCarthy, & Baker, 2006).

d) CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS: o levantamento sobre o uso de substâncias ilícitas foi composto por uma variedade de substâncias: Estimulantes como anfetaminas (rebite, cristal meth, speed, bolinha, terma pro e pílulas para emagrecer como, por exemplo: inibex, hipofagin, dualid, moderine); metanfetaminas (MDMA, cristal, ecstasy – popularmente conhecido como “bala”); cocaína ou crack (tempo de vida auto declarado e do ano anterior de todas as formas de uso da cocaína, fumada e inalada, foi avaliado); merla, oxi, ritalina inalada depressores como tranquilizantes (diazepam, valium, bromazepam, somalium, rivotril); inalantes solventes (como cola de sapateiro, lança perfume, loló, cheirinho); anestésicos (super K, ketamina, GHB, boa noite cinderela); opioides (heroína ou morfina); maconha (ou nas versões skank e/ou haxixe); esteroides anabolizantes (neopondren, anabolex, parenabol, durabolin, deca-durabolin, anabol, etc.); alucinógenos como LSD, chá de cogumelo ou lírio; e outros. Frequências foram categorizadas em “uso na vida” e no “último ano”. Foram realizadas perguntas sobre

uso das substâncias acima descritas para respostas “sim” ou “não”, não foram utilizadas escalas ou instrumentos específicos para essas substâncias.

e) **DEPENDÊNCIA DE MACONHA E COCAÍNA:** Indicação de dependência dessas substâncias foi investigada através da escala SDS (*Severity Dependence Scale*). Essa escala foi desenvolvida pelo *National Cannabis Prevention and Information Centre* (NCPIC). A validação da capacidade dessa escala de rastreamento de dependência foi estabelecida por Kaye et al (2002) e foi validada no Brasil por Ferri et al (2000).

f) **ESCALA DE EVENTOS NEGATIVOS RECENTES:** é o instrumento utilizado para identificar a influência dos eventos adversos no desenvolvimento de transtornos mentais incluindo o uso de substâncias psicoativas. Ainda foram utilizadas outras escalas para avaliar saúde física, escala de dor, atividade física, dieta, eventos adversos na infância, violência doméstica, qualidade de vida, depressão e rede de suporte social (LENAD, 2014).

4.1.4 Procedimento de Entrevista

A coleta de dados foi realizada pela empresa *Ipsos Public Affairs*, especializada na condução de pesquisas de opinião pública. Uma equipe de 100 entrevistadores com experiência em pesquisas domiciliares foi devidamente treinada e credenciada. Foram realizadas, no mínimo, três visitas ao domicílio, em dias e horários diferentes, para o agendamento da entrevista. Entrevistas face-a-face de aproximadamente uma hora foram realizadas na casa do entrevistado utilizando um questionário padronizado. Todos os participantes receberam contatos para mais esclarecimentos sobre a pesquisa.

Recomendou-se que o questionário tivesse caráter sigiloso no caso de participantes menores de idade, todavia, os pais ou responsáveis legais tinham o direito de acessar as respostas, se assim desejassem. Tal informação estava explícita no documento de consentimento específico para esta população.

Todos os questionários foram verificados quanto ao preenchimento e consistência de respostas e uma fiscalização de 20% dos questionários preenchidos foi revisada para verificação da aplicação.

4.1.5 Técnica de Entrevista Mista

Para a coleta de informações sobre o uso de drogas ilícitas e outras temáticas, como por exemplo, violência sexual e tentativa de suicídio, possivelmente delicadas em demasia para o questionamento face-a-face, a segunda onda do LENAD aplicou um método misto de entrevista, onde o entrevistador interrompia a entrevista e solicitava ao participante que respondesse a segunda parte do questionário diretamente, por autopreenchimento, se possível em um local mais reservado. Após o preenchimento, o questionário era colocado dentro de um envelope disponibilizado pelo entrevistador e era devidamente lacrado. Esse procedimento garantiu a confidencialidade e sigilo do entrevistado perante o entrevistador, favorecendo a fidedignidade das informações coletadas.

4.1.6 Ética

Foi solicitada autorização formal dos pais ou responsáveis, para aplicação dos questionários na população com idade inferior a 16 anos, de acordo com exigências do Código de Ética da ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa). Os participantes não receberam nenhum tipo de compensação financeira. Para cada participante, foi apresentado no início da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo H), e no caso de menores, para os pais ou responsáveis.

O projeto foi devidamente registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa) e encaminhado ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) responsável pelo acompanhamento da pesquisa gerando o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) de número 61909615.0.0000.5505. O parecer consubstanciado do CEP encontra-se no anexo G.

4.2 Método Adaptação transcultural do instrumento LTE-Q

Para a realização da adaptação transcultural, utilizou-se o método que propõe a aceitação da equivalência do objetivo principal do instrumento nas diferentes culturas em que foi utilizado. Para tanto, é necessário à investigação da equivalência

conceitual, de itens, a semântica (tradução e tradução reversa), entrevistas cognitivas, teste piloto e avaliação (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1998).

A LTE-Q foi utilizada com o objetivo de identificar possíveis associações entre vivenciar eventos adversos geradores de estresse com o uso de álcool e drogas e o possível desenvolvimento de dependências. O estudo proposto será baseado na análise do banco de dados do II LENAD.

4.2.1 Adaptação transcultural

Antes de ser utilizada no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), a LTE-Q passou por um processo transcultural para ser adaptada ao português brasileiro (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010; Pires, Assis, Avanci, & Pesce, 2016) e nomeada Lista de Eventos Negativos Recentes.

A adaptação transcultural foi realizada em cinco etapas:

- i) Investigação de equivalência conceitual e de itens;
- ii) Tradução e tradução reversa;
- iii) Entrevistas cognitivas;
- iv) Pilotagem;
- v) Avaliação.

4.2.2 Investigação de equivalência conceitual e de itens

A investigação de equivalência conceitual e de itens envolveu revisão da literatura e discussão com especialistas na área. Um comitê de especialistas foi formado, incluindo:

- i) Um especialista em Epidemiologia da saúde mental;
- ii) Um especialista em Políticas Públicas de toxicod dependência e tratamento;
- iii) Um especialista na validação de instrumentos em psiquiatria.

4.2.3 Tradução e tradução reversa

A tradução reversa é uma metodologia de tradução que envolve um processo de validação mais amplo que a normal com a participação de dois tradutores, onde o primeiro tradutor realiza a tradução do Inglês para Português, o segundo tradutor recebe a tradução em Português e realiza a tradução novamente para o Inglês caracterizando a tradução reversa, em inglês conhecida como *“back translation”*. Esse método permite a comparação dos documentos traduzidos buscando a maior semelhança possível entre eles.

Dois falantes nativos do português brasileiro com fluência em inglês traduziram a lista de 12 eventos independentemente e fundiram as traduções em uma única versão. Depois, um falante nativo de inglês com fluência em português brasileiro traduziu de volta esta versão. Após chegar a um consenso, o grupo de tradutores produziu a versão final.

4.2.4 Entrevista cognitiva

As entrevistas cognitivas visam detectar itens que não são entendidos pelos entrevistados como pretendido pelo inquérito (Beatty, 2004). Assim, 30 falantes de português brasileiro foram entrevistados para avaliar a compreensão das questões. A entrevista abrangia a compreensão ou interpretação, recuperação de informação, formação de julgamento e edição de resposta. De acordo com Beatty (2004), resultados da entrevista cognitiva podem ser usados para revisar ou desenvolver novos itens, de modo que fiquem apropriados ao contexto cultural e estilo de vida dos entrevistados.

4.2.5 Teste piloto

O teste piloto é a fase de teste que busca conferir a qualidade do questionário elaborado/adaptado, observando se todas as perguntas são compreendidas por todos os entrevistados e se os conteúdos abordados nas questões são corretamente interpretados. Para a evidência psicométrica faz parte do processo a aplicação do instrumento num grupo de dez pessoas que auxilie a adequação quanto à forma, conteúdo e interpretação das perguntas.

O teste piloto foi realizado para avaliar a possibilidade de detectar possíveis inconsistências na versão original da lista e também para estimar a média da duração da entrevista. Dez entrevistas foram realizadas na cidade de São Paulo, Brasil. Nenhuma alteração na lista LTE-Q foi feita nesta fase.

4.2.6 Avaliação com uso de substâncias

Para a análise secundária realizada para a evidência psicométrica do instrumento foram utilizadas as variáveis beber em *binge* (beber pesado episódico) e uso de cocaína, ajustadas pelas variáveis sociodemográficas idade, sexo e educação.

4.3 Análise estatística

4.3.1 Análise exploratória

A análise de alfa-Cronbach, que permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens, foi realizada para testar a confiabilidade da lista, seguindo o protocolo sugerido Maroco & Garcia Marques (2013).

4.3.2 Construir validade usando modelo de análise de classe latente

Adversidade. Um fator adversidade foi construído considerando o número de eventos da lista de 12 itens da LTE - Q experimentados pelo entrevistado no ano anterior.

4.3.3 Estimativa de ajuste para a característica

A estimativa de ajuste do traço latente foi avaliada através do pacote estatístico M-Plus utilizando os seguintes índices de ajuste: qui-quadrado, quadrado médio ponderado residual quadrado (WRMR), índices de ajuste confirmatório (CFI), Tucker-Lewis índice (TLI) e aproximação do erro quadrático médio (RMSEA). Os seguintes critérios de corte foram utilizados para um modelo adequado: chi-

quadrado sem significância estatística ($>0,05$), WRMR próximo ou inferior a 0,95, um RMSEA próximo ou menor que 0,06, e CFI e TLI próximo ou maior que 0,95. Para a avaliação do traço latente, o estimador quadrado médio ponderado e variância ajustada (WLSMV) foram usados.

4.3.4 Valor preditivo do traço latente

A LTE-Q, uma variável contínua latente, foi regredida sobre o consumo de cocaína e uso abusivo de álcool nos últimos doze meses, sendo ambas variáveis dicotômicas. Em regressões logísticas (isto é, sob máxima verossimilhança como estimador), os dados faltantes foram tratados através do mecanismo de máxima verossimilhança assumindo uma ausência aleatória. O impacto da variável latente contínua sobre as variáveis dicotômicas foram expressos em termos de *odds ratio* (OR) com um nível de significância adotado de 0,05; a significância do traço LTE-Q foi avaliada usando o Wald Test.

4.4 Associações com uso de substâncias

Procurou-se investigar os fatores de risco para o uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas e os fatores associados a esses comportamentos, para tanto, realizou-se, após a busca de evidência psicométrica, associações entre o uso de substâncias psicoativas (beber em *binge* e uso de cocaína) e os indicadores de eventos ameaçadores detectados e medidos pelo instrumento utilizando modelos de regressão logística. O modelo foi ajustado pelas variáveis sociodemográficas de sexo, idade e educação.

5.1 Adaptação transcultural: investigação de aspectos conceituais e equivalência de itens.

A LTE-Q original consiste em 12 eventos de vida comuns que são altamente susceptíveis de estresse, como o luto, doença, ou demissão de um emprego (T. S. Brugha & Cragg, 1990).

Tabela 1: Versão original da LTE-Q desenvolvida por Brugha (1990).

Items	Questions
1	You yourself suffered a serious illness, injury or an assault
2	A serious illness, injury or assault happened to a close relative
3	Your parent, child or spouse died
4	A close family friend or another relative (aunt, cousin, grandparent) died
5	You had a separation due to marital difficulties
6	You broke off a steady relationship
7	You had a serious problem with a close friend, neighbor or relative
8	You became unemployed or you were seeking work unsuccessfully for more than one month
9	You were sacked from your job
10	You had a major financial crisis
11	You had problems with the police and a court appearance
12	Something you valued was lost or stolen

Quatro itens foram adicionados à lista de eventos ameaçadores após a consulta com três especialistas:

- 1) *Você foi forçado a sair de sua casa;*
- 2) *Você perdeu a custódia de uma criança;*
- 3) *Você perdeu sua casa em um desastre natural;*
- 4) *Você foi vítima de assalto à mão armada / sequestro.*

A inclusão desses itens foi considerada pelos peritos devido à sua relevância para o presente contexto socioeconômico do Brasil (Ministério da Saúde, 2013; Waiselfiz, 2015). Além da falta de bem-estar público, os especialistas concordaram que o item 8 ("*Desempregados / procurando trabalho por mais de um mês*") estava melhor relacionado com a "*insegurança*" no contexto brasileiro. Portanto, o item 8 foi substituído por "*Insegurança no trabalho*". A fim de assegurar que o questionário não seria demasiado longo, o comitê também recomendou a fusão de dois itens originais

3 e 4, sobreposição (“*morte de um amigo próximo ou membro da família*”). Além do que, itens 7 e 12 (“*problema sério com um amigo próximo, vizinho ou parente*” e “*algo valioso perdido ou roubado*”) foram removidos.

5.2 Tradução e tradução reversa

Após a adaptação transcultural, a lista foi traduzida para o inglês utilizando o método tradução reversa. A Tabela 2 mostra a versão da LTE-Q.

Tabela 2: Versões em inglês e português brasileiro após adaptação transcultural

Items	Questions
1	You yourself suffered a serious illness, injury or an assault?
2	A serious illness, injury or assault happened to a close relative?
3	Your parent, child, spouse, another relative or a close family friend died.
4	You had a separation due to marital difficulties?
5	You broke off a steady relationship?
6	“Job insecurity”. (Addition directly in Portuguese)
7	You had a major financial crisis?
8	You were sacked from your job?
9	You had problems with the police and a court appearance?
10	“Lost custody of a child”? (Addition directly in Portuguese)?
11	“Lost house in natural disaster”? (Addition directly in Portuguese)
12	Was a victim of assault or kidnapping? (Addition directly in Portuguese)
Itens	Questões
1	Você mesmo sofreu uma doença grave, lesão ou uma agressão?
2	Uma doença grave, lesão ou agressão aconteceu com um parente próximo?
3	Morte de um amigo próximo ou membro da família.
4	Você teve uma separação devido a dificuldades conjugais?
5	Você rompeu um relacionamento estável?
6	<i>Sentimento de insegurança no trabalho.</i>
7	Você foi demitido de seu emprego?
8	Você teve uma grande crise financeira?
9	Você teve problemas com a polícia e uma audiência no tribunal?
10	<i>Perdeu a guarda de um filho?</i>
11	<i>Perdeu moradia em desastre natural?</i>
12	<i>Sofreu assalto a mão armada/sequestro?</i>

5.3 Entrevista cognitiva

Ao passar pelo método da entrevista cognitiva, observou-se a necessidade da modificação de alguns itens, conforme abaixo:

1) Os itens 5 e 6 foram fundidos: ambas as perguntas abordavam sobre a separação e a maioria dos participantes não viu diferença entre elas.

2) Item 3 "*Morte de um amigo próximo ou membro da família*" também foi modificado, pois os participantes não compreenderam "*Que nível de proximidade de amizade*" deveriam considerar. Portanto, o termo "*amigo próximo*" foi excluído. A versão final foi editada para: "*Morte de um membro da família*".

A Tabela 3 mostra a versão final em português. Versão em Língua Portuguesa da LTE-Q e tradução de volta para o inglês.

Tabela 3: A lista final original usada no LENAD e sua tradução

Item	Português	Item	Inglês
1	<i>Você teve uma doença grave</i>	1	Had a serious disease
2	<i>Doença grave de um membro da família</i>	2	Serious disease of a family member
3	<i>Morte de um membro da família</i>	3	Death of a family member
4	<i>Divórcio ou separação</i>	4	Divorce or separation"
5	<i>Forçado a mudar de casa</i>	5	Forced to move house
6	<i>Ser demitido</i>	6	Sacked from your job
7	<i>Sentimento de insegurança no trabalho</i>	7	Job insecurity
8	<i>Problema financeiro grave</i>	8	Serious financial problem
9	<i>Está sendo processado</i>	9	Police record or court appearance
10	<i>Perdeu a guarda de um filho</i>	10	Lost custody of a child
11	<i>Perdeu moradia em desastre natural</i>	11	Lost house in natural disaster
12	<i>Sofreu assalto a mão armada/sequestro</i>	12	Was a victim of assault or kidnapping

5.4 Teste piloto

A versão final do questionário foi testada em 10 indivíduos. O pré-teste não levou a modificações adicionais do instrumento. O teste piloto permitiu que a equipe pudesse estimar a duração total da entrevista do LENAD II (58 minutos) e completar a formação dos entrevistadores.

5.5 Análise Descritiva

Foi realizada a análise dos eventos adversos na vida, constatou-se que adversidades como ter tido uma doença grave, doença e morte de um membro da família, foram os que apresentaram maior incidência, para ambos os sexos, seguido de passar por problema financeiro grave que apresentou índices maiores para as mulheres, do que para os homens. A frequência dos eventos investigados pela lista, tanto para homens quanto para mulheres, nos últimos 12 meses, consta na tabela 4.

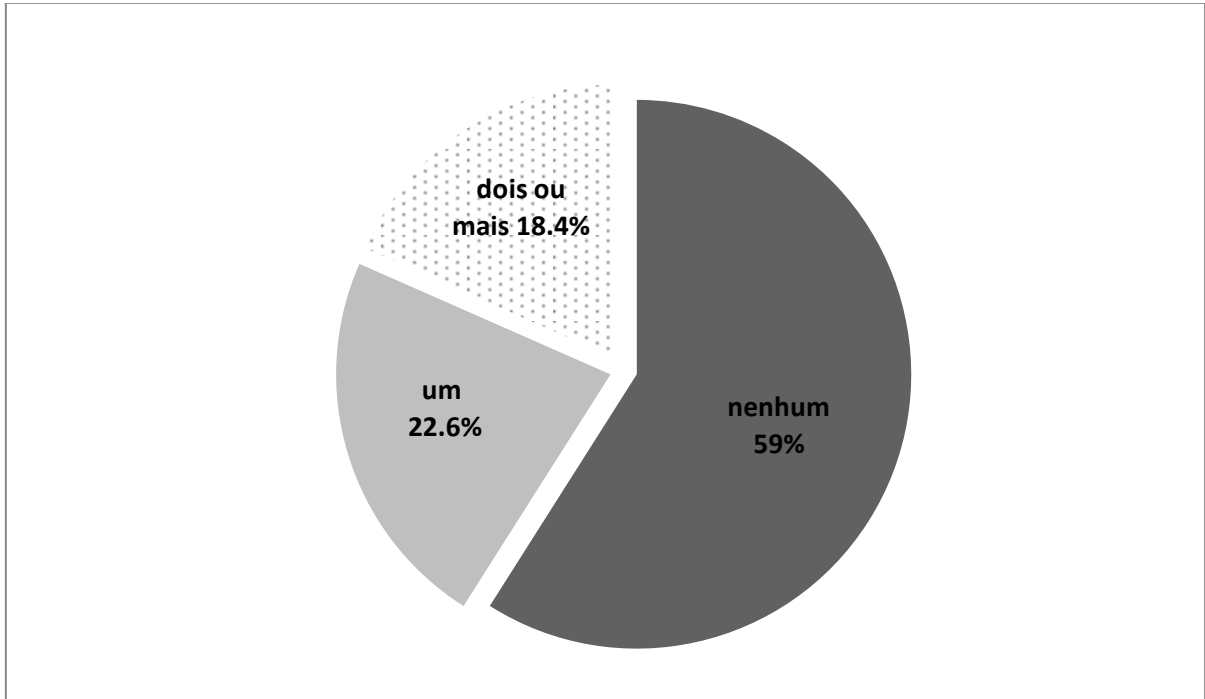
Tabela 4: Frequência dos eventos adversos na vida, nos últimos 12 meses, para homem e mulher.

Eventos	Recusa	Homem N(%)	Mulher N(%)	Total N(%)
Você teve uma doença grave	3	92(4.6)	133(4.9)	225(4.8)
Doença grave de um membro da família	3	310(15.7)	467(18.2)	777(17.0)
Morte de um membro da família	3	378(17.9)	555(20.9)	933(19.5)
Divórcio ou Separação	5	47(2.4)	83(2.9)	130(2.6)
Forçado a mudar de casa	2	49(2.0)	92(3.5)	141(2.8)
Ser demitido	5	67(3.9)	73(3.1)	140(3.5)
Sentimento de insegurança no trabalho	5	108(6.5)	123(5.3)	231(5.9)
Problema financeiro grave	3	161(8.7)	306(13.3)	467(11.1)
Está sendo processado	4	17(1.3)	7(0.3)	24(0.79)
Perdeu a guarda de um filho	5	9(0.2)	6(0.2)	15(0.2)
Perdeu moradia em desastre natural	2	3(0.1)	11(0.4)	14(0.2)
Sofreu assalto a mão armada/sequestro	2	68(3.0)	62(2.2)	130(2.6)

Foi possível avaliar a frequência dos eventos adversos na vida, considerando não ter passado por nenhum evento; passado por um evento; por dois eventos ou mais. A análise possibilitou observar que mais da metade da amostra não vivenciou

nenhum evento investigado pela lista, sendo que 22,6% já experimentaram pelo menos um dos eventos e 18,4% mais de dois. Os dados dessa análise estão no gráfico 1.

Gráfico 1: Frequência de exposição à eventos adversos na vida nos últimos 12 meses



5.6 Análise de Associações

Foram realizadas análises de associações dos eventos adversos com características sociodemográficas e o consumo de substâncias psicotrópicas, lícitas e ilícitas, com homens e mulheres, considerando os últimos doze meses.

Os resultados das associações dos eventos com características sociodemográficas mostraram que quanto maior for a idade, mais propensão a pessoa terá de sofrer eventos adversos, considerando que quanto mais anos de vida se tem, maior será o tempo exposto a adversidades.

As análises de regressão logística realizadas nas associações entre os eventos e as características sociodemográficas, para homens e mulheres, foram ajustadas mutuamente e os resultados com os respectivos valores de “*p*” e intervalos de confiança (95%CI) estão descritos na tabela 5.

Tabela 5: Associações dos eventos, para homens e mulheres, com características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Homens		Mulheres	
	OR(95%CI) ^Δ	P	OR(95%CI) ^Δ	p
Idade				
14 a 17 anos	1.00		1.00	
18 a 25 anos	2.20 (1.40-3.47)	0.001	1.30 (0.85-2.00)	0.223
26 a 59 anos	1.97 (1.32-2.95)	0.001	1.98 (1.41-2.77)	0.000
60 ou + anos	1.81 (1.09-3.03)	0.022	1.28 (0.83-1.96)	0.253
Educação				
Não frequentou a escola	1.00		1.00	
Ensino fundamental I e II	1.30 (0.68-2.47)	0.421	1.05 (0.57-1.94)	0.862
Ensino médio / Técnico	1.30 (0.65-2.57)	0.449	1.32 (0.69-2.50)	0.392
Ensino superior ou mais	1.01 (0.46-2.22)	0.976	1.30 (0.64-2.63)	0.459
Estado Civil				
Solteiro/Separado/Viúvo	1.00		1.00	
Casado/Amasiado	1.28 (0.91-1.80)	0.153	1.25 (0.95-1.96)	0.099
Renda Familiar				
≤ 2 salários mínimos	1.00		1.00	
3-4 salários mínimos	0.83 (0.59-1.16)	0.289	0.92 (0.70-1.21)	0.577
≥ 5 salários mínimos	1.09 (0.77-1.55)	0.604	0.89 (0.66-1.20)	0.450

^ΔAnálise de regressão logística ajustada mutuamente

As análises das associações dos eventos com o consumo de substâncias psicotrópicas, lícitas e ilícitas, mostraram que vivenciar adversidades aumentaram as chances de transtornos por uso de álcool de 2,37% (OR = 2,37; IC 95%; 1,70 a 3,29), para homens e de 1,96% (OR = 1,96; IC 95%; 1,24 a 3,10), para as mulheres. Houve associação dos eventos com uso de maconha em 1,71% (OR = 1,71; IC 95%; 1,02 a 2,86) para os homens e com beber em *binge* de 1,38% (OR = 1,38; IC 95%; 1,04 a 1,84) para as mulheres, probabilidades de uso nos últimos dozes meses mesmo com as análises de regressão logística ajustadas por idade e renda.

Tabela 6: Associações dos eventos, para homens e mulheres, com consumo de substâncias psicotrópicas

Consumo de Substâncias Psicotrópicas	Homens		Mulheres	
	OR(95%CI) ^Δ	p-valor	OR(95%CI) ^Δ	p-valor
Beber em <i>binge</i> *	1.16 (0.91-1.48)	0.229	1.38 (1.04-1.84)	0.025
TUA**	2.37 (1.70-3.29)	0.000	1.96 (1.24-3.10)	0.004
Uso de Maconha***	1.71 (1.02-2.86)	0.041	2.16 (0.78-5.98)	0.138
Uso de Cocaína***	1.75 (0.75-4.06)	0.193	0.40 (0.63-2.62)	0.345

^Δ Análise de regressão logística ajustada por idade e renda

* 4/5 unidades de álcool em 2 horas

** TUA: Segundo DSM-V

*** Consumo nos últimos 12 meses

5.7 Evidência Psicométrica

5.7.1 Análise exploratória

A lista LTE mostrou consistência interna medida pelo alfa de Cronbach de 0,86 para os 12 itens do questionário.

5.7.2 Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial inicial mostrou que o item 9 é uma célula vazia quando comparado aos outros itens (Figura 2). Houve um ajuste (remendo) do item 3 ao item 2. Após essas correções, os dados foram reanalisados com os resultados mostrados na Tabela 7.

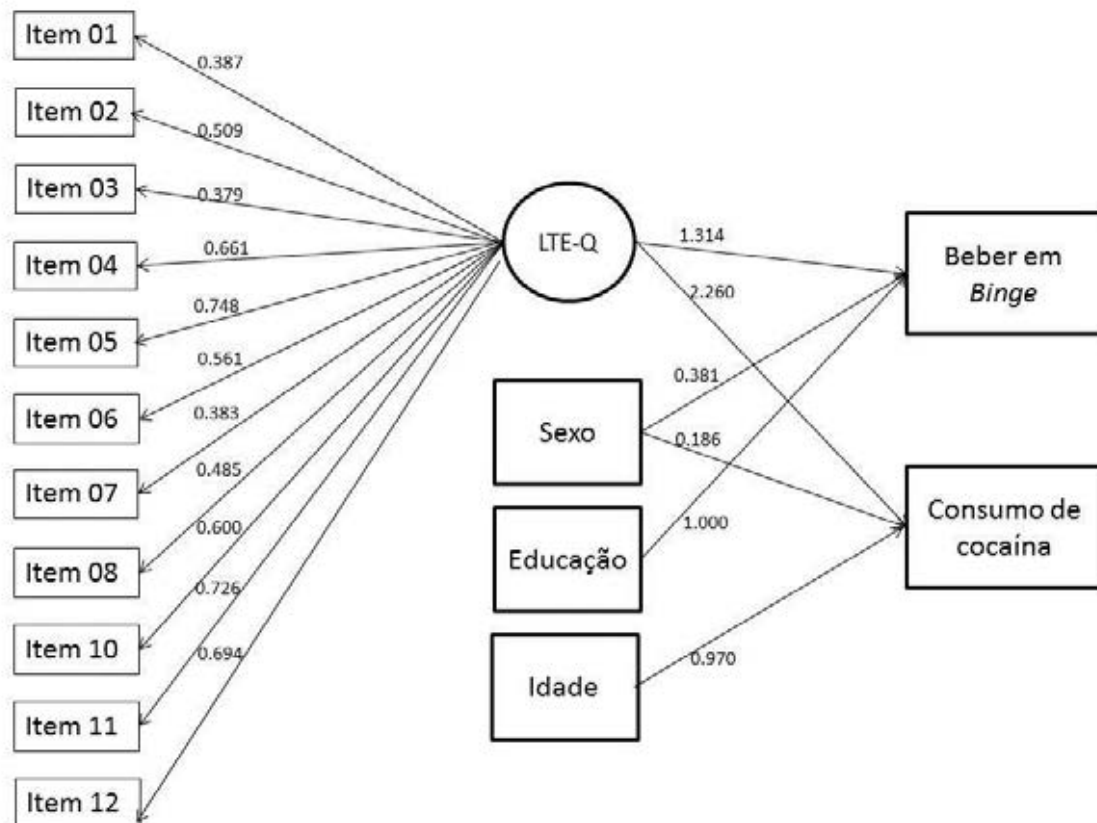


Figura 2: Diagrama da análise fatorial confirmatória com as respectivas cargas fatoriais e a célula vazia do item 9.

Tabela 7: Indicadores estatísticos antes e depois da correção

	Chi ²		RMSEA		CFI/TLI		WRMR
Valor:	261.519	Estimativa:	0.029		CFI 0.907		Valor: 1.843
Graus de liberdade	54	90 % CI:	0.025; 0.032		TLI 0.886		
		Probabilidade					
p-valor:	0.0000	RMSEA <=	1.000				
		.05					
Após a correção							
Valor:	108.341	Estimativa:	0.018		CFI 0.970		Valor: 1.240
Graus de liberdade	43	90% CI:	0.014; 0.022		TLI 0.962		
		Probabilidade					
p-valor:	0.0000	RMSEA <=	1.000				
		.05					

O modelo com correção provou estar ajustado ao traço latente *adversidade*. A análise fatorial confirmatória voltou qui-quadrado de 108,341 com valor de $p = 0,0000$, WRMR de 1,240, CFI = 0,970 (valores superiores a 0,95 são desejados), TLI = 0,962 (Valores superiores a 0,90 são desejados), e RMSEA de 1.000 (valor esperado para ajuste razoável ao modelo abaixo de 0,06), mostrando ajuste após correção da lista de eventos de ameaça.

5.7.3 Análise multivariada

A associação entre a variável latente *Adversidade* e beber em *binge* bem como uso de cocaína foi avaliada através de um modelo de regressão multivariada. O modelo foi ajustado com variáveis sociodemográficas: sexo, idade (variável contínua) e educação (variável contínua, anos de estudo). O modelo reportou que a variável *Adversidade* foi significativamente associada ao beber em *binge* e consumo de cocaína. Cada ponto de aumento na variável *adversidade*, relacionada à vivência dos eventos listados no instrumento aumentaram em 1.31 vezes as chances de beber em *binge* (IC 95%: 1,18 a 1,47: p -valor 0,000), independentemente de sexo, idade ou nível educacional. Houve também uma forte associação da exposição a eventos adversos com o uso de cocaína, duplicando as chances de consumo (OR:

2,26; IC 95%: 1,55 a 3,32: p -valor 0,000), independentemente das variáveis sociodemográficas citadas anteriormente (Tabela 8).

Tabela 8: Associação entre a variável latente da adversidade, beber em *binge* e uso de cocaína ajustados por variáveis sociodemográficas (modelo de regressão logística).

Lista de Eventos Adversos	OR (95%CI)	<i>p</i>-valor
Beber em <i>Binge</i>	1.31 (1.18-1.47)*	0.000
Sexo	0.38 (0.33-0.44)*	0.000
Idade	1.00 (0.99-1.00)*	0.439
Educação	1.00 (1.00-1.01)*	0.065
Uso de cocaína	2.26 (1.55-3.18)*	0.000
Sexo	0.19 (0.99-0.35)*	0.000
Idade	0.97 (0.95-0.99)*	0.001
Educação	0.99 (0.96-1.03)*	0.684

6. DISCUSSÃO

É essencial a utilização de instrumentos culturalmente adaptados em investigação epidemiológica, especialmente nos países com diferenças sociais e étnicas como o Brasil. Pesquisas em saúde mental no Brasil, e em outros países latinos, são constantemente desafiadas pela falta de instrumentos com evidências psicométricas (Osório, Crippa, & Loureiro, 2005). Frequentemente, os resultados de estudos são limitados pelo uso de instrumentos que não tenham sido submetidos a uma adequada adaptação transcultural, levando a uma interpretação não confiável dos resultados. Especificamente sobre o desenvolvimento de um indicador de estresse ambiental, não só é útil investigar como eventos estressantes desencadeiam e pioram os distúrbios de saúde mental, mas também para orientar o desenvolvimento de iniciativas de prevenção mais eficazes.

A LTE-Q, desenvolvida por Brugha & Cragg (1990), foi inicialmente usada como uma ferramenta de entrevista para pacientes de saúde mental, demonstrando excelentes propriedades psicométricas, sensibilidade e especificidade de 80% ou mais (Mestre-Pintó, Domingo-Salvany, Martín-Santos, & Torrens, 2014). Embora o instrumento tenha sido concebido para o cenário clínico, foi posteriormente usado em pesquisas epidemiológicas nacionais, como *English Mental Health and Comorbidity Surveys* (NHS, 2009).

Dentro da comunidade científica, já existem alguns instrumentos voltados para a identificação de eventos adversos na vida com a finalidade de investigar a influência destes eventos como preditores de transtornos de saúde mental, como depressão e transtornos de ansiedade, bem como transtornos de dependências (Generaal et al., 2016; Scott et al., 2013). No entanto, a preocupação com a confiabilidade e evidências psicométricas de tais instrumentos adaptados culturalmente à realidade brasileira embasou a importância deste estudo.

No presente estudo foi realizada a evidência psicométrica da LTE-Q com o método de análise de classe latente, permitindo a estimação da construção da variável latente *adversidade* e avaliação da sua associação com beber pesado episódico (beber em *binge*) e o uso de cocaína, ajustadas por variáveis sociodemográficas de idade, sexo e educação.

A consistência interna do coeficiente do instrumento foi de 0,86 e considerada satisfatória, pois o mínimo valor aceitável para alfa é 0,70 (Cronbach, 1951). Um valor satisfatório de Alfa de Cronbach era esperado, uma vez que o nível de

confiabilidade do instrumento é artificialmente alto devido à amostra robusta (Popa, 2011), o que é o caso do tamanho de amostra do II LENAD.

A análise confirmatória também apresentou índices satisfatórios após a remoção do item 9, “*Está sendo processado*”, variável identificada como uma célula vazia na análise. De forma geral a adaptação transcultural do questionário demonstrou-se eficaz para a detecção do traço latente *Adversidade*. A análise logística mostrou associação positiva entre a variável latente *adversidade* com o uso de cocaína e o beber pesado episódico (beber em *binge*). A associação da variável latente *adversidade* com o consumo de substâncias indica uma evidência psicométrica convergente para o instrumento, acordando com um grande número de pesquisas que mostram a relação entre estresse ambiental e transtornos por uso de substâncias (Inder et al., 2012; Perreau-Lenz & Spanagel, 2015). Sugere-se assim, que a vivência de eventos adversos recentes ou passados pode desencadear o consumo nocivo de substâncias em indivíduos vulneráveis (Andersen & Teicher, 2009; Lloyd & Turner, 2008; Rothman, Edwards, Heeren, & Hingson, 2008).

O Segundo Levantamento Nacional Brasileiro de Álcool e Drogas – LENAD (BNADS), conduzido em 2012, explorou vários fatores de risco para uso, abuso e dependência. Entre outros instrumentos, o LENAD usou uma versão traduzida e adaptada da “Lista de experiências Ameaçadoras - Questionário” (LTE-Q) para avaliar possíveis gatilhos ambientais para uso e abuso de substâncias psicotrópicas. O plano de amostragem probabilística, o grande tamanho de amostra e a boa taxa de resposta foram fatores que permitiram uma evidência psicométrica confiável do instrumento para a população brasileira. O LENAD também permitiu a investigação da capacidade do instrumento para prever o consumo nocivo de álcool e uso de substâncias ilegais em uma amostra nacionalmente representativa da população brasileira.

Eventos adversos podem ser altamente estressantes, causando grande angústia, sendo normalmente incontrolláveis e imprevisíveis, dos quais a associação da sensação de alívio aprendido com o uso de substâncias coloca o indivíduo em risco de abuso de álcool e drogas e o possível desenvolvimento de dependência (Ames & Roitzsch, 2000; Sinha, 2008). Os resultados advindos das análises realizadas demonstraram que vivenciar eventos adversos deixa o indivíduo vulnerável ao uso de substâncias. Pressupõe-se que ao usar substâncias psicotrópicas, possivelmente com o intuito de alívio da angústia, ocorre um

aprendizado adaptativo diante do estresse, funcionando como uma estratégia negativa de enfrentamento. Essa estratégia aprendida pode aumentar o desejo do uso e pode favorecer o desenvolvimento da compulsão em relação ao álcool e as drogas (Sinha, 2008).

A percepção e a avaliação do estresse estão relacionadas a aspectos específicos da apresentação dos estímulos, traços de personalidade e da disponibilidade dos recursos internos do indivíduo. A alta tensão emocional está associada à perda do controle sobre os impulsos, incapacidade de inibir comportamentos inadequados e espera pela gratificação. A investigação dos efeitos do estresse, causado por uma adversidade, sobre a resposta adaptativa de enfrentamento, é um componente importante na compreensão dos comportamentos de uso, abuso e possível desenvolvimento de dependência de álcool e drogas (Cleck & Blendy, 2008; Rocha, Allardi, Rocha, & Araújo, 2013).

Pesquisas apontam que eventos adversos podem contribuir para a iniciação, aceleração ou cronicidade de problemas relacionados com o uso e abuso de álcool e a utilização de outras substâncias psicoativas (Madruga et al., 2011). Deve-se salientar, no entanto, que uma relação causal entre eventos adversos e padrões nocivos de consumo abusivo de álcool e uso de cocaína não podem ser deduzidos das associações identificadas no presente estudo devido ao seu desenho transversal.

Dentre outros fatores de risco, sofrer adversidades tem favorecido o uso de outras substâncias psicoativas como metanfetamina, opiáceos e nicotina (Cadet, 2016; Massaro et al., 2017). Há estudos indicando que as respostas ao estresse fisiológico podem aumentar o consumo de álcool e a procura de substâncias psicotrópicas na busca de regular a emoção gerada. Nesse estudo, foram realizadas associações de eventos adversos com o consumo de substâncias psicotrópicas, sejam lícitas ou ilícitas, nos últimos doze meses, e os resultados mostraram aumento nas chances de transtornos por uso de álcool, tanto para homens como para as mulheres, além das chances do uso de maconha aumentado para homens e do beber em *binge* para mulheres. Tais resultados podem estar associados à crença que os efeitos rápidos da intoxicação promoveriam o bem-estar, autocontrole, sem necessidade de esforço especial ou desenvolvimento de novas habilidades de enfrentamento (Cadet, 2016; Clark et al., 1997).

Os resultados desse estudo concordam com outras pesquisas que apontam que vivenciar eventos adversos geradores de estresse aumentam o risco de transtornos por uso de álcool e outras drogas, estudos também demonstram como a diversidade destes eventos e seus diferentes níveis de estresse favorecem a transição do uso ocasional para dependência (Cadet, 2016; Serretti et al., 2013; Sinha, 2008; Wand, 2008).

Estudos mostram que fatores como o apoio social ou estratégias adaptativas de enfrentamento perante o evento adverso podem mitigar os efeitos negativos do estresse, diminuindo respostas impulsivas de uso e abuso de álcool e/ou drogas. Da mesma forma, o consumo repetido de drogas pode comprometer o autocontrole como um recurso de enfrentamento diante de adversidades (Wu et al., 2016).

A identificação de grupos de alto risco pode permitir a elaboração de estratégias de prevenção mais eficientes e direcionadas. A necessidade da continuidade do tratamento em saúde mental, entretanto, é essencial nos casos em que o estresse gerado por vivenciar adversidade torna-se crônico, levando ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos graves (Ozbay, Auf der Heyde, Reissman, & Sharma, 2013).

Constatar a vulnerabilidade do indivíduo frente a eventos adversos é algo preocupante, pois a pesquisa mostrou que apesar de 59% da amostra não ter vivenciado nenhum evento adverso nos últimos doze meses, 22,6% precisou lidar com pelo menos um evento e 18,4% com dois ou mais, mostrando uma considerável parcela da amostra em condição de estresse ambiental que contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais, incluindo problemas com substâncias psicotrópicas (Andersen & Teicher, 2009; Füssel, 2007).

O impacto dos eventos adversos em pessoas com mais idade, pode ser modificado em função da vulnerabilidade ambiental e individual, como a dependência de outras pessoas, limitações físicas e mentais e adoecimentos, demonstrando fragilidade a uma manifestação mais intensa de estresse nessa população (Marin et al., 2011; Talarico, Caramelli, Nitrini, & Chaves, 2009). Os resultados das associações de eventos adversos com as características sociodemográficas mostraram que quanto maior a idade do indivíduo, maiores são as chances de vivenciar adversidades. Para esta população, sugere-se estratégia de enfrentamento que auxiliem no controle das emoções desencadeadas pelo evento adverso, como prevenção as possíveis complicações que tais situações estressoras

podem causar na saúde física e/ou mental (Talarico et al., 2009; Wathier, Wilhelm, Giacomoni, & Dell'Aglio, 2007).

Percebe-se a importância na prevenção dos danos que eventos adversos podem causar na saúde do indivíduo. O desenvolvimento de estratégia de enfrentamento saudável é indispensável para prevenir ou diminuir a ameaça, dano, perda ou para reduzir o sofrimento causado pelo estresse que vivenciar um evento adverso produz na saúde do indivíduo (Rodríguez, Carlotto, & Barcinski, 2016).

Aquisição das estratégias de enfrentamento permite explicar os mecanismos psicológicos envolvidos na superação das adversidades e na construção de trajetórias de desenvolvimento saudáveis, também permite embasar estudos no campo da resiliência, do bem-estar e da qualidade de vida. Além disso, contribui para a compreensão dos fatores envolvidos nos desfechos menos favoráveis de eventos adversos, como os transtornos por uso, abuso e dependência por substâncias psicotrópicas analisados nesse estudo (Ramos et al., 2015).

6.1 Limitações

O presente estudo possui algumas limitações. Primeiramente é necessário destacar que, embora a técnica mista de entrevista que usa o envelope lacrado seja uma vantagem importante, ainda assim é possível considerarmos algum nível de falsos negativos ao avaliarmos o consumo de substâncias ilícitas. Também é possível considerarmos que a avaliação dos eventos adversos da escala foi realizada através da entrevista face-a-face, podendo também ter sofrido viés de informação. A amostra do levantamento, embora abundante para um estudo de evidência psicométrica de instrumento, é também uma limitação quando se considera o poder estatístico para avaliar a associação da variável latente adversidade com o consumo de outras substâncias ilícitas menos prevalentes, o que impossibilitou tal investigação. Por último, é também relevante ressaltar, que a identificação do traço latente da *adversidade* para futuras pesquisas dependerá do uso de análise estatística sofisticada que permita o desempenho da análise da classe latente. Quando não é seguido por tal análise, o uso do traço latente de *adversidade* não poderá ser investigado, limitando-se à medição do nível de exposição à adversidade através da soma dos itens da escala.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Decorrente do crescente interesse em aprofundar as informações obtidas em grandes estudos populacionais no Brasil, há um aumento da demanda de instrumentos de pesquisa que sejam breves, sensíveis e com evidências psicométricas que investiguem variáveis ambientais e, mais especificamente, a exposição à eventos adversos. A LTE-Q é, portanto, um instrumento que preenche uma lacuna existente no “cardápio” de ferramentas disponíveis para este tipo de avaliação, e de grande valia para estudos onde o tempo e o orçamento são limitados, uma vez que requer um tempo mínimo de aplicação, não exige entrevistadores altamente qualificados bem como não possui custos específicos para sua aplicação. Sendo assim, espera-se que a disponibilidade de uma ferramenta de avaliação de eventos adversos no Brasil auxiliará na investigação de transtornos mentais em estudos epidemiológicos no país. Destaca-se que esta ferramenta está disponível para uso em diferentes campos de pesquisa na área psicossocial no Brasil, incluindo grandes inquéritos epidemiológicos.

8. Referências:

- Ally, E. Z., Laranjeira, R., Viana, M. C., Pinsky, I., Caetano, R., Mitsuhiro, S., & Madruga, C. S. (2016). Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38, 98-105. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000200098&nrm=iso
- Ames, S. C., & Roitzsch, J. C. (2000). The impact of minor stressful life events and social support on cravings: A study of inpatients receiving treatment for substance dependence. *Addictive Behaviors*, 25(4), 539-547.
- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2009). Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neurosci Biobehav Rev*, 33(4), 516-524. doi:10.1016/j.neubiorev.2008.09.009
- Andreoli, S. B., Ribeiro, W. S., Quintana, M. I., Guindalini, C., Breen, G., Blay, S. L., . . . Mari Jde, J. (2009). Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*, 9, 34. doi:10.1186/1471-244X-9-34
- Association, A. P. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: Artmed Editora.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 1-9.
- Beatty, P. (2004). The dynamics of cognitive interviewing. *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*, 45-66.
- Berden, G. F. M. G., Althaus, M., & Verhulst, F. C. (1990). Major Life Events and Changes in the Behavioural Functioning of Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(6), 949-959. doi:10.1111/j.1469-7610.1990.tb00836.x
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15(01), 189-194. doi:doi:10.1017/S003329170002105X
- Brugha, T. S., & Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*, 82(1), 77-81.
- Cadet, J. L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular neurobiology*, 53(1), 545-560.
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., & Rodriguez, L. A. (2009). The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): the association between birthplace, acculturation and alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups. *Drug Alcohol Depend*, 99(1-3), 215-221. doi:10.1016/j.drugaldep.2008.08.011
- Cano, S. J., & Hobart, J. C. (2011). The problem with health measurement. *Patient preference and adherence*, 5, 279-290. doi:10.2147/PPA.S14399
- Chagas, M. I. O. (2016). O estresse na reabilitação: a Síndrome da Adaptação Geral e a adaptação do indivíduo à realidade da deficiência. *Acta fisiátrica*, 17(4), 193-199.
- Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and Other Adverse Life Events in Adolescents With Alcohol Abuse and Dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1744-1751. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199712000-00023>
- Cleck, J. N., & Blendy, J. A. (2008). Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *The Journal of clinical investigation*, 118(2), 454.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 925-936. Retrieved from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&nrm=iso

- Costello, E. J., Eaves, L., Sullivan, P., Kennedy, M., Conway, K., Adkins, D. E., . . . van den Oord, E. (2013). Genes, environments, and developmental research: methods for a multi-site study of early substance abuse. *Twin Res Hum Genet*, *16*(2), 505-515. doi:10.1017/thg.2013.6
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, *16*(3), 297-334.
- Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., . . . Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addict Behav*, *35*(1), 7-13. doi:10.1016/j.addbeh.2009.07.004
- Ducci, F., & Goldman, D. (2008). Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. *Addiction*, *103*(9), 1414-1428. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02203.x
- Englund, M. M., Egeland, B., Oliva, E. M., & Collins, W. A. (2008). Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental analysis. *Addiction*, *103 Suppl 1*, 23-35. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02174.x
- Ferreira, A. C. Z., Czarnobay, J., de Oliveira Borba, L., Capistrano, F. C., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2016). Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *18*.
- Ferri, C. P., Marsden, J., Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug Alcohol Rev*, *19*(4), 451-455.
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. (2016). Biological determination of mental disorders: a discussion based on recent hypotheses from neuroscience. *Cadernos de Saúde Pública*, *32*(8).
- Füssel, H.-M. (2007). Vulnerability: A generally applicable conceptual framework for climate change research. *Global environmental change*, *17*(2), 155-167.
- Generaal, E., Vogelzangs, N., Macfarlane, G. J., Geenen, R., Smit, J. H., de Geus, E. J., . . . Dekker, J. (2016). Biological stress systems, adverse life events and the onset of chronic multisite musculoskeletal pain: a 6-year cohort study. *Annals of the rheumatic diseases*, *75*(5), 847-854.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC medical research methodology*, *10*(1), 1.
- Grassi-Oliveira, R., Pezzi, J. C., Daruy-Filho, L., Viola, T. W., Francke, I. D., Leite, C. E., & Brietzke, E. (2012). Hair cortisol and stressful life events retrospective assessment in crack cocaine users. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *38*(6), 535-538. doi:10.3109/00952990.2012.694538
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, *7*(4), 323-335.
- Hosang, G. M., Korszun, A., Jones, L., Jones, I., Gray, J. M., Gunasinghe, C. M., . . . Farmer, A. E. (2010). Adverse life event reporting and worst illness episodes in unipolar and bipolar affective disorders: measuring environmental risk for genetic research. *Psychol Med*, *40*(11), 1829-1837. doi:10.1017/s003329170999225x
- Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. (2003). *Psicologia: Atlas*.
- Inder, K. J., Handley, T. E., Fitzgerald, M., Lewin, T. J., Coleman, C., Perkins, D., & Kelly, B. J. (2012). Individual and district-level predictors of alcohol use: cross sectional findings from a rural mental health survey in Australia. *BMC Public Health*, *12*, 586. doi:10.1186/1471-2458-12-586
- Kaplan, M. S., Huguet, N., Caetano, R., Giesbrecht, N., Kerr, W. C., & McFarland, B. H. (2015). Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev*, *21*(1), 35-41. doi:10.1136/injuryprev-2014-041215

- Kawakami, N., Takatsuka, N., Inaba, S., & Shimizu, H. (1999). Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addict Behav*, 24(2), 155-166.
- Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97(6), 727-731. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084142>
- Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*, 68(4), 319-323. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.01.006 <Lenad-II-Relatório.pdf>.
- LENAD. (2014). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - (2012). Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo. *Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP*.
- Levine, P. A. (2012). *Uma Voz sem Palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*: Summus Editorial.
- Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug Alcohol Depend*, 93(3), 217-226. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.012
- Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 126-133.
- Lopes, C. S., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: Resultados do Estudo Pró-Saúde [Stressful life events and common mental disorders: Results of the Pro-Saude Study]. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720.
- Madruga, C. S. (2012). Eventos adversos na infância e uso de substâncias ao longo da vida.
- Madruga, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Ribeiro, W., Zaleski, M., Pinsky, I., & Ferri, C. P. (2011). Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood-The first Brazilian national survey. *Addict Behav*, 36(3), 251-255. doi:10.1016/j.addbeh.2010.10.011
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. d. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74.
- Marin, M.-F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R.-P., Sindi, S., Arsénault-Lapierre, G., . . . Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of learning and memory*, 96(4), 583-595.
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. *Marlatt GA, Donovan DM. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictos. Porto Alegre: Artmed*, 15-50.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins-Monteverde, C. M. S., Padovan, T., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos relacionados a traumas e a estressores. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*, 50(Supl 1), 37-50.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 135-142. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37721999000200006&nrm=iso
- Marturano, E. M., & Ferreira Trivellato, M. d. C. (2002). Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho Escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1).
- Mascella, V., Vieira, N., Beda, L. C., & Lipp, M. E. N. (2014). Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 407-428.
- Massaro, L. T. S., Abdalla, R. R., Laranjeira, R., Caetano, R., Pinsky, I., & Madruga, C. S. (2017). Amphetamine-type stimulant use and conditional paths of consumption: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39, 201-

207. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000300003&nrm=iso
- Mestre-Pintó, J. I., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., & Torrens, M. (2014). Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *Eur Addict Res*, 20(1), 41-48.
- Ministério da Saúde, F., Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2013). *Pesquisa nacional de saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*.
- NHS. (2009). *Adult psychiatric morbidity in England, 2007 Results of a household survey*. In S. M. McManus, H. Brugha, T. Bebbington, P. Jenkins, R. (Series Ed.) (pp. 274). Retrieved from <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB02931/adul-psyc-morb-res-hou-sur-eng-2007-rep.pdf> Retrieved from <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB02931/adul-psyc-morb-res-hou-sur-eng-2007-rep.pdf>
- NIIDA. (2004). *Council Approves Definition of Binge Drinking, NIAAA*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (3). Bethesda.
- Osório, F. d. L., Crippa, J. A. d. S., & Loureiro, S. R. (2005). Instruments for the assessment of social anxiety disorder. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(2), 73-83.
- Osório, F. d. L., Salum, G. A., Donadon, M. F., Forni-dos-Santos, L., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2013). Psychometrics properties of early trauma inventory self report–short form (ETISR-SR) for the Brazilian context. *PLoS One*, 8(10), e76337.
- Ozbay, F., Auf der Heyde, T., Reissman, D., & Sharma, V. (2013). The enduring mental health impact of the September 11th terrorist attacks: challenges and lessons learned. *Psychiatr Clin North Am*, 36(3), 417-429. doi:10.1016/j.psc.2013.05.011
- Pagliarone, A. C., & Sforzin, J. M. (2016). Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. *Biosaúde*, 11(1), 57-90.
- Patton, G. C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J. B., & Bowes, G. (2003). Life events and early onset depression: cause or consequence? *Psychol Med*, 33(7), 1203-1210.
- Perreau-Lenz, S., & Spanagel, R. (2015). Clock genes× stress× reward interactions in alcohol and substance use disorders. *Alcohol*, 49(4), 351-357.
- Piper, M. E., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res*, 8(3), 339-351. doi:10.1080/14622200600672765
- Pires, T., Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Pesce, R. P. (2016). Cross-Cultural adaptation of the General Functioning Scale of the Family. *Rev Saude Publica*, 50. doi:10.1590/s1518-8787.2016050005832
- Planeta, C. d. S., Cruz, F. C., Marin, M. T., Aizenstein, M. L., & DeLucia, R. (2007). Ontogênese, estresse e dependência de substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 43, 335-346. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322007000300003&nrm=iso
- Popa, M. (2011). „Infidelitățile “coeficientului de fidelitate Cronbach alfa. *Psihologia Resurselor Umane Human Resources Psychology Psychologie des Ressources Humaines*, 85.
- Price, L. H., & Steckler, T. (2011). Early life stress and psychopharmacology. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1), 1-3. doi:10.1007/s00213-011-2217-4
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. d. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 269-279. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000200269&nrm=iso
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*, 41(4), 665-673.

- Rende, R. D., & Plomin, R. (1991). Child and parent perceptions of the upsettingness of major life events. *J Child Psychol Psychiatry*, 32(4), 627-633.
- Rocha, S. M., Alliard, S., Rocha, B. F. d., & Araújo, R. B. (2013). Eventos estressores e recaídas de usuários de substâncias psicoativas: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 108-117.
- Rodríguez, S. Y. S., Carlotto, M. S., & Barcinski, M. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas por psicólogos: uma análise de gênero. *Salud & Sociedad*, 6(2), 110-119.
- Rothman, E. F., Edwards, E. M., Heeren, T., & Hingson, R. W. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*, 122(2), e298-304. doi:10.1542/peds.2007-3412
- Santos, L. C. d., & Marturano, E. M. (1999). Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 377-394. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200009&nrm=iso
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7, 30. doi:10.1186/1471-2458-7-30
- Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., . . . Florescu, S. (2013). Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study. *PLoS One*, 8(11), e80573.
- Serretti, A., Souery, D., Antypa, N., Calati, R., Sentissi, O., Amital, D., . . . Mendlewicz, J. (2013). The impact of adverse life events on clinical features and interaction with gene variants in mood disorder patients. *Psychopathology*, 46(6), 384-389. doi:10.1159/000345358
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130.
- Society, T. P. (2017). Stress in modern Britain - Making Sense of Stress Our 2017 theme. *The Journal of Physiology*. Retrieved from <http://www.physoc.org/sites/default/files/press-release/4042-stress-modern-britain.pdf>
- Streiner, D., & Norman, G. (2008). Health measurement scales: a practical guide to their development and use 4 edition Oxford University Press. New York.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*: Oxford University Press, USA.
- Talarico, J. N. d. S., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. C. (2009). Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 803-809. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400010&nrm=iso
- Tyrka, A. R., Price, L. H., Gelernter, J., Schepker, C., Anderson, G. M., & Carpenter, L. L. (2009). Interaction of childhood maltreatment with the corticotropin-releasing hormone receptor gene: effects on hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity. *Biol Psychiatry*, 66(7), 681-685. doi:10.1016/j.biopsych.2009.05.012
- Waiselfiz, J. J. (2015). Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo. *Flacso*.
- Wand, G. (2008). The influence of stress on the transition from drug use to addiction. *Alcohol Research & Health*, 31(2), 119.
- Wathier, J. L., Wilhelm, F., Giacomoni, C. H., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente ativos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 12.
- Wu, Z. H., Tennen, H., Hosain, G., Coman, E., Cullum, J., & Berenson, A. B. (2016). Stress Mediates the Relationship Between Past Drug Addiction and Current Risky Sexual Behaviour Among Low-income Women. *Stress and Health*, 32(2), 138-144.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 275-303. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358

ANEXOS

ANEXO A – Artigo Publicado

ORIGINAL ARTICLE

Brazilian cross-cultural adaptation and validation of the List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q)

Patrícia B. de Abreu,^{1,2} Hugo Cogo-Moreira,¹ Regina A. Pose,³ Ronaldo Laranjeira,^{1,2}
 Raul Caetano,^{1,4} Carolina M. Gaya,² Clarice S. Madruga^{1,2}

¹Instituto Nacional de Pesquisa em Álcool e Outras Drogas (INCT INPAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil. ²Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil. ³Escola de Saúde, Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, SP, Brazil. ⁴Pacific Institute for Research and Evaluation, Oakland, CA, USA.

Objective: To perform a construct validation of the List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q), as well as convergence validation by identifying its association with drug use in a sample of the Brazilian population.

Methods: This is a secondary analysis of the Second Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (II BNADS), which used a cross-cultural adaptation of the LTE-Q in a probabilistic sample of 4,607 participants aged 14 years and older. Latent class analysis was used to validate the latent trait adversity (which considered the number of events from the list of 12 item in the LTE experienced by the respondent in the previous year) and logistic regression was performed to find its association with binge drinking and cocaine use.

Results: The confirmatory factor analysis returned a chi-square of 108,341, weighted root mean square residual (WRMR) of 1.240, confirmatory fit indices (CFI) of 0.970, Tucker-Lewis index (TLI) of 0.962, and root mean square error approximation (RMSEA) score of 1.000. LTE-Q convergence validation showed that the adversity latent trait increased the chances of binge drinking by 1.31 time and doubled the chances of previous year cocaine use (adjusted by sociodemographic variables).

Conclusion: The use of the LTE-Q in Brazil should be encouraged in different research fields, including large epidemiological surveys, as it is also appropriate when time and budget are limited. The LTE-Q can be a useful tool in the development of targeted and more efficient prevention strategies.

Keywords: Brazil; validation; epidemiology; adverse life events assessment

Introduction

It is widely accepted that the development of mental disorders involves a complex combination of biological and environmental factors.^{1,2} A large body of evidence shows that exposure to threatening events is a key predictor of several psychiatric disorders, such as antisocial behavior,³ mood and anxiety disorders,^{4,5} and especially use of psychoactive drugs and addiction.^{1,6} Events such as natural disasters, being the victim of severe violence, losing a close relative, or even losing a job can lead to emotional reactions that contribute to depression, suicide, post-traumatic stress, and abuse of alcohol and other drugs.^{7,8} There is also evidence that events such as job loss, relationship issues, and serious financial problems are associated with excessive alcohol consumption and development of alcohol-related disorders.⁹ Even though the trigger thresholds are individual and multifactorial,^{10,11}

it is useful to understand how threatening environmental experiences can predict certain disorders at the population level, facilitating efforts to prevent their occurrence (where possible) and encouraging early treatment initiatives. This knowledge can contribute to the development of mental health care and prevention strategies tailored to inhibit the progress of such disorders within the most vulnerable populations.

The use of validated instruments adapted to specific sociocultural contexts is imperative for clinical and epidemiological research. So far, the only available tool to assess stressful life events in Brazil is the Scale of Adverse Events, a 36-item inventory developed by Santos et al.¹²⁻¹⁴ The inventory covers a list of adverse situations that may occur in different areas of life, based on existing instruments to investigate childhood life events.^{15,16} The lack of formal validation, as well as the need for an extensive interview to perform it, limits its use in large epidemiological surveys.

The List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q) was developed by Brugha et al.¹⁷ in 1985. This comparatively short instrument – composed of 12 items focusing on negative adverse events that happened over the past 12 months – has been shown to have high specificity and sensitivity on concurrent validation with the Life Events

Correspondence: Clarice S. Madruga, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Rua Borges Lagoa 570/82, CEP 04038-000, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brazil.
 E-mail: clarice@uniad.org.br

Submitted Oct 04 2016, accepted Nov 29 2016.

and Difficulties Scale (LEDS).¹⁸ The LTE-Q has been recommended for use in psychiatric, psychological, and social studies in which resources do not allow for the use of extensive interview measures of stress. A shorter version of this instrument, called Adverse Life Events Questionnaire (ALE-Q), was also used in three waves of the English Mental Health and Comorbidity Survey.¹⁹

The growing interest in deepening the information obtained in large population studies in Brazil has created an increasing demand for short, sensitive, and validated epidemiological instruments. Therefore, the present study aims to describe the cross-cultural adaptation of the LTE-Q and to validate this tool through exploratory and confirmatory analysis using a representative sample of the Brazilian population. Further, a convergence validation will be performed^{20,21} by testing the association of the latent construct adversity with drug use.

Methods

Cross-cultural adaptation

Before being used in the Second Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (II BNADS), the LTE-Q was cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese^{22,23} and named *Lista de Eventos Adversos Recentes*. The cross-cultural adaptation was conducted in five stages: i) investigation of conceptual and item equivalence; ii) translation and back translation; iii) cognitive interviewing; iv) piloting; and v) assessment.

Investigation of conceptual and item equivalence

This step involved literature review and discussion with experts in the field and members of the target population. An expert committee was formed, including i) an expert in mental health epidemiology; ii) an expert in Brazilian public addiction and treatment policies; and iii) an expert in instrument validation in psychiatry.

Forward translation

Two native speakers of Brazilian Portuguese with fluency in English translated the list of 12 events independently and merged the translations into a single Portuguese version. Afterwards, one native speaker of English with fluency in Brazilian Portuguese back-translated this version. After reaching a consensus, the group of translators produced the final version.

Cognitive interview

Cognitive interviewing aims to detect items that are not understood by respondents as intended by the survey developers.²⁴ Thus, 30 Brazilian Portuguese speakers were interviewed to evaluate comprehension of the translated questions. The interview covered comprehension or interpretation, information retrieval, judgment formation, and response editing. According to Beatty,²⁴ cognitive interview results can be used to revise or develop new items, so that they are appropriate to the cultural context and lifestyle of respondents.

Pilot testing

The pilot was performed to evaluate the interviewer's ability to spot possible inconsistencies in the complete version of the questionnaire (jumps and answer-cards). The pilot was also performed to estimate the average length of the interview. Ten interviews were carried out in the city of São Paulo, Brazil. No changes in the LTE-Q list were performed at this stage.

Assessment in the BNADS

The final revised version of the questionnaire was used in the II BNADS, in 2012. A national probabilistic sample of 4,607 Brazilians aged ≥ 14 years answered the questionnaire.

Sampling and procedures

The II BNADS was conducted in 2012. A multistage cluster sampling procedure was used to select 4,607 individuals aged ≥ 14 years, including an oversample of 1,157 adolescents (14 to 18 years old) from all regions of the Brazilian household population. The global response rate was 77%. The oversample response rate was 79%. Sampling involved three stages: i) selection of 149 municipalities using probability proportional to size sampling (PPS); ii) selection of two census tracts in each county, with the exception of the 14 largest counties selected, totaling 375 census tracts, also using PPS; and iii) within each census tract, eight households were selected by simple random sampling, followed by selection of a household member to be interviewed using the "the closest future birthday" technique. Face-to-face interviews of approximately 1 hour were conducted at the respondent's home by trained interviewers using a standardized questionnaire.

Other measures from II BNADS

Sociodemographic variables

Sociodemographic variables included gender, age, education (illiterate, primary education, secondary education, technical/academic degree and above), personal income (continuous variable), and marital status (single, married/cohabiting, widow, divorced, separated).

Substance use assessment

Binge drinking. The definition of binge drinking proposed by the National Advisory Council to the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) in 2004 was adopted. This definition considers a pattern of drinking that raises blood alcohol concentration to 0.08 g percent or above.²⁵

Cocaine use. Self-reported lifetime and previous year use of all forms of cocaine (smoked and snorted) was assessed. The measure was self-reported in order to guarantee confidentiality and reduce false negative answers. The questions regarding cocaine use were not included in the face-to-face interview. Rather, they were part of a written questionnaire filled by each participant individually.

in a separate room and returned to the interviewer in a sealed envelope.

Exploratory analysis

The alpha-Cronbach analysis was performed to test the reliability of the scale, following the protocol suggested by Maroco & Garcia Marques.²⁶

Construct validity using latent class analysis model

Adversity latent factor

An adversity factor was constructed considering the number of events from the list of 12 item in the LTE experienced by the respondent in the previous year.

Goodness of fit for the trait

The goodness of fit of the latent trait was assessed through the statistical package M-Plus using the following fit indexes: chi-square, weighted root mean square residual (WRMR), confirmatory fit indices (CFI), the Tucker-Lewis index (TLI), and root mean square error approximation (RMSEA). The following cutoff criteria were used to determine a good model fit: chi-square with no statistical significance (> 0.05), WRMR near or less than 0.95, a RMSEA near or less than 0.06, and CFI and TLI near or greater than 0.95.²⁷ For the latent trait evaluation, the weighted least squares mean and variance adjusted (WLSMV) estimator was used.

Predictive value of the latent trait

The LTE-Q, a continuous latent variable, was regressed on cocaine consumption in the past year and alcohol use disorder, both of which are dichotomous variables. In logistic regressions (i.e., under maximum likelihood as estimator), missing data were addressed via full information maximum likelihood assuming a missing at random (MAR) mechanism. The impact of the continuous latent variable on the dichotomous variables was expressed in terms of the odds ratio (OR) with an adopted significance level of 0.05; the significance of the LTE-Q trait was assessed using the Wald Test.

Associations with substance use

Following validation, models of logistic regression were performed to assess possible associations between psychoactive substance use (binge drinking and cocaine use) and the indicators of threatening experiences detected/measured by the instrument. The model was adjusted by sociodemographic variables sex, age, and education.

Results

Cross-cultural adaptation: investigation of conceptual and item equivalence

The original LTE-Q consists of 12 common life events that are highly likely to be threatening, such as bereavement or being sacked from a job¹⁸ (Table 1).

Table 1 Original version of the List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q) developed by Brugha et al.¹⁷

Item	Question
1	You yourself suffered a serious illness, injury, or an assault
2	A serious illness, injury, or assault happened to a close relative
3	Your parent, child, or spouse died
4	A close family friend or another relative (aunt, cousin, grandparent) died
5	You had a separation due to marital difficulties
6	You broke off a steady relationship
7	You had a serious problem with a close friend, neighbor, or relative
8	You became unemployed or you were seeking work unsuccessfully for more than one month
9	You were sacked from your job
10	You had a major financial crisis
11	You had problems with the police and a court appearance
12	Something you valued was lost or stolen

Four items were added to the list of threatening events following consultancy with the three experts: you were forced to move out of your house; you lost custody of a child; you lost your home in natural disaster; you were the victim of armed robbery/abduction.

The inclusion of these items was considered crucial by the experts because of their relevance for the present socioeconomic context of Brazil.²⁸⁻³⁰ Further, the country's lack of public welfare support led the committee to agree that item 8 ("Unemployed/seeking work for more than one month") was better related to "Job insecurity" in the Brazilian context. Therefore, item 8 was replaced with "Job insecurity." In order to ensure that the questionnaire would not become exceedingly long, the committee also recommended merging original items 3 and 4 as they overlap (Death of a close friend or family member). In addition, items 7 and 12 ("Serious problem with a close friend, neighbor or relative" and "Something valuable lost or stolen") were removed.

Forward translation

Following cross-cultural adaptation, the questionnaire was translated into Brazilian Portuguese using the forward translation method. Table 2 shows the Brazilian Portuguese version of the LTE-Q (Table 2).

Cognitive interview

The cognitive interview method led to the modification of a few items, as follows:

1) Items 5 and 6 were merged: both questions were regarding separation and most participants asked the difference between them.

2) Item 3 "Death of a close friend or family member" was also modified, as participants frequently asked "which level of friendship closeness" they should consider. Therefore, the term "close friend" was deleted. The final version was edited to: "Death of a member of your family." Table 3 shows the final version of the Brazilian Portuguese version of the LTE-Q and the back translation into English.

Pilot testing

The final version of the questionnaire was piloted in 10 individuals. The pre-test did not lead to further modifications of the instrument. The pilot allowed the team to estimate the total duration of the interview (58 minutes) and to complete the interviewers training.

Validation

Exploratory analysis. The LTE questionnaire's internal consistency measured by Cronbach's alpha was 0.86 for the 12 items of the questionnaire.

Confirmatory factor analysis. The initial factor analysis showed that item 9 is an empty cell when compared to other items (Figure 1). There was an adjustment (patch) of item 3 to item 2. After these corrections the data were re-analyzed with results shown in Table 4. The model with correction proved to be adjusted to adversity latent trait. Confirmatory factor analysis returned a chi-square of 108.341 with p-value = 0.0000, WRMR of 1.240, CFI = 0.970 (values greater than 0.95 are desired), TLI = 0.962 (values greater than 0.90 are desired), and RMSEA of 1.000 (expected value for reasonable adjustment to the model below 0.06), showing adjustment after correction of the list of the model to adversity latent trait.

Table 2 Brazilian Portuguese version of the List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q) developed by Brugha et al.¹⁷

Items	Questions
1	<i>Você já sofreu uma doença grave, lesão ou uma agressão</i>
2	<i>Uma doença grave, lesão ou agressão aconteceu com um parente próximo</i>
3	<i>Morte de um amigo próximo ou membro da família</i>
4	<i>Você teve uma separação devido a dificuldades conjugais</i>
5	<i>Você rompeu um relacionamento estável</i>
6	<i>Sentimento de insegurança no trabalho</i>
7	<i>Você foi demitido de seu emprego</i>
8	<i>Você teve uma grande crise financeira</i>
9	<i>Você teve problemas com a polícia e uma audiência no tribunal</i>
10	<i>Perdeu a guarda de um filho</i>
11	<i>Perdeu moradia em desastre natural</i>
12	<i>Sofreu assalto à mão armada/sequestro</i>

Table 3 Final version of the List of Threatening Events Questionnaire (Lista de Eventos Adversos Recentes) in Brazilian Portuguese with back translation into English

Item	Portuguese	Item	English
1	<i>Você teve uma doença grave</i>	1	Had a serious disease
2	<i>Doença grave de um membro da família</i>	2	Serious disease of a family member
3	<i>Morte de um membro da família</i>	3	Death of a family member
4	<i>Divórcio ou separação</i>	4	Divorce or separation
5	<i>Forçado a mudar de casa</i>	5	Forced to move house
6	<i>Ser demitido</i>	6	Sacked from your job
7	<i>Sentimento de insegurança no trabalho</i>	7	Job insecurity
8	<i>Problema financeiro grave</i>	8	Serious financial problem
9	<i>Está sendo processado</i>	9	Police record or court appearance
10	<i>Perdeu a guarda de um filho</i>	10	Lost custody of a child
11	<i>Perdeu moradia em desastre natural</i>	11	Lost house in natural disaster
12	<i>Sofreu assalto à mão armada/sequestro</i>	12	Was a victim of assault or kidnapping

Multivariate analysis

The latent variable adversity was regressed on binge drinking and cocaine use. We adjusted this model for socio-demographic variables sex, age, and educational level. Being exposed to adverse events increased the chances of binge drinking by 1.31 times (OR = 1.31; 95% confidence interval [95%CI] 1.18-1.47), even after control for all these sociodemographic variables. Exposure to adverse events also doubled the likelihood of using cocaine in the previous year (OR = 2.26; 95%CI 1.55-3.32) independent of socio-demographic variables (Table 5).

Discussion

The use of culturally adapted instruments in epidemiology research is essential, especially in countries with marked social and ethnic differences like Brazil. Mental health studies in Brazil and other Latin countries are often challenged by the lack of validated tools. Frequently, the results of these studies are limited by the use of instruments that have not undergone adequate cross-cultural adaptation, leading to a biased interpretation of findings. Specifically regarding the development of an environmental stress indicator, not only is it useful to investigate how stressful events trigger and worsen mental health disorders, but also to guide the development of more efficient prevention initiatives.

The LTE-Q developed by Brugha & Cragg¹⁸ was initially used as an interviewing tool for mental health patients, demonstrating excellent psychometric properties, with sensitivity and specificity of 80% or higher.³¹ Even though the instrument was conceived for the clinical setting, it was later used in nationwide epidemiologic surveys such as the English Mental Health and Comorbidity Surveys.¹⁹ In fact, the assessment of environmental stressful events has been used in several household national surveys to validate predictors of mental health disorders such as post-traumatic stress, depression, and anxiety disorders, as well as addictive disorders.^{32,33}

In this study, we also validated the LTE-Q using the latent class analysis method, allowing the estimation of the latent construct adversity with binge drinking and cocaine use. The cross-cultural adaptation of the questionnaire has shown to be effective by its statistical

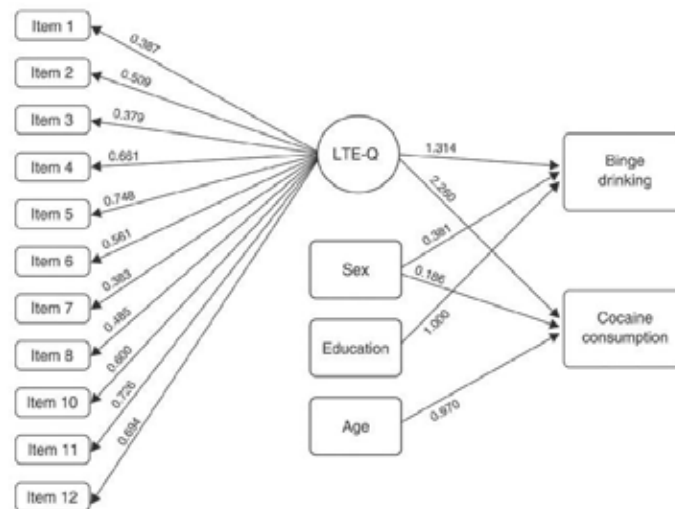


Figure 1 Model illustrating the adversity latent trait formed by the list of 11 items (since item 9 was an empty cell) and its association with binge drinking and cocaine consumption. LTE-Q = List of Threatening Events Questionnaire.

Table 4 Statistical indicators before and after correction

χ^2	RMSEA	CFI/TLI	WRMR
Value = 261.519 df = 54 p-value = 0.0000	Estimate = 0.029 90%CI = 0.025; 0.032 Probability RMSEA \leq 0.05 = 1.000	CFI = 0.907 TLI = 0.886	Value = 1.843
After correction			
Value = 108.341 df = 43 p-value = 0.0000	Estimate = 0.018 90%CI = 0.014 to 0.022 Probability RMSEA \leq 0.05 = 1.000	CFI = 0.970 TLI = 0.962	Value = 1.240

90%CI = 90% confidence interval; χ^2 = chi-square; CFI = confirmatory fit indices; df = degree of freedom; RMSEA = root mean square error approximation; TLI = Tucker-Lewis index; WRMR = weighted root mean square residual.

Table 5 Association between the latent variable adversity, binge drinking, and cocaine use adjusted by sociodemographic variables (logistic regression model)

Adversity	OR (95%CI)
Binge drinking	1.31 (1.18-1.47)*
Sex	0.38 (0.33-0.44)*
Age	1.00 (0.99-1.00)*
Education	1.00 (1.00-1.01)*
Cocaine use	2.26 (1.55-3.18)*
Sex	0.19 (0.99-0.35)*
Age	0.97 (0.95-0.99)*
Education	0.99 (0.96-1.03)*

95%CI = 95% confidence interval; OR = odds ratio.

validation. The instrument's internal consistency coefficient of 0.86 was considered satisfactory, as the minimum acceptable value for alpha is 0.70.³⁴ A satisfactory Cronbach alpha was expected, since the instrument's reliability level is artificially high due to a robust sample.³⁵

The confirmatory analysis also presented satisfactory indexes after the removal of one of the items due to empty cell.

Logistic analysis showed a positive association between the latent trait adversity and use of cocaine and binge drinking. The association with substance use provides a convergent validation to the tool, as it is in agreement with a large body of evidence, which shows the relationship between environmental stress and substance use disorders.^{36,37} Experiencing adversity seems to be a risk factor for the development of addiction of other substances as well, such as methamphetamine, opiates, and nicotine.³⁸ It is agreed that physiological stress responses may lead to increased alcohol consumption and the search for other psychotropic substances in the pursuit of self-emotional regulation. This reaction might be grounded in the belief that the rapid effects of intoxication would promote well-being and self-control, with no need for special effort or skills.³⁹ It is widely agreed that adverse events may contribute to the initiation, acceleration, or chronicity of

alcohol-related problems and the use of other substances. It must be pointed out, however, that a causal relationship between adverse events and harmful patterns of drinking or cocaine use cannot be inferred from the associations identified herein because of the study's cross-sectional design. It is also relevant to highlight that the identification of the adversity latent trait will depend on the use of sophisticated statistical analysis allowing the performance of latent class analysis. When not followed by such analysis, the use of the adversity trait is limited to measure the level of exposure to adversity (threatening events) by summing up its items.

The applicability of this knowledge depends on the ability to develop specific prevention strategies among individuals or populations exposed to stressful events, such as bereavement, natural disasters, socioeconomic restraints, or higher exposure to urban violence for instance. The identification of high-risk groups can allow the development of more efficient, targeted, and tailored prevention strategies. The need for continued mental health treatment, however, is essential in cases where post-traumatic stress becomes chronic, leading to the development of other severe psychiatric disorders.⁴⁰

Therefore, it is expected that the availability of a validated tool for the assessment of LTE-Q in Brazil can assist in the investigation of mental disorders in clinical and epidemiological studies in the country. The LTE-Q is a useful tool in studies where time and budget are limited. This tool should be free and available for use in different fields of research in Brazil, including large epidemiological surveys.

Acknowledgements

This study was supported by grants from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) during the design and conduct of the survey and from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) during the stages of data analyses and interpretation.

Disclosure

The authors report no conflicts of interest.

References

- Andersen SL, Teicher MH. Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009;33:516-24.
- Tyka AR, Price LH, Gelernter J, Schepker C, Anderson GM, Carpenter LL. Interaction of childhood maltreatment with the corticotropin-releasing hormone receptor gene: effects on hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity. *Biol Psychiatry*. 2009;66:681-5.
- Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007;7:30.
- Douglas KR, Chan G, Gelernter J, Arias AJ, Anton RF, Weiss RD, et al. Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addict Behav*. 2010;35:7-13.
- Hosang GM, Korszun A, Jones L, Jones I, Gray JM, Gunasinghe CM, et al. Adverse life event reporting and worst illness episodes in unipolar and bipolar affective disorders: measuring environmental risk for genetic research. *Psychol Med*. 2010;40:1829-37.
- Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1744-51.
- Serretti A, Souery D, Antypa N, Calati R, Sentissi O, Amital D, et al. The impact of adverse life events on clinical features and interaction with gene variants in mood disorder patients. *Psychopathology*. 2013;46:384-9.
- Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, et al. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*. 2009;9:34.
- Lloyd DA, Turner RJ. Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug Alcohol Depend*. 2008;93:217-26.
- Patton GC, Coffey C, Posterino M, Carlin JB, Bowes G. Life events and early onset depression: cause or consequence? *Psychol Med*. 2003;33:1203-10.
- Ducci F, Goldman D. Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. *Addiction*. 2008;103:1414-28.
- Santos L. Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1999.
- Marturano EM. Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psic Teor Pesq*. 1999;15:135-42.
- Ferreira MdCT, Marturano EM. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol Reflex Crit*. 2002;15:35-44.
- Rende RD, Plomin R. Child and parent perceptions of the upsettingness of major life events. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991;32:627-33.
- Berden GF, Althaus M, Verhulst FC. Major life events and changes in the behavioural functioning of children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31:949-59.
- Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*. 1985;15:189-94.
- Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scand*. 1990;82:77-81.
- NHS Information Centre. Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 12]. content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB02931/adul-psyc-morbs-hou-sur-eng-2007-mp.pdf
- Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52:281-302.
- Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull*. 1959;56:81-105.
- Pires T, Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP. Cross-Cultural adaptation of the General Functioning Scale of the Family. *Rev Saude Publica*. 2016 Jun 27;50. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050005832.
- Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:13.
- Beatty P. The dynamics of cognitive interviewing. In: Presser S, Rothgeb JM, Couper MP, Lessler JT, Martin J, et al., editors. *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. New Jersey: Wiley; 2004. p. 45-66.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*. 2004;3:3. [cited 2016 Dec 12]. pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf
- Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicol*. 2013;4:65-90.
- Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6:1-55.
- Waiselfiz JJ. Mapa da violência: Mortes matadas por armas de fogo. Brasília: Flacso; 2015.
- Brasil. Secretaria Nacional da Defesa Civil (SEDEC). Anuário Brasileiro de Desastres Naturais 2013 [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 12]. mi.gov.br/oc/document_library/get_file?uuid=fee4007a-ab0b-403e-bb1a-8aa00385630b&groupId=10157
- Ministério da Saúde, Fiocruz, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

- Pesquisa nacional de saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 12]. biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf
- 31 Mestre-Pinto JI, Domingo-Salvany A, Martín-Santos R, Torrens M, PsyCoBarcelona Group. Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *Eur Addict Res.* 2014;20:41-8.
- 32 Scott KM, Koenen KC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, et al. Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study. *PLoS One.* 2013;8:e80573.
- 33 Generaal E, Vogelzangs N, Macfarlane GJ, Geenen R, Smit JH, de Geus EJ, et al. Biological stress systems, adverse life events and the onset of chronic multisite musculoskeletal pain: a 6-year cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2016;75:847-54.
- 34 Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16:297-334.
- 35 Popa M. "Infidelitățile" coeficientului de fidelitate Cronbach alfa. *Psihologia Resurselor Umane.* 2011;9:85-99.
- 36 Inder KJ, Handley TE, Fitzgerald M, Lewin TJ, Coleman C, Perkins D, et al. Individual and district-level predictors of alcohol use: cross sectional findings from a rural mental health survey in Australia. *BMC Public Health.* 2012;12:586.
- 37 Perreau-Lenz S, Spanagel R. Clock genes x stress x reward interactions in alcohol and substance use disorders. *Alcohol.* 2015;49:351-7.
- 38 Cadet JL. Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Mol Neurobiol.* 2016;53:545-60.
- 39 Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:1744-51.
- 40 Ozbay F, Auf der Heyde T, Reissman D, Sharma V. The enduring mental health impact of the September 11th terrorist attacks: challenges and lessons learned. *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36:417-29.

ANEXO B – Versão Final do Questionário LTE-Q

Item	Lista de Eventos Adversos Recentes
1	Você teve uma doença grave
2	Doença grave de um membro da família
3	Morte de um membro da família
4	Divórcio ou separação
5	Forçado a mudar de casa
6	Ser demitido
7	Sentimento de insegurança no trabalho
8	Problema financeiro grave
9	Está sendo processado
10	Perdeu a guarda de um filho
11	Perdeu moradia em desastre natural
12	Sofreu assalto a mão armada/sequestro

ANEXO C – Artigo sobre Tabaco

Tobacco Smoking Trends in Brazil: Data from Two Nationally Representative Surveys -2006 /2012

Clarice Madruga¹, Patrícia Bernardete¹, Analice Gigliotti¹, Raul Caetano², Martin Raw³, Ann McNeil⁴, Ronaldo Laranjeira¹

¹ Unidade de Pesquisa em Álcool e Outras Drogas (UNIAD, Alcohol and Drugs Research Unit), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil

² University of Texas School of Public Health, Dallas Regional Campus, Dallas, TX, USA

³ University of Nottingham, UK

⁴ Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, UK

Send correspondence to:

Author's Correspondence Address:

Clarice S Madruga

clarice@uniad.org.br

National Institute of Policies on Alcohol and Drugs (INPAD) of the Psychiatry Department of the Federal University of São Paulo (UNIFESP), Brazil

Rua Borges Lagoa 570 sala 82 - Vila Clementino

São Paulo - SP - 04038000 - Brazil. Tel. +55 11 999700973/fax: +55 11 55790640.

Role of Funding Source

This study was supported by grants from CNPq (National Council for Scientific and Technological Development) during the design and conduct of the survey and from CAPES (Improvement Coordination of Superior Level Students) during the stages of data analyses and interpretation.

None of the authors have any connections to the tobacco, alcohol, pharmaceutical or gaming industries.

No contractual constraints on publishing have been imposed by the funder of this study.

Word Count:

Running Header:

Abstract

Objective: Tobacco is the second highest risk of death in the world. The aim of this study is to examine trends in tobacco consumption between 2006 and 2012 among a representative sample of the Brazilian population. This study also aimed to identify the factors associated with being a smoker as well as the ones associated with being a former smoker. **Methods:** The surveys used multistage cluster sampling procedure to select 3,007 and 4,607 individuals respectively, aged 14 years and older from the Brazilian household population including an oversampling of adolescents (14 to 18 years old). The overall response rate were 66% and 77%, respectively. Cross tabulations were used to compare tobacco consumption in 2006 and 2012 according to sociodemographic characteristics. Multivariate logistic regression models were used to assess the associations between sociodemographic characteristics, depression indication, early age of smoking initiation and having smoker parents with being a smoker and being a former smoker. **Results:** The national rate of smoking was estimated at 15.6% in 2012. Our findings showed a significant decrease in smoking between 2006 and 2012 among adolescents and adults alike, reaching over 60% reduction among female adolescents (from 4.6% to 1.5%), the rate of smoking reached 23% among adult men (26 to 59 years old). The average age of smoking initiation decreased in male adolescents from 14.2 years in 2006 to 12.9 years in 2012, while young women had an increase in the age of onset of tobacco use from 13.5 years in 2006 to 14.5 years in 2012. In adult Males the mean age of onset of tobacco use was 16.8 years in 2006 for 16.1 years in 2012 and in adult women the reduction was 17.5 years in 2006 to 16.9 years in 2012. Depressive disorder was consistently higher among smokers, being identified in over 45% of women smokers and 24.3% among men, compared to 29% and 16% among never smokers respectively. **Conclusion:**

Introduction

Tobacco is the second highest risk of death in the world. It is estimated that about six million people die of tobacco-related diseases every year worldwide with most of these deaths occurring in low-income and middle-income countries (Bilano et al., 2015; Gary A Giovino et al., 2012; WHO, 2009). Unless urgent actions are taken, it is estimated that it could reach 7.5 million by 2020, killing one person every six seconds, (Brasil, 2011; WHO, 2009, 2010). The highest mortality rates attributed to smoking are concentrated in Europe and the Americas, with 16% of all deaths attributed to the Americas Region alone (Mathers & Loncar, 2006; Öberg, Jaakkola, Woodward, Peruga, & Prüss-Ustün, 2010; PAHO, 2013). Even though tobacco use is decreasing in many countries, evidence shows rises among younger age groups in low and mid income countries (Gary A Giovino et al., 2012; WHO, 2008a) and it is estimated that tobacco use will account for 80% of premature deaths in low- and middle-income countries by 2030, affecting the already vulnerable health systems and economies (PAHO, 2016).

More effective measures could prevent the deaths of more than one billion people due to smoking in the 21st century alone (Gary A

Giovino et al., 2012; WHO, 2012, 2014).

Brazil has excelled in tobacco control in the last decade, with National Health System (*Sistema Único de Saúde*) costs with diseases attributed to smoking falling from 83% to 67% between 2011 and 2015. (PAHO, 2011; M. T. Pinto, Pichon-Riviere, & Bardach, 2015) as a result of current smokers rates falling by 35% (from 34,8% to 22,4%) between 1989 and 2003 (Monteiro, Cavalcante, Moura, Claro, & Szwarcwald, 2007) reaching a 46% reduction in 2010 (from 35.4% in 1989 to 31.0% in 2010) (Levy, de Almeida, & Szklo, 2012; Monteiro et al., 2007; PAHO, 2011). Despite of the decline in tobacco consumption in the last decades (PAHO, 2011) (Geography; Gary A. Giovino et al., 2012; PAHO, 2011) tobacco related problems still play an important role in the country's disease burden (M. Pinto, 2011; M. T. Pinto et al., 2015).

Evidence shows that factors such as the search for medical or health professionals, higher education, aging, being married and the raising of cigarette's prices favors smoking cessation (Lee & Kahende, 2007; Monteiro et al., 2007; Reid et al., 2010; Tejada, Ewerling, Santos, Bertoldi, & Menezes, 2013), whilst anxiety and mood disorders, being exposed to smoking within the household and early age of

smoking experimentation are associated with higher rates of addiction and unsuccessful quitting attempts (Barreto, de Figueiredo, & Giatti, 2013; Monteiro et al., 2007; Morris et al., 2011; Tejada et al., 2013).

The aim of this study is to examine trends in tobacco consumption between 2006 and 2012 among a representative sample of the Brazilian population. This study also aimed to identify the factors associated with being a smoker as well as the ones associated with being a former smoker. The understanding of the characteristics associated with being smokers can help with the development of more effective prevention strategies, whilst the identification of the factors associated with successful smoking cessation can pave the way for the elaboration of efficacious intervention approaches, improving treatment services thus enabling the increase of smoking cessation rates in Brazil.

2. Methods

This research protocol was approved by the Ethics Committee of the Federal University of São Paulo and by the National Commission of Ethics in Research (CONEP). All subjects provided a written informed consent prior to the interview in both waves of the

survey.

2.1 2006 and 2012 Surveys:

Both BNADS surveys were conducted by Ipsos Public Affairs and used multistage cluster sampling procedure to select 3,007 and 4,607 individuals respectively, aged 14 years and older from the Brazilian household population including an oversampling of adolescents (14 to 18 years old). Brazilian residents who do not speak Portuguese (native Brazilians living in the Amazonian forest) and individuals with severe intellectual disability were excluded from the sample. The overall response rates were 66% and 77%, respectively. The sampling process was conducted in 3 steps: 1) selection of 149 counties using probability proportional to size methods (PPS); 2) selection of 2 census sectors for each county, totalling 375 census sectors, also using PPS; and 3) within each census sector, 8 households were selected by simple random sampling, followed by the selection of a household member to be interviewed using the "the closest future birthday" technique. One-hour, face-to-face interviews were conducted in the respondents' home by trained interviewers using a standardized fully structured questionnaire.

2.2 Study Variables

Socioeconomic and demographic characteristics

All the main socioeconomic and demographic characteristics (sex, age, education, marital status and socioeconomic status) and the Brazilian geographic regions, which include North, Northeast, Centre West, Southeast, and South, were assessed.

Tobacco Use: Participants were asked about their consumption of tobacco products (cigarettes, roll-up's, pipes or cigars). Information on patterns of consumption (amount consumed, frequency of use in the last 30 days); age of onset and attitudes towards smoking were also obtained. Former smokers were defined by complete abstinence for at least 3 months and current smokers those who regularly consumed any tobacco product in the last 30 days.

Depressive Symptoms: Assessed using the Brazilian validated version of the 20-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). The CES-D Scale measures the experience of depressive symptomatology during the past two week. The measure was developed from items appearing on longer, well-validated depression scales. The items assess cognitive, affective, behavioural, and somatic symptoms of depression, and

positive affect. Each item is rated on a 4-point scale ranging from 0 = rarely or none of the time (less than 1 day) to 3 = most or all of the time (5-7 days). A total score is then calculated by summing the responses after reversing the positive affect items. Higher scores reflect greater levels of depressive

symptomatology. Radloff (1977) reported good internal consistency for the measure, with Cronbach's alpha coefficients of .84-.85 in White community samples and .90 in clinical samples. There also was strong evidence for validity. The CES-D discriminates between psychiatric inpatient and general population samples, and among levels of severity within patient groups; and is associated with other measures of depressive symptomatology. A score of 16 or above was considered as the cut-off point (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2007; Bradley, Bagnell, & Brannen, 2010) for case indication of depressive disorder (Batistoni et al., 2007; Bradley et al., 2010), and was used in the multivariate analysis.

2. 3 Statistical Analysis

In an attempt to account for the complex sampling design, data was weighed for the inverse probability of respondents' selection, including the oversampling of adolescents, and a post-stratification weight was

applied to correct for non-response and to adjust both samples to known population distributions on demographic variables (education, age, gender and region of the country) according to the Brazilian Census of 2010. Weighted prevalence and bivariate associations were estimated using STATA 13.0 (StataCorp., 2013). Cross tabulations were used to compare tobacco consumption in 2006 and 2012 according to sociodemographic characteristics. Multivariate logistic regression models were used to assess the associations between sociodemographic characteristics, depression indication, early age of smoking initiation and having smoker parents with being a smoker and being a former smoker.

Results

The national rate of smoking was estimated in 15.6% in 2012. Our findings showed a significant decrease in smoking between 2006 and 2012 among adolescents and adults alike, reaching over 60% reduction among female adolescents (from 4.6% to 1.5%). However, nearly two in ten men aged 14 years or older were still smoking in 2012. The Southeast region was the only region presenting significant decreasing in smoking rates, especially among adults, whilst the northeast showed a significant decreasing of smoking

among adolescents alone. The mean age of smoking initiation decreased in male adolescents from 14.2 years in 2006 to 12.9 years in 2012, while young women had an increase in the age of onset of use tobacco from 13.5 years in 2006 to 14,5 years in 2012. In adult males the mean age of onset of tobacco use was 16.8 years in 2006 for 16.1 years in 2012 and in adult women the reduction was 17.5 years in 2006 to 16.9 years in 2012 (data not shown on the tables).

Table 2 shows the sociodemographic characteristics of smokers, former-smokers and nonsmokers in 2012. More than two every ten men reported having quit smoking, compared to less than 8% among women. The rate of smoking reached 23% among adult men (26 to 59 years old). Smoking was more prevalent among individuals with less years of schooling Depressive disorder indication was consistently higher among smokers, being identified in over 45% of women smokers and 24.3% among men, compared to 29% and 16% among never smokers respectively. Over a third of all smokers reported having at least one parent who smokes. Table 3 shows the sociodemographic and risk factors for being a smokers or former smoker. Ageing was a risk for being a smoker with women aged 16 to 59 years having their

chances increased by over eleven times. Education was a protective factor for smoking whilst depressive disorder indication and having parents who smoke increased the chances of smoking. Being elder (over 60 years old) was associated with being former smoker (successful quitting) only for men and, among all sociodemographic characteristics, only being from urban areas decreased the chances for women quitting smoking successfully. Having indication for depressive disorder and having parents who smoke also decreased the chances for being former smoker among women, and early age of initiation prevented successful quitting only among men, not women. Sex was not associated with being a former smoker (OR: 0.89; 95%CI: 0.65, 1.22), data not shown on table.

Discussion

Our results showed a significant decrease of smoking in Brazil between 2006 and 2012, (from 19.3% to 15.6%). The reduction was more prominent among adolescents (from 6.2% to 3.4%) and in the southeast and northeast regions. Smoking rates have been decreasing for nearly thirty years (INCA, 2011a) and it is associated with the implementation of several tobacco control policies (WHO, 2015). In fact, Brazil can be considered a reference among

other low and middle income countries or even worldwide regarding the implementation of such policies, articulating profound changes in policy and legislation to prevent smoking and promote cessation (INCA, 2011a; Levy et al., 2012; Reitsma et al.; WHO, 2011, 2015). Therefore, the public health advocacy (health warnings and images on cigarette packages, publicity restrictions, etc), and legislations (tobacco free environments, taxation and reinforcement of the sale for underage) applied in the country in the last two decades surely contributed to the decline in smoking detected in this study, especially among the young population in Brazil (Curti, Shang, Ridgeway, Chaloupka, & Fong, 2015; INCA, 2011b).

Even though smoking rates have decreased significantly, they are still greater than the rates of former-smoker.

Quitting successfully (at least three months) was more likely among men and the elderly. The age of initiation was also significantly associated with quitting, as the sooner the initiation less chances they had of being former smokers compared to current smokers. This finding agrees with previous studies that demonstrate that early smoking initiation affects the individual's susceptibility to develop addiction (Barreto et al., 2012; Zaitune et al.,

2012). Interestingly, age of smoking initiation was not associated with being a former smoker among women, which could be explained by evidence showing that women can present more severe dependence compared to men, and perhaps this could overshadow the impact of early smoking initiation (Borges & Barbosa, 2009). Additionally, the findings demonstrated that the only their chances of being a former smoker decreased when living in urban areas.

The results also pointed out that aging is a risk factor for being a smoker when compared to individuals who never smoked, with women aged 26 to 59 being over ten times more likely to be a smoker, which is worrying considering that it comprehends the most productive workforce in the population, leading to a greater impact in terms of public health burden (Peto R, Lopez AD, Boreham J, & M, 2003). Nevertheless, ageing was also associated with having quit smoking when compared to current smokers.

Our results also agreed with a large body of evidence showing that adolescents from non-smoking homes are less likely to start or develop smoking habits. We found that having parents who smoke can increase the chances of smoking (Barreto et al., 2013; Dietz, Arheart, Sly, Lee, & McClure, 2016),

and also reduce the chances of being a former smoker (women only). Studies have shown that this association can be explained not only due to the genetic load (Tobacco & Consortium, 2010), but also due to behavioral influences (Barreto et al., 2013).

Common mental disorders, such as depression, are known risk factors for smoking (Berlin, Chen, & Covey, 2010; Madruga et al., 2010; Morozova, Rabin, & George, 2015), and our findings have shown that the indication of this disorder nearly doubled the chances of smoking. Depression associated symptoms such as lack of motivation, lack of self-efficacy and increased chances to develop dependence are known risk factors and can hamper smoking cessation (Hiscock, Bauld, Amos, Fidler, & Munafo, 2012).

The findings showed that study it is protective factor because the more years of study the less chance of being smoker when compared smokers with those who smoked in life (Menezes et al., 2009) and to be employed increase the chances of being smoker by showing the direct relationship of the increase cigarette prices and the purchasing power of the product (Kale, Gilbert, & Sutton, 2015), but researches points out that the increase in prices and rates of tobacco products are the most effective

measures in combating and Controlling smoking (Jha & Peto, 2014; Tejada et al., 2013). The question of accessibility to the product facilitated for urban dwellers was an indicator of the risk factor for smoking because there is many cigarette sales establishments (Pulakka et al., 2016), although for women living in urban area was facilitator to quit smoking. We note that the older the smoker is, the more likely they are to be able to quit smoking, because health concerns increase and the demand for doctors and health professionals as well (Kale, Gilbert, & Sutton, 2015). Studies point out that many frustrated attempts to quit smoking discourage the smoker by making it harder to quit (Lee & Kahende, 2007).

Education has shown to be a protective factor as where it is perceived that the more years of study the less chance of being smoker when compared smokers with those who never smoked in life .

Being employed increase the chances of being smoker by showing the direct relationship of the increase in taxes and cigarette prices and the purchasing power of the product , but researches points out that the increase in prices and tax rates of tobacco products are the more effective measures in

combating and controlling smoking .

Access to the product is also a facilitator and living in urban areas increases the chance of being smoker as there are many more establishments and tobacco sales outlets including the illegal supply of the product sought to flee the high tax rates on tobacco products and contributing to the facilitation of the purchase of the product by adolescents , although for women living in urban area was facilitator to quit smoking.

The older the smoker is, the more likely they are to be able to quit smoking, because health concerns increase and the demand for doctors and health professionals as well, but this does not work for women who find it more difficult to quit smoking same in advanced ages .

Strengths and limitations

Strengths of the present study are that it was based on two representative samples of the Brazilian population implemented with identical methodology. Both surveys used face-to-face interviews and achieved good response rates. Measures of consumption were identical in both surveys. Regarding limitations, the data under analysis are cross-sectional and this limits the ability to draw causal inferences from the results.

The reduction of smoking

worldwide has been achieved due to the elaboration and implementation of the CONVENTION FOUR TOBACCO CONTROL (FCTC) that was developed by WHO in 2003 and deployed in 2005, becoming the first public health treaty in the history of mankind regulated by WHO with the primordial intention of saving lives and until November 2015 it is already Composed of 179 countries more the European Union (WHO, 2015, 2017). The FCTC is basically a roadmap of measures that includes ban on indoor smoking, decrease in demand and supply of tobacco products, health damage warnings on cigarette packaging, prohibition of all forms of advertising, increase in taxes and prices on tobacco products making it difficult acquisition mainly by the poorest populations that are most affected by tobacco harm. Furthermore the implantation of MPOWER which are six effective measures to reduce tobacco use by assisting countries to comply with Commitments to the FCTC (Bilano et al., 2015; WHO, 2008b, 2013, 2015, 2017).

References

- Barreto, S. M., de Figueiredo, R. C., & Giatti, L. (2013). Socioeconomic inequalities in youth smoking in Brazil. *BMJ Open*, 3(12), e003538. doi:10.1136/bmjopen-2013-003538
- Barreto, S. M., Giatti, L., Casado, L., de Moura, L., Crespo, C., & Malta, D. (2012). Contextual factors associated with smoking among Brazilian adolescents. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 723-729. doi:10.1136/jech.2010.122549
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Revista de Saude Publica*, 41(4).
- Berlin, I., Chen, H., & Covey, L. S. (2010). Depressive mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction*, 105(12), 2209-2216. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03109.x
- Bilano, V., Gilmour, S., Moffiet, T., d'Espaignet, E. T., Stevens, G. A., Commar, A., . . . Shibuya, K. (2015). Global trends and projections for tobacco use, 1990-2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *The Lancet*, 385(9972), 966-976.
- Borges, M. T. T., & Barbosa, R. H. S. (2009). As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1129-1139. Retrieved from <http://www.scielo.br/scielo.php?>

- [script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400019&nrm=iso](#)
- Bradley, K. L., Bagnell, A. L., & Brannen, C. L. (2010). Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues Ment Health Nurs, 31*(6), 408-412. doi:10.3109/01612840903484105 [doi]
- Brasil, P. E. d. T. P. R. (2011). Global Adult Tobacco Survey-Brazil Report. *Brazilian Journal of Cancerology, 57*(3), 429-430.
- Curti, D., Shang, C., Ridgeway, W., Chaloupka, F. J., & Fong, G. T. (2015). The use of legal, illegal and roll-your-own cigarettes to increasing tobacco excise taxes and comprehensive tobacco control policies: findings from the ITC Uruguay survey. *Tob Control, tobaccocontrol-2014-051890*.
- Dietz, N. A., Arheart, K. L., Sly, D. F., Lee, D. J., & McClure, L. A. (2016). Correlates of smoking among youth: the role of parents, friends, attitudes/beliefs, and demographics. *Tob Induc Dis, 14*, 9. doi:10.1186/s12971-016-0072-0
- Geography, B. Statistics Institute (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013—Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 1st edn. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- Giovino, G. A., Mirza, S. A., Samet, J. M., Gupta, P. C., Jarvis, M. J., Bhala, N., . . . Morton, J. (2012). Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *The Lancet, 380*(9842), 668-679.
- Giovino, G. A., Mirza, S. A., Samet, J. M., Gupta, P. C., Jarvis, M. J., Bhala, N., . . . Asma, S. (2012). Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *The Lancet, 380*(9842), 668-679. doi:10.1016/s0140-6736(12)61085-x
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci, 1248*, 107-123. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x
- INCA. (2011a). *Pesquisa especial de tabagismo-PETab: relatório Brasil, 2008*. Instituto Nacional de Câncer Rio de Janeiro.
- INCA. (2011b). *A situação do tabagismo no Brasil : dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009 / Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA*. Brazil: Rio de Janeiro [Brazil] : Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, 2011.

- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*, *370*(1), 60-68. doi:10.1056/NEJMra1308383
- Kale, D., Gilbert, H. M., & Sutton, S. (2015). Are predictors of making a quit attempt the same as predictors of 3-month abstinence from smoking? Findings from a sample of smokers recruited for a study of computer-tailored smoking cessation advice in primary care. *Addiction*, *110*(10), 1653-1664. doi:10.1111/add.12972
- Lee, C.-w., & Kahende, J. (2007). Factors Associated With Successful Smoking Cessation in the United States, 2000. *Am J Public Health*, *97*(8), 1503-1509. doi:10.2105/AJPH.2005.083527
- Levy, D., de Almeida, L. M., & Szklo, A. (2012). The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med*, *9*(11), e1001336. doi:10.1371/journal.pmed.1001336
- Madrugá, C. S., Ferri, C. P., Pinsky, I., Blay, S. L., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2010). Tobacco use among the elderly: The first Brazilian National Survey (BNAS). *Aging Ment Health*, *14*(6), 720-724. doi:10.1080/13607860903586177
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, *3*(11), e442.
- Menezes, A. M., Lopez, M. V., Hallal, P. C., Muino, A., Perez-Padilla, R., Jardim, J. R., . . . Team, P. (2009). Prevalence of smoking and incidence of initiation in the Latin American adult population: the PLATINO study. *BMC Public Health*, *9*, 151. doi:10.1186/1471-2458-9-151
- Monteiro, C. A., Cavalcante, T. M., Moura, E. C., Claro, R. M., & Szwarcwald, C. L. (2007). Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*, *85*(7), 527-534.
- Morozova, M., Rabin, R. A., & George, T. P. (2015). Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *The American Journal on Addictions*, *24*(8), 687-694. doi:10.1111/ajad.12277
- Morris, C. D., May, M. G., Devine, K., Smith, S., DeHay, T., & Mahalik, J. (2011). Multiple perspectives on tobacco use among youth with mental health disorders and addictions. *Am J Health Promot*, *25*(5 Suppl), S31-37. doi:10.4278/ajhp.100610-QUAL-179
- Öberg, M., Jaakkola, M. S., Woodward, A., Peruga, A., & Prüss-Ustün, A. (2010). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data

- from 192 countries. *The Lancet*, 377(9760), 139-146.
doi:10.1016/S0140-6736(10)61388-8
- PAHO. (2011). Pesquisa especial de tabagismo-PETab: relatório Brasil, 2008: Instituto Nacional de Câncer Rio de Janeiro.
- PAHO. (2013). Tobacco Control Report for the Region. In PAHO (Ed.), (pp. 67).
- PAHO. (2016). Report on Tobacco Control for the Region of the Americas. In PAHO (Ed.), *WHO Framework Convention on Tobacco Control: 10 years later*. (pp. 148).
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, & M, T. (2003). *Mortality from smoking in development countries* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Pinto, M. (2011). col. Carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil. *Relatório Final IFF 2011*.
- Pinto, M. T., Pichon-Riviere, A., & Bardach, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad. Saúde Pública*, 31(6), 1283-1297.
- Pulakka, A., Halonen, J. I., Kawachi, I., Pentti, J., Stenholm, S., Jokela, M., . . . Kivimaki, M. (2016). Association Between Distance From Home to Tobacco Outlet and Smoking Cessation and Relapse. *JAMA Intern Med*, 176(10), 1512-1519.
doi:10.1001/jamainternmed.2016.4535
- Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & Collaboration, I. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(suppl 1), S20-S33.
- Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J. S., Abajobir, A., Abate, K. H., . . . Gakidou, E. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*.
doi:10.1016/S0140-6736(17)30819-X
- StataCorp. (2013). Stata Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LP.
- Tejada, C. A. O., Ewerling, F., Santos, A. M. A. d., Bertoldi, A. D., & Menezes, A. M. (2013). Factors associated with smoking cessation in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1555-1564. doi:10.1590/0102-311x00120412
- Tobacco, & Consortium, G. (2010). Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behavior. *Nat Genet*, 42(5), 441-447.
- WHO. (2008a). *Global Tobacco Epidemic, 2008*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf

- WHO. (2008b). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package.
- WHO. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*: World Health Organization.
- WHO. (2010). Burden: mortality, morbidity and risk factors. *Global status report on noncommunicable diseases, 2011*.
- WHO. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*.
- WHO. (2012). WHO global report on mortality attributable to tobacco.
- WHO. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*: World Health Organization.
- WHO. (2014). *European Tobacco Control Status Report 2014*.
- WHO. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco*.
- WHO. (2017). *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH.
- Zaitune, M. P. d. A., Barros, M. B. d. A., Lima, M. G., César, C. L. G., Carandina, L., Goldbaum, M., & Alves, M. C. G. P. (2012). Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 583-596. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300018&nrm=iso

Table 1: Smoking Trends 2006/2012

	All Sample				Adolescents				Adults			
	2006 (N=3004)	2012 (N=4607)	p	Relative Difference	2006 (N=661)	2012 (N=1157)	p	Relative Difference	2006 (N=2343)	2012 (N=3450)	p	Relative Difference
Total	19.3%	15.6%	p<0.0001	-19.2%	6.2%	3.4%	p<0.0001	-45.2%	20.8%	16.9%	p<0.0001	-18.7%
Men	25.0%	19.8%	p<0.0001	-20.8%	7.8%	5.1%	p<0.023	-34.6%	27.1%	21.4%	p<0.0001	-21.0%
Women	14.0%	11.8%	p<0.0001	-15.7%	4.6%	1.5%	p<0.0001	-67.4%	15.1%	12.8%	p<0.017	-15.2%
REGION												
North	15.87%	13.4%	p<0.506	-15.7%	2.9%	5.4%	p<0.418	+84.6%	17.9%	14.4%	p<0.429	-19.6%
North-East	16.1%	12.8%	p<0.168	-20.3%	7.5%	1.4%	p<0.002	-80.4%	17.2%	14.2%	p<0.250	-17.6%
South-East	20.2%	16.5%	p<0.039	-18.5%	4.6%	2.5%	p<0.248	-45.6%	21.8%	17.7%	p<0.037	-18.9%
South	24.3%	18.8%	p<0.105	-22.7%	8.8%	4.0%	p<0.106	-54.2%	25.9%	20.2%	p<0.135	-21.9%
Center-West	18.7%	16.5%	p<0.626	-11.9%	9.4%	11.9%	p<0.740	+25.8%	19.6%	16.9%	p<0.562	-13.5%

All prevalence differences were statistically significant p<0.05

Table 2: Prevalence rates of smokers, former smokers and non-smokers according to sociodemographic characteristics in 2012

Sociodemographic	Non-Smoker N(%)			Former Smoker N(%)			Smokers N(%)		
	Men	Women	Total	Men	Women	Total	Men	Women	Total
Total	1522(68.0)	2085(80.3)	3607(74.4)	204(12.3)	191(7.9)	395(9.10)	344(19.8)	261(11.8)	605(15.6)
Age									
14 to 17	558(93.6)	560(98)	1118(95.7)	5(1.30)	3(0.45)	8(0.9)	22(5.1)	9(1.5)	31(3.4)
18 to 25	207(80.0)	283(89.1)	490(84.6)	7(2.10)	6(1.20)	13(1.6)	48(17.8)	34(9.8)	82(13.7)
26 to 59	611(67.7)	960(76.2)	1571(70.2)	117(13.1)	124(36.1)	241(11.0)	225(23.2)	181(14.6)	406(18.7)
60 and over	146(51.6)	282(76.3)	428(65.3)	75(30.1)	58(14.5)	133(21.5)	49(18.3)	37(9.2)	86(13.2)
Years of schooling									
≤ 8	581(56.3)	835(72.2)	1416(64.5)	129(16.4)	122(11.1)	251(13.7)	213(27.3)	164(16.7)	377(21.0)
9-12	645(77.7)	791(87.1)	1436(82.5)	44(7.6)	39(5.1)	83(6.40)	86(14.6)	52(7.7)	138(11.1)
≥ 13	296(78.3)	459(86.8)	755(83.0)	31(10.0)	30(5.4)	61(7.50)	45(11.7)	45(7.8)	90(9.5)
Marital status									
Married/cohabiting	567(60.4)	953(77.3)	1520(69.2)	138(16.7)	110(9.5)	248(13.0)	202(23.0)	150(13.2)	352(17.9)
Single/widowed/divor	955(78.2)	1132(84.4)	2087(87.4)	66(6.30)	81(5.70)	147(9.10)	142(15.5)	111(9.9)	253(12.6)
Personal income									
< 2x the MW	236(69.8)	433(81.0)	669(76.0)	36(14.1)	34(6.95)	70(9.9)	51(16.1)	53(12.0)	104(13.8)
2 to 4x the MW	264(71.3)	327(79.7)	591(75.0)	29(10.0)	24(5.70)	53(7.9)	55(18.3)	48(14.7)	103(16.4)
≥ 5x the MW	269(76.2)	288(84.6)	557(80.4)	22(9.50)	23(8.0)	45(8.7)	30(14.3)	25(7.4)	55(10.8)
Work status									
Unemployed	595(70)	1262(80.6)	1857(77.8)	66(14.3)	108(8.5)	174(10.2)	73(14.8)	126(10.9)	199(12.0)
Employed	927(67.0)	823(80.0)	1750(72.1)	138(11.6)	83(7.1)	221(9.8)	271(21.3)	261(12.8)	406(18.0)
Residence									
Urban	1140(68.9)	1535(81.3)	2675(75.4)	138(11.4)	126(7.1)	264(9.2)	241(19.7)	187(11.6)	428(15.4)
Rural	244(65.4)	344(81.0)	588(73.0)	41(14.4)	34(8.35)	75(11.5)	59(20.2)	36(10.6)	95(15.6)
Risk Factors									
Depression Indication	251(16.4)	613(29.3)	864(23.9)	38(16.1)	60(30.7)	98(22.2)	87(24.3)	118(45.8)	205(32.9)
Smoking parents	383(25.1)	557(26.6)	940(26.0)	53(24.0)	37(21.3)	90(22.9)	127(37.9)	99(39.3)	226(38.5)
Age smoking				16.1(4.0)	17.6(6.7)	16.8(5.5)	16.0(4.7)	16.6(6.1)	16.2(5.3)

Table 3: Factors associated with successful cessation among ever smokers

Sociodemographic	Never Smoked x Smoker			Smoker x Former Smoker		
	Men	Women	Total	Men	Women	Total
Age						
14 to 17	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
18 to 25	5.3(2.2,12)	9.7(2.9,31)	6.5(3.2,13)	0.2(0.1,2.1)	1.2(0.1,17)	0.5(0.1,2.4)
26 to 59	5.4(2.3,12)	11.0(3.6,33)	7.0(3.7,13)	2.0(0.5,9.1)	3.2(0.3,34)	2.5(0.7,8.6)
60 and over	5.8(2.5,13)	5.3(1.6,17)	5.2(2.7,10)	5.5(1.2,25)	7.1(0.6,80)	5.6(1.6,20)
Years of schooling						
≤ 8	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
9-12	0.4(0.2,0)	0.4(0.2,0.7)	0.4(0.2,0)	1.1(0.4,2.8)	1.8(0.7,4.3)	1.3(0.7,2.5)
≥ 13	0.4(0.2,0)	0.4(0.2,0.7)	0.4(0.2,0)	0.8(0.3,2.0)	0.6(0.2,1.8)	0.7(0.3,1.4)
Marital status						
Married/cohabiting	1.0	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Single/widowed/divorc	0.9(0.6,1.5)	0.9(0.6,1.5)	0.9(0.7,1.3)	0.7(0.4,1.5)	0.8(0.4,1.7)	0.7(0.4,1.2)
Personal income						
< 2× the MW	1.0	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2 to 4× the MW	1.1(0.7,1.8)	0.9(0.5,1.4)	0.9(0.7,1.3)	0.6(0.3,1.2)	0.8(0.4,1.8)	0.7(0.4,1.2)
≥ 5× the MW	1.0(0.6,1.9)	0.8(0.5,1.5)	0.9(0.6,1.4)	1.2(0.5,2.8)	1.4(0.6,3.6)	1.3(0.7,2.5)
Work status						
Unemployed	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Employed	1.5(0.8,2.7)	1.4(0.9,2.4)	1.5(1.0,2)	1.6(0.7,3.8)	0.8(0.4,1.9)	1.08(0.6,1)
Residence						
Rural	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Urban	1.2(0.7,2.1)	2.1(1.0,4.4)	1.6(1.0,2)	1.1(0.5,2.6)	0.3(0.1,0)	0.7(0.4,1.2)
Depression Indication	1.4(1.0,1)	1.8(1.4,2.4)	1.6(1.3,2)	0.6(0.4,1.0)	0.5(0.3,0)	0.6(0.4,0)
Smoking parents	2.0(1.5,2)	1.9(1.4,2.6)	2.0(1.7,2)	0.8(0.5,1.2)	0.5(0.3,0)	0.7(0.5,0)
Early smoking onset*	N/A	N/A	N/A	0.6(0.4,0)	0.7(0.4,1.0)	0.6(0.5,0)

Poisson regression adjusted by sex, age and education considering p<0.05
 All sociodemographic logistic regression models were mutually adjusted.
 Models for other risk factors were adjusted by sex and education and age
 considering p<0.05

* Early initiation considered bellow 18 years old

ANEXO D – Questões traduzidas para o GDS 2016/2017, sessão uso de MDMA.

LEVANTAMENTO GLOBAL DE DROGAS – 2017
O estudo global sobre drogas está interessado em o que as pessoas geralmente fazem (geralmente = mais de 50% das vezes) para manter o equilíbrio entre prazer e danos relacionados ao uso de MDMA. Pensando no seu uso de MDMA nos últimos 12 meses:
1- Quantas vezes usou MDMA nos últimos 12 meses?
a) 1, b) 2-10, c) 11-50, d) 51-100, e) >100 x
b) Você geralmente testa uma nova dose usando uma pequena quantidade primeiro (metade da pílula ou menos (um quarto) da dose normal esperando pelo menos 90 minutos antes de usar novamente?)
a) Sim
b) Não
Se responderem sim
2- Diga-nos o quão importante você considera esta estratégia para redução de riscos e danos quando utiliza MDMA
1 - não é importante / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito importante
3- Qual impacto esta estratégia tem no aproveitamento/barato quando utiliza esta substância?
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você disse que geralmente não testa uma nova dose de MDMA desta forma
4- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com MDMA
l) Outro motivo (caixa de texto)
5- Se sugerirmos que testar uma nova pílula/dose de MDMA experimentando uma pequena parte antes de tomar a pílula inteira pode ajudar a evitar danos caso a pílula contenha algum pó perigoso (PMA) ou ser mais forte do que você imagina, sem cessar drasticamente seu aproveitamento da experiência no uso de MDMA (podendo na realidade ser benéfico para experiência), você acha que pode considerar adotar esta estratégia no próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) sim
Se responderem 2 ou 3

6- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 - sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito provável
7- Você geralmente bebe bebidas não alcólicas e mantém-se hidratado/a enquanto faz uso de MDMA?
a) Sim
b) Não
Se responderem sim
8- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
9- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você disse que geralmente não se mantém hidratado e bebe água quando uso MDMA
10- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
11- Se lhe dissermos que beber bastante líquido e se manter hidratado com bebidas não alcólicas pode reduzir os riscos de desidratação/superquecimento sem cessar drasticamente seu aproveitamento da experiência no uso de MDMA. você acha que pode considerar adotar esta estratégia no próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) sim
Se reponderem 2 ou 3
12- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito provável
13- Você alguma vez já usou um teste caseiro para saber qual a substância predominante n sua pílula de MDMA?
a) Sim b) Não

Se sim, apresente 3b
14- Você geralmente testa uma nova pílula com um kit caseiro antes de tomar esta nova pílula/dose de MDMA
a) Sim
b) Não
Se responderem sim
15- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
16- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você disse que geralmente não testa sua pílula/dose com um kit caseiro quando faz uso de MDMA
17- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
18- Se sugerirmos que testar a pílula/dose com um lit caseiro pode lhe fornecer algumas informações sobre o conteúdo da pílula pode reduzir os riscos(mas não eliminá-los), você acha que pode considerar adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
19- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
20- Você geralmente se informa em sites ou forums sobre MDMA antes de tomar uma nova dose?
a) Sim

b) Não
Se responderem sim
21- Quanto importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
22- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você disse que geralmente não se informa em sites ou forums antes de fazer uso de MDMA
23- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
24- Se sugerirmos que se informar em sites e forums sobre MDMA e uso de pílulas antes de tomar uma nova dose pode diminuir(mas não eliminar) os riscos, você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
25- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
26- Você vive em um país onde existe um local ou recursos para testar pílulas ou uma instalação para pessoas que usam drogas?
a) Sim b) Não
Se sim, por favor responda a próxima questão
27- Você já utilizou algum serviço de verificação (como "Check It ", saferparty.ch) que informa a composição exata de suas drogas (peso, percentual, o que realmente contem aquela droga?)
a) Sim, mas não nos últimos 12 meses
b) Sim, nos últimos 12 meses
c) Sim, nos últimos 30 dias

d) Sim, nos últimos 7 dias
e) nunca
Se responderem sim para - últimos 12 meses, 30 dias ou 7 dias- por favor pergunte
28- Nos últimos 12 meses, com que frequência você diria que utilizou este serviço?
a) Algumas vezes (25%)
b) Metade das vezes (50%)
c) Maioria das vezes (75%)
d) Sempre ou quase sempre (100%)
Se responderem sim para - últimos 12 meses, 30 dias ou 7 dias- por favor pergunte
29- Pensando na última vez que testou uma pílula/dose de MDMA, oque melhor descreve o conteúdo da sua pílula
a) MDMA - (80 mg ou menos) ou era pó de MDMA
b) MDMA - (81mg - 150 mg)
c) MDMA - (>150mg)
d) MDMA mais alguma substância ativa
e) MDMA mais 2 ou mais substâncias ativas
f) Sem MDMA, mas 1 ou mais substâncias ativas que você sabia alguma coisa sobre
g) Sem MDMA, mas 1 ou mais substâncias ativas que você sabia alguma coisa sobre
h) Sem MDMA, mas alguma coisa que daria um barato diferente da MDMA
i) Sem MDMA, mas alguma coisa que me disseram ser perigoso
j) Não me recordo
30- Oque você fez quando recebeu esta informação? (marque todas que quiser)
a) tomei a pílula
b) primeiramente tomei metade ou menos
c) não tomei naquela noite
d) joguei for a
e) comprei mais
f) contei para meus amigos do resultado
31- Se você tomou, como você avalia o nível de intoxicação que você sentiu
a) Muito bom
b) Bom
c) Ok
d) Nenhum
e) ruim
f) Muito ruim
Se responderam nunca
Você respondeu que nunca usou algum serviço de verificação (como 'Check It ", saferparty.ch) que informa a composição exata de suas drogas (peso, percentual, o que realmente contém aquela droga)
32- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço

c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significante
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
33- Se sugerirmos que usar algum serviço de verificação (como "Check It ", saferparty.ch) que informa a composição exata de suas drogas (peso, percentual, o que realmente contém aquela droga, pode reduzir os riscos(mas não eliminá-los) lhe trazendo mais informações sobre a composição da pílula, você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
34- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
35- Quando usa MDMA em um grupo de pessoas, alguma das pessoas testa uma pequena porção da pílula antes?
a) Sim b) Não
Se responderem sim
36- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
37- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
f) Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não testam uma nova dose desta forma
38- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Eu não sabia desta estratégia
g) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
h) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim

i) A opção não é válida para mim
j) Isso me traria mais gastos
k) Outro motivo (caixa de texto)
39- Se sugerirmos que testar uma nova dose de MDMA com um grupo desta forma para que saibam se tudo parece OK antes que todos ingiram pode reduzir os riscos seus(e dos outros) de se expor a doses elevadas indesejadas ou muito potentes de MDMA, você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
40- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 - sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
41- Você geralmente tira momentos de descanso e faz pausa de atividade física enquanto está na balada e usando MDMA?
a) Sim
b) Não
Se responderem sim
42- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
43- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não tira momentos de descanso e faz pausa de atividade física enquanto está na balada e usando MDMA
44- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
45- Se sugerirmos que tirar um descanso e fazer pausas de atividade física

enquanto usa MDMA pode reduzir o risco de superaquecimento corporal e desidratação se cessar significativamente o seu barato e aproveitamento ao usar MDMA(podendo inclusive melhorar a experiência), você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) sim
Se responderem 2 ou 3
46- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1 - sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
47- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
48- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
f) Se responderem não:
49- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativa
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
50- Se sugerirmos que esperar pelo menos 4 semanas entre sessões de MDMA pode lhe dar tempo para o corpo e cérebro de recompor e assim reduzir danos sem necessariamente reduzir seu barato/aproveitamento no uso de MDMA(podendo inclusive melhora-lo), você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
51- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?

1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
52- Você geralmente assegura-se de ter um bom e regular período de sono/descanso após o uso de MDMA?
a) Sim
b) Não
Se responderem sim
53- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
54- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
f) Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não assegura-se de ter um bom e regular período de sono/descanso após o uso de MDMA
55- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativa
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
56- Se sugerirmos que ter um bom período de sono/descanso após o uso de MDMA melhora a capacidade física e corporal de recompor as funções normais mais rapidamente, sem reduzir significativamente o barato e aproveitamento do uso de MDMA(podendo inclusive melhora-lo), você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
57- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
58- Você se preocupa em ter uma boa refeição após um período de uso de MDMA(mesmo que você não sinta fome)?

a) Sim
b) Não
Se responderem sim:
59- Quanto importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
60- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não se preocupa em se alimentar adequadamente após o uso de MDMA
61- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
62- Se sugerirmos que se alimentar adequadamente após um período de uso de MDMA, mesmo que não sinta fome, melhora a capacidade física e corporal de recompor as funções normais mais rapidamente, sem reduzir significativamente o barato e aproveitamento do uso de MDMA(podendo inclusive melhora-lo), você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
63- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
64- Você geralmente estabelece um limite de quanto MDMA vai usar em uma ocasião que decidiu usar
a) Sim
b) Não

Se responderem sim
65- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
66- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não estabelece um limite de quanto vai usar de MDMA em uma ocasião de uso
67- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativa
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
68- Se lhe contarmos que todas pesquisas mostram que qualquer risco do MDMA aumenta com a quantidade de uso, então, estabelecer um limite de quanto irá usar em uma ocasião de uso pode ajudar a manter seu uso sob controle, sem reduzir significativamente o barato /aproveitamento do uso de MDMA(podendo inclusive melhora-lo), você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
69- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
70- Você geralmente bebe mais que 6 doses de bebidas alcólicas (equivalente a meia garrafa de vinho ou 3 garrafas de 330ml de cerveja ou 6 doses de destilado) enquanto usa MDMA
a) Sim
b) Não
Se responderem não

71- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
72- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem SIM, por favor perguntar:
Você respondeu que geralmente bebe mais que 6 doses de bebida alcólica enquanto usa MDMA
73- Quais das alternativas melhor descreve o porque você bebe menos (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
74- Se sugerirmos que beber menos de 6 doses (preferencialmente muito menos ou nenhuma) de bebida alcólica enquanto usa MDMA irá reduzir o risco de desidratação e a necessidade de um tratamento de emergência médica para limitar o efeito negativo que o álcool pode ter sobre MDMA, consequentemente aumentando a chance de ter os efeitos que você procura no MDMA, você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) Sim
Se responderem 2 ou 3
75- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
76- Você evita usar MDMA quando está sentindo triste/deprimido/ansioso/fisicamente cansado?
a) Sim
b) Não
77- Eu não me sinto triste/deprimido/ansioso/fisicamente cansado quando eu uso
a) Sim b) Não

Se responderem sim
78- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
79- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não evita usar MDMA quando sente-se triste/deprimido/ansioso/fisicamente cansado
80- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativa
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
81- Se sugerirmos que usar drogas quando sente-se triste/deprimido/ansioso/fisicamente cansado geralmente faz voce se sentir pior, você consideraria adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) sim
Se responderem 2 ou 3
82- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
83- Você geralmente compra seu MDMA (pílula/dose) de um amigo ou traficante confiável?
a) Sim
b) Não
Se responderem sim:
84- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos de danos no uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 muito importante
85- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA

a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco
e) Melhora bastante
Se responderem não:
Você respondeu que geralmente não compra seu MDMA de uma fonte(amigo ou traficante) confiável
86- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativo
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
87- Entretanto, comprar pílulas de MDMA de uma fonte confiável não garante uma boa qualidade, porém as pessoas acham mais fácil ser enganado por uma fonte estranha. Tendo esta informação, voce considera evitar comprar MDMA de estranhos durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) sim
Se responderem 2 ou 3
88- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
89- Você geralmente fica de olhos nos amigos que também usaram MDMA em uma ocasião
a) Sim
b) Não
Se responderem sim
90- Quão importante você acha que esta estratégia diminui os riscos e danos relacionados ao uso de MDMA
1 - nada / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - bastante
91- Diga-nos qual o impacto desta estratégia no seu aproveitamento/barato no uso de MDMA
a) Diminui bastante
b) Diminui um pouco
c) Não interfere
d) Melhora um pouco

e) Melhora bastante
Você respondeu que geralmente não fica de olho nos amigos que também usaram MDMA
92- Quais das alternativas melhor descreve o porque você geralmente não faz isso (escolha até 3 motivos) ?
a) Nunca pensei nisso
b) Muito esforço
c) Não vejo muito sentido/ não acho que esta estratégia de fato pode me ajudar
d) Seria constrangedor fazer isso em frente meus amigos
e) Não ligo se existe um risco
f) Não acredito que o risco seja significativa
g) Eu não sabia desta estratégia
h) Eu acho que isso pode reduzir os efeitos da experiência
i) Eu não acho que esta estratégia aplica-se a mim
j) A opção não é válida para mim
k) Isso me traria mais gastos com
l) Outro motivo (caixa de texto)
93- Se sugerirmos que ficar de olho nos amigos que também usaram MDMA pode reduzir o risco de eles terem uma experiência negativa (badtrip), você considera adotar esta estratégia durante o próximo ano?
a) Não
b) Talvez
c) sim
Se responderem 2 ou 3
94- Qual a probabilidade de você incorporar esta estratégia de redução de riscos e danos nos próximos 12 meses em pelo menos metade das ocasiões de uso?
1- sem chance / 2 3 4 5 6 7 8 9 / 10 - muito
95- Você gostaria de usar menos MDMA durante o próximo ano?
a) sim
b) não
96- Você gostaria de ajuda para usar menos MDMA durante os próximo 12 meses?
a) sim
b) não
97- Você está planejando buscar apoio para usar menos MDMA nos próximos 12 meses?
a) sim
b) não

ANEXO E – Questões traduzidas para o GDS 2016/2017, sessão uso de maconha.

LEVANTAMENTO GLOBAL DE DROGAS – 2017

Esta é a nova seção da maconha (será completada por todos aqueles que relatam usar o medicamento nos últimos 12 meses)

(A seção por busca de tratamento médico de emergência será no final e não mudará)

A pesquisa global sobre drogas será o maior estudo sobre maconha (cannabis) realizado até hoje. Estamos interessados em saber quais tipos de maconha as pessoas usam, quais são os efeitos, e como as pessoas mantêm o equilíbrio entre o prazer e os danos relacionados ao uso de maconha.

Primeiro precisamos saber qual a frequência do seu uso de maconha.

1) Quantos dias você usou maconha nos últimos 12 meses

1, 2-10, 11-50, 51-100 >100 x

A apresentação da maconha pode ser de diferentes formas e preparação. Algumas pessoas classificam como diferentes tipos de maconha. Aqui estão algumas fotos mostrando diferentes tipos de preparações de maconha. Selecione quais você usou nos últimos 12 meses.

Image 1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12

2) Das que você usou nos últimos 12 meses, por favor, classifique-as em ordem de potência, marcando a mais potente em primeiro.

3) Das que você usou nos últimos 12 meses, quais você considera as 3 mais potentes, marque desta forma: 1st 2nd 3rd

4) Nos últimos 12 meses, quais você usou com mais frequência

5) Qual termo você usaria para nomear este tipo de maconha? Texto livre

6) Você usou este tipo de maconha no último mês?

[se sim] 7) Quantos dias no último mês você usou este tipo de maconha?

Por favor, responda o questionário a seguir para o tipo de maconha que você usou com mais frequência nos últimos 12 meses.

1) Tipicamente, em um dia que você usa maconha, quanto de maconha de maconha você usa?

2) Quantos cigarros de maconha ou bongadas / cachimbos você fuma com 1 grama de maconha que você geralmente usa?

3) Quanto você paga por uma grama de maconha?

a) Eu não compro

b) EU planto

c) Eu pego com receita médica

d) Se pagarem/comprarem:

4) Qual a quantidade que compra por vez?

a) 1 grama ou menos

b) 1-3.5gm

c) 3.5gm-7gm

d) 7-14gm

e) 14gm-28gm

5) Em uma escala de 1 a 10(1=fraco, 10=excelente), por favor, classifique a maconha que você usa com mais frequência e seu custo benefício (1=fraco 10=excelente).

6) Em uma escala de 1 a 10, como você classificaria a facilidade/disponibilidade para comprar maconha (1=muito fácil, 10=quase impossível).

7) Em uma escala de 1 a 10(1=fraco, 10=excelente), como você classificaria a qualidade da maconha que você geralmente usa.

8) Em uma escala de 1 a 10, como você classificaria o risco de se expor a violência pessoal quando vai obter sua maconha (1=sem risco, 10=risco muito alto).

9) Com que frequência é exposto à violência pessoal quando sai para comprar maconha nos últimos 12 meses? Nunca, 2-5 vezes, mais de 5 vezes.

O estudo Global sobre drogas gostaria de saber por que você usa maconha e porque atualmente faz uso medicinal. Por favor, assinale qual das opções melhor define suas razões de uso.
1. Eu uso faço exclusivamente um uso recreacional (prazer) de maconha
2. EU uso em alguns momentos com finalidade medicinal, mas na maioria das vezes é uso recreacional.
3. Eu uso maconha na maioria das vezes com finalidade medicinal, e em alguns momentos faço uso recreacional.
4. Eu uso maconha exclusivamente com objetivo medicinal
Se responderem 2-4, por favor, pergunte:
1) Você regulaemnete consegue maconha com receita médica?
a) Sim
b) Não
O estudo global sobre drogas gostaria de saber quais efeitos você sente com mais frequência quando usa a maconha que tem mais acesso.
Em uma escala de 1 a 10 (10 sendo o máximo), e pensando se você fuma um cigarro de maconha ou usa bong/cahimbo:
1. O quão forte você classificaria este tipo de maconha? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Como você classificaria seus efeitos de prazer? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. O quão relaxado esta maconha faz você se sentir?
4. Quão ansioso e inquieto você se sente?
5. O quanto aumenta o seu apetite?
6. O quão 'esquecido' você fica quando está sob efeito?
7. O quão sedado ou sonolento você se sente?
8. Como você classificaria sua vontade de usar mais quando está sob efeito?
9. Como você avaliaria os danos ao pulmão quando você fuma?
10. Como você avalia todos os efeitos negativos qando está sob efeito?
11. Como você avalia sua capacidade funcional?
12. Como você avalia o gosto?
13. Como você avalia sua capacidade em conversar com outras pessoas?
14. Como você avalia os efeitos da 'ressaca' (pós-uso)
15. O quão preocupado você fica sobre oque outras pessoas podem pensar sobre você, ou estarem olhando para você ou falando de você?
16. Quão preocupado você fica com coisas que são detalhes e não muito importantes?
17. Como você avalia que isso faz seu pensamento e idéias irem mais rápido do que você consegue lidar?
18. Como você avalia que isso pode ser pela pureza da maconha (efeitos de outras susbtâncias na mistura)?
19. O quanto isso afeta suas experiências sensoriais? (audição(música), detalhes, tato)?
20. O quanto isso te faz rir enquanto está sob efeito?
A seguir gostaríamos de poder dar algumas idéias para as pessoas que plantam a saberem oque as pessoas estão esperando da maconha.
Por favor, pense em seu ideal de maconha, e nos diga como você gostaria de se sentir quando usa maconha. Por favor, utilize este ranking de classificação: de 1(menos) até 10(máximo)
1. O quão forte você queria que essa maconha fosse?
2. Como você classificaria os efeitos de prazer quanto estiver sob efeito/chapado?
3. O quão relaxado faria você ficar?
4. O quão inquieto e ansioso faria você se sentir?
5. O quanto aumentaria seu apetite?
6. O quanto esquecido você ficaria quando estiver sob efeito/chapado?
7. O quão sonolento e devagar você se sentiria?

8. O quão grande seria a vontade de usar mais enquanto estiver sob/efeito/chapado?
9. Como classificaria os danos em seu pulmão enquanto fumar?
10. Como avaliaria os efeitos negativos enquanto estiver sob efeito/chapado?
11. Como avaliaria sua capacidade funcional?
12. Como avaliaria o gosto?
13. Como avaliaria sua capacidade de conversar confortavelmente com outras pessoas?
14. Como avaliaria os efeitos da 'ressaca' (pós-uso)?
15. O quanto preocupado você ficaria sobre o que outras pessoas podem pensar sobre você, ou estarem olhando para você ou falando de você?
16. Qual seria sua suscetibilidade de ficar preocupado e distraído com detalhes que não parecem importantes?
17. Como você avaliaria a possibilidade de os pensamentos e idéias serem mais rápidos que o normal e difíceis de lidar?
18. Como voce avaliaria a pureza (sem a mistura de outras substâncias à maconha)?
19. O quanto isto alteraria seus sentidos (audição, música, tato, percepção de detalhes)?
20. O quanto isto faria você rir enquanto está sob efeito/chapado?
Finalmente, o estudo global sobre drogas quer saber se você mudaria a maneira como você fuma, dependendo do que você fuma / vaporizar
1) Se você está fumando uma maconha mais potente que o normal, você ajustaria a dosagem por cigarro de maconha/cachimbo/bong? Escolha uma opção:
a) Menos
b) Não, faria igual
c) Mais
d) Eu não fumaria
2) Se você está fumando uma maconha mais potente que o normal, você ajustaria o número de tragos que você dá? Escolha apenas uma opção:
a) Menos
b) Não, faria igual
c) Mais
d) Eu não fumaria
3) Se você está fumando uma maconha mais potente que o normal, você ajustaria a profundidade da tragada/inalação? Escolha apenas uma opção:
a) Menos
b) Não, faria igual
c) Mais
d) Eu não fumaria
A seguir nós queremos saber como você usa sua maconha (marque quantas for necessário)
Assinale quais das alternativas abaixo já foi uma forma de uso de maconha utilizada por você
1) Na forma de cigarro misturado com tabaco
a) Sim
b) Não
2) Na forma de cigarro, sem tabaco
a) Sim
b) Não
3) Fumado em um charuto, com tabaco
a) Sim
b) Não
4) Fumado em um charuto, sem tabaco
a) Sim
b) Não

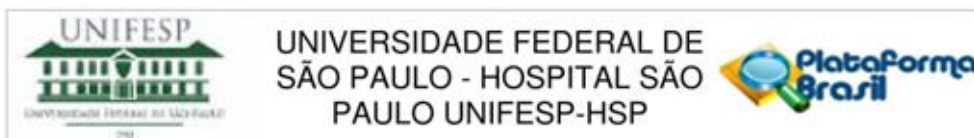
5) Em um cachimbo com tabaco
a) Sim
b) Não
6) Em cachimbo sem tabaco
a) Sim
b) Não
7) Em um bong(com água), com tabaco
a) Sim
b) Não
8) Em um bong(com água), sem tabaco
a) Sim
b) Não
9) Em um balde
a) Sim
b) Não
10) Usando uma faca quente
a) Sim
b) Não
11) Usando um vaporizador
a) Sim
b) Não
12) Ingerido oralmente como alimento
a) Sim
b) Não
13) Bebeu como chá/extrato
a) Sim
b) Não
14) Qual é a maneira/jeito que você usa com mais frequência (escolha apenas uma)
a) Na forma de cigarro misturado com tabaco
b) Na forma de cigarro sem tabaco
c) Se eles indicarem/nominarem:
15) Quando faz um cigarro de maconha, você geralmente:
a) Cartão
b) Sem cartão
c) Filtro de cigarro
d) Fumado em um charuto com tabaco
e) Fumado em um charuto sem tabaco
f) Fumado em um cachimbo com tabaco
g) Fumado em um cachimbo sem tabaco
h) Em um bong (com água), com tabaco
i) Em um bong (com água), sem tabaco
j) Fumado no balde
k) FUMado na faca quente
l) Usando um vaporizador
m) Ingeido oralmente como comida
n) Bebeu como um chá/extrato

ANEXO F – Questões traduzidas para o GDS 2016/2017, sessão uso de maconha sintética.

LEVANTAMENTO GLOBAL DE DROGAS - 2017
Sobre seu uso de maconha sintética / incenso de ervas (Kronic, Spice, Black Mamba, Magic etc)
1- Você já precisou de ajuda médica após usar algum tipo de maconha sintética?
a) Sim
b) Não
2- Qual era o nome do produto? (se você não sabe, escreva 'desconhecido')
3- Era uma preparação de ervas ou em pó?
a) ervas
b) Pó
4- Você deu entrada no hospital?
a) Sim
b) Não
5- Quais das alternativas a seguir representa sua experiência?
a) Acidente/trauma
b) Paranoia
c) Pânico / ansiedade
d) Agitação extrema
e) Excessiva transpiração
f) 'viu coisas'
g) 'ouviu coisas'
h) Impossibilitado de falar
i) Sentindo-se com muito medo
j) Agressivo
k) Dor no peito
l) Dificuldade de respirar
m) Desmaio
n) Ansiedade / pânico
o) Náusea / vômito
p) Problemas no rins
q) Dificuldade de respirar
r) Humor desanimado nos dias seguintes
s) Outros (escreva)
6- Como você usou isso?
a) Fumado
b) Oralmente
c) Inalado
d) Injetável
7- O que mais você usou?
8- Quanto tempo demorou para voltar a sentir-se bem, normal?
a) 6 horas
b) 12 horas
c) 24 horas (1 dia)
d) 36 horas
e) 48 horas (2 dias)

f) 60 horas
g) 72 horas (3 dias)
h) 84 horas
i) 96 horas (4 dias)
j) 5-7 dias
k) 1-2 semanas
l) 2-4 semanas
m) > 4 semanas
n) Não voltei ao normal
9- Como que esta experiência teve impacto no seu uso de maconha sintética? (marque quantas for necessário)
a) Parei de usar maconha sintética
b) Mudei a forma de usar maconha sintética
c) Não mudou nada no meu uso de maconha sintética
d) Reduziu o uso de outras drogas / álcool
e) Aumentou o uso de outras drogas / álcool

ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas no Brasil: Dados de duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)

Pesquisador: Clarice Sandi Madruga

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61909615.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

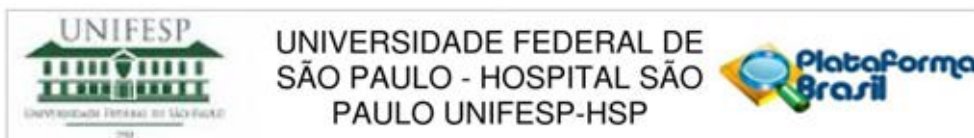
Número do Parecer: 1.833.235

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:1553/2016

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas é um estudo transversal repetitivo realizado em 2006 e novamente em 2012. As duas ondas dos levantamentos domiciliares utilizaram amostras probabilísticas representativas da população brasileira e investigaram não só o padrão de consumo das mais diversas substâncias psicoativas mas também um amplo espectro de possíveis fatores associados ao desenvolvimento da dependência química. As estimativas do consumo destas substâncias no Brasil já foram amplamente divulgadas tanto para a comunidade científica quanto para a sociedade. Todavia, análises estatísticas mais sofisticadas aprofundarão a compreensão do fenômeno da dependência química no Brasil e no mundo, identificando de forma mais precisa os fatores de risco para o consumo abusivo e problemático, permitindo o estabelecimento de estratégias de tratamento mais eficazes e também embasando iniciativas de prevenção e políticas públicas. Desta forma, este projeto tem por objetivo realizar análises estatísticas complexas deste banco de dados através de estudos distintos: 1) Verificar tendências nas prevalências de abuso físico na infância entre 2006 e 2012; 2) Estimar as prevalências de uso de Psicoativos entre Mulheres Brasileiras e Associações com Comportamentos de Risco; 3) Estimar as prevalências de uso de Crack e Cocaína e avaliar associações com violência urbana; 4) Comparar os índices de

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.833.235

violência entre parceiros íntimos no Brasil entre 2006 e 2012 e investigar os fatores associados à exposição a violência doméstica; 5) Estimar as prevalências de uso de Benzodiazepínicos em uma amostra representativa da população Brasileira e determinar os fatores associados ao uso; 6) Validação da Escala de Eventos Adversos Recentes na população Brasileira. O aprofundamento das análises do LENAD I e II será realizada por 5 alunos de pósgraduação no instituto de psiquiatria da UNIFESP, e servirá como base para a publicação de manuscritos em revistas com revisão por pares para a obtenção dos títulos de mestrado e doutorado. Espera-se que este conhecimento sirva de alicerce para mudanças necessárias no nosso país tanto no setor de tratamento como na elaboração de políticas públicas em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

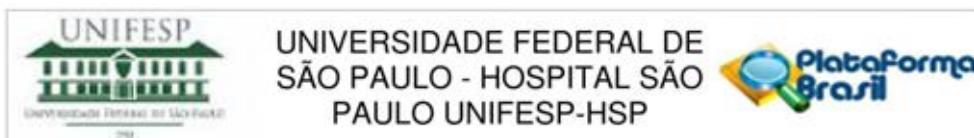
- Hipótese: Por ser um estudo epidemiológico transversal observacional, as análises secundárias são de natureza descritiva.
- Objetivo Primário: Realizar análises estatísticas utilizando os bancos de dados do I e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD).
- Objetivo Secundário: 1) Verificar as prevalências do uso de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres bem como comportamentos associados. 2) Estimar as prevalências de uso de Crack e Cocaína e avaliar associações com violência urbana; 3) Comparar os índices de violência entre parceiros íntimos no Brasil entre 2006 e 2012 e investigar os fatores associados à exposição a violência doméstica; 4) Validação da Escala de Eventos Adversos Recentes na população Brasileira

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

- Riscos: Risco Mínimo: A equipe de pesquisadores do INPAD garante o sigilo e confidencialidade dos dados analisados. Todas as variáveis analisadas neste projeto já foram coletadas no levantamento, não havendo a necessidade de recontatar os participantes. Os estudos descritos já eram previstos na versão original do projeto, aprovada anterior à Plataforma Brasil.
- Benefícios: O aprofundamento das análises do LENAD I e II será realizada por alunos de pós-

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.833.235

graduação no instituto de psiquiatria da UNIFESP, e servirá como base para a publicação dos manuscritos em revistas de alto impacto para a obtenção dos títulos de mestrado e doutorado. Espera-se que este conhecimento sirva de alicerce para mudanças necessárias no nosso país tanto no setor de tratamento como na elaboração de políticas públicas em saúde mental

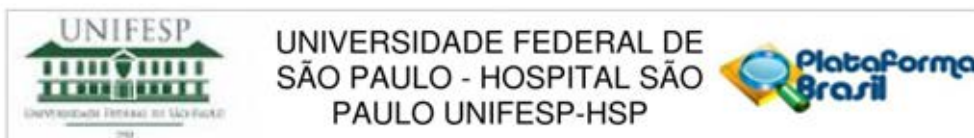
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo de pós doutorado, da aluna Clarice Sandi Madruga. Participarão do estudo os alunos: Luciana Massaro – Consumo de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres – Prevalência do uso de estimulantes, o beber abusivo e o envolvimento em comportamentos de risco. 2. Elizabeth Zamerul – Violência entre Parceiros Íntimos – Prevalências de 2006 e 2012 e associação com consumo de substâncias psicotrópicas. 3. Patrícia Bernadete – Adaptação transcultural e validação da Lista de Eventos Adversos Recentes. 4. Renata Abdalla – Consumo de Álcool, Cocaína e Crack no Brasil e Associações com Violência Urbana.

PROCEDIMENTOS:

O presente projeto é composto por 9 estudos baseados em análises secundárias do banco de dados gerado nas duas ondas do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas realizado em 2006 e 2012. Todos estudos serão baseados em análises do levantamento que tem desenho transversal repetitivo. As análises serão compostas, de forma geral, por estimativas descritivas de prevalências nacionais de consumo de substâncias e fatores de risco/ comportamentos associados à dependência química. Os estudos também trarão investigações analíticas (Análises Multivariadas e de Mediação) na busca de fatores de risco de proteção para os comportamentos adictivos. Pretende-se também utilizar modelagens de equações estruturais (MEE) para investigar os efeitos diretos e indiretos para os desfechos de consumo de substâncias. Análises Estatísticas As análises estatísticas de todos os estudos serão realizadas com o auxílio do pacote estatístico Stata13. Tendo em vista o design probabilístico utilizado todas as análises serão pesadas para levar em consideração as diferentes probabilidades de seleção de cada estágio da coleta de dados usando o comando svy para amostras complexas. Os modelos de associações entre variáveis serão calculados utilizando diferentes tipos de regressões (Regressão Multinomial, Logística e Poisson) utilizando-se os comandos específicos para gerar valores robustos de erro-padrão e razão de chance com intervalos de confiança de 95%. Adicionalmente, para a realização das validações dos instrumentos, pretende-se empregar análise de classe latente utilizando-se o programa M-Plus.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.833.235

Também será utilizada modelagem de equações estruturais (MEE) para medir os efeitos diretos e indiretos das exposições em relação ao desfecho

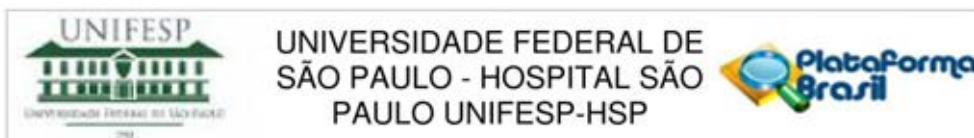
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; Orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente;
- 2- TCLE: modelos dos TCLEs que foram apresentados quando da realização do estudo CEP 1672/04
- 3- outros documentos importantes anexados na PB:
 - a)-carta de ciência de pesquisador responsável pelo projeto original CEP 1672/04, Dr. Ronaldo Laranjeira, permitindo o uso dos dados (Pasta: Outros- Submissão 4; Documento: Carta Ciencia RonaldoLaranjeira.pdf)
 - b)-solicitação para cadastro deste projeto e do projeto maior, anterior à Plataforma Brasil (CEP 1672/04), (Pasta: Outros- Submissão 4; Documento: Cartaesclarecimento.pdf)
 - c)-declaração, assinada pela pesquisadora, de que para este projeto serão usados dados já coletados em projeto anterior sendo que para o presente projeto vários alunos participarão da análise dos dados: Luciana Massaro – Consumo de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres – Prevalência do uso de estimulantes, o beber abusivo e o envolvimento em comportamentos de risco. 2. Elizabeth Zamerul – Violência entre Parceiros Íntimos – Prevalências de 2006 e 2012 e associação com consumo de substâncias psicotrópicas. 3. Patrícia Bernadete – Adaptação transcultural e validação da Lista de Eventos Adversos Recentes. 4. Renata Abdalla – Consumo de Álcool, Cocaína e Crack no Brasil e Associações com Violência Urbana. . (Pasta: Outros- Submissão 4; Documento: declaracao.pdf)
 - d)-carta de aprovação CEP/UNIFESP 1672:04 (Pasta: Parecer Anterior- Submissão 4; Documento: Parecer CEP LENAD 1672:04_05.pdf)
 - e)- carta de aprovação CEP/UNIFESP de emenda ao projeto 1672:04 (Pasta: Parecer Anterior- Submissão 4; Documento:)

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.833.235

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir da data de aprovação final, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_525471.pdf	09/11/2016 19:49:02		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	09/11/2016 19:43:19	Clarice Sandi Madruga	Aceito
Outros	declaracao.pdf	27/09/2016 13:19:43	Clarice Sandi Madruga	Aceito
Outros	Cartaesclarecimento.pdf	29/08/2016 11:43:56	Clarice Sandi Madruga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LENAD2.pdf	27/05/2015 02:47:40		Aceito
Outros	Carta Ciencia RonaldoLaranjeira.pdf	27/05/2015 02:43:06		Aceito
Parecer Anterior	Parecer CEP_LENAD 1672:04_11.pdf	27/05/2015 02:42:46		Aceito
Parecer Anterior	Parecer CEP LENAD 1672:04_05.pdf	27/05/2015 02:42:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_AnaliseBanco LENAD2.pdf	27/05/2015 02:42:17		Aceito

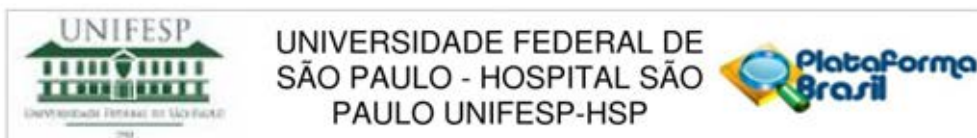
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.833.235

SAO PAULO, 23 de Novembro de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

Anexo H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebida alcoólica, levantando informações sobre os fatores que estimulam e reduzem esse consumo, os locais e os tipos de bebidas mais consumidas, frequência de consumo, e outros fatores associados. Serão entrevistadas cerca de 4000 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais. A participação é anônima e voluntária. O questionário consta de cerca de 60 questões e sua aplicação dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se você não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

Sua participação é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir de suas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e-mail: cepunifesp@epm.br

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira". Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados e seus desconfortos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

ENTREVISTADO:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:			CEP: _____ - _____ (#)
TEM TELEFONE:	(#)	1 - Sim 2 - Não	SE SIM (_____) _____ - _____ 1. Residência 2. Comercial 3. Recado 4. Celular

Assinatura do entrevistado:
Assinatura do responsável (se menor de 18 anos):

(AGRADEÇA E ENCERRE)