



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**



RENATA DA SILVA GOMES

**CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO RAÇA/COR E COMPORTAMENTO DE
RISCO NO TRÂNSITO NA POPULAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

2024

**CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO RAÇA/COR E COMPORTAMENTO DE
RISCO NO TRÂNSITO NA POPULAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Vanessa Moraes Bezerra

Co-orientadora: Amanda Cristina de Souza Andrade

Discente: Renata da Silva Gomes

VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

2024

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

G633

Gomes, Renata da Silva.

Consumo de álcool segundo raça/cor e comportamento de risco no trânsito na população da região nordeste do Brasil. / Renata da Silva Gomes. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2024.

122 f.; il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa Moraes Bezerra.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2024.

1. Dirigir sob Influência. 2. Consumo Excessivo de Bebidas Alcoólicas. 3. Acidente de Trânsito. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Bezerra, Vanessa Moraes. III. Título.

CDU: 615.099


Renata da Silva Gomes

“Consumo de álcool segundo raça/cor e comportamento de risco no trânsito na população da região nordeste do Brasil”


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Epidemiologia. Linha Pesquisa: Saúde das populações e seus determinantes.

Aprovada em 20/02/2024


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **VANESSA MORAES BEZERRA**
Data: 12/03/2024 12:03:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof.^a Dr.^a Vanessa Moraes Bezerra (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente
 **NILIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO**
Data: 21/02/2024 12:21:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Nília Maria de Brito Lima Prado (Examinadora Interna)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente
 **ETNA KALIANE PEREIRA DA SILVA**
Data: 28/02/2024 16:08:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Etna Kaliane Pereira da Silva (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Oeste da Bahia – UFOB

Documento assinado digitalmente
 **AMANDA CRISTINA DE SOUZA ANDRADE**
Data: 06/03/2024 11:34:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Amanda Cristina de Souza Andrade (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT

“Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Benjamin Rush apud Gigliotti e Bessa (2004)

AGRADECIMENTOS

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos – Provérbios: 16”. Agradeço primeiramente a Deus, que com sua imensa bondade me concedeu saúde e forças durante toda a minha vida, em especial durante esse mestrado – “Sou grata para com aquele que me fortaleceu, Cristo Jesus, nosso Senhor! – Timóteo 1:12”;

Aos meus pais Flauzenir Gomes e Júnior Gomes por estarem sempre presentes em minha vida e por não medirem esforços para me ajudar na realização dos meus sonhos. Sou grata por serem meus exemplos de força e perseverança, amo vocês!

A minha irmã Karine Gomes por toda compreensão e companheirismo durante essa longa jornada, sempre me transmitindo fortaleza. Obrigada por sempre caminhar comigo e segurar a minha mão em todas as decisões da minha vida.

Ao meu namorado Leonardo Almeida, por ser serenidade nos meus dias agitados. Obrigada por sempre me apoiar, me aconselhar e ouvir todos as minhas reclamações (risos).

À toda a minha família, aos meus tios, primos, e em especial às minhas avós Zezé e Chica por sempre acreditarem nos meus sonhos. Obrigada por todas as palavras de incentivo e por todas as orações!

Aos meus colegas de turma, por todas as experiências compartilhadas durante esses dois anos do mestrado, vocês se tornaram parte da minha família. Obrigada pelo apoio, pela solidariedade e por todos os momentos de descontração, vocês são demais!

À minha co-orientadora Amanda, obrigada por assumir conosco esse projeto. Sua contribuição foi fundamental para minha formação. Obrigada por cada ensinamento.

Agradeço imensamente a minha orientadora Vanessa Bezerra. Obrigada pela amizade construída ao longo desses anos. Sou grata pelo companheirismo, por sempre me ouvir, me aconselhar e pelos puxões de orelha que são responsáveis pelo meu amadurecimento. Seu amor e sua dedicação com a docência é radiante. Obrigada pela paciência e disponibilidade em transmitir para mim todo seu conhecimento. Gratidão.

À Fapesb pela bolsa de estudo que financiou o meu projeto esses dois anos.

Por fim, a todos familiares, amigos, docentes, que contribuíram diretamente com o meu crescimento profissional e pessoal. Que Deus abençoe todos vocês!

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

- CEEA – Consumo Excessivo Episódico de Álcool
- DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- CISA – Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool
- NIAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SAMHSA – Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental
- CID – Classificação Internacional de Doenças Relacionadas à saúde
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- RP – Razões de Prevalência
- RS10 – Road Safety in 10 countries
- PVT – Programa Vida no Trânsito
- DSS – Determinantes Sociais de Saúde
- APS – Alcohol Policy Scoring
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
- IDH – Índices de Desenvolvimento humano
- ONU – Organização das Nações Unidas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Dissertação

Quadro 1. Caracterização dos principais padrões de consumo de bebidas alcoólicas identificados na literatura.

Figura 1: *Ranking* das principais doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CIDs), com fração atribuível ao álcool em 2021.

Figura 2 – Fluxograma da amostra populacional dos artigos.

Artigo 01

Tabela 1 – Características da população adulta, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 2 – Distribuição do consumo excessivo episódico de álcool na população adulta, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 3 – Modelo hierarquizado dos fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool na população adulta, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor Branca, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 4 – Modelo hierarquizado dos fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool na população adulta, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor Negra, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Figura 1 – Modelo Conceitual para o conhecimento do consumo excessivo episódico de álcool.

Artigo 02

Tabela 1 – Distribuição do comportamento de beber e dirigir segundo as variáveis sociodemográficas em adultos do sexo masculino da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 2 – Distribuição do comportamento de beber e dirigir segundo as variáveis sociodemográficas em adultos do sexo feminino da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 3 – Análise multivariada do comportamento de beber e dirigir ajustado por variáveis sociodemográficas em adultos do sexo masculino da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Figura 1 – Consumo de bebidas alcoólicas e condução de veículos, na população adulta da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

SUMÁRIO

1. RESUMO	9
2. INTRODUÇÃO	12
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
4.1 PADRÕES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	17
4.2 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL.....	19
4.3 DETERMINANTE SOCIAL RAÇA/CORE O CONSUMO DE ÁLCOOL ..	22
4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE O CONSUMO ÁLCOOL	25
4.5 DIRIGIR SOB INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL.....	27
4.6 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS DE FISCALIZAÇÃO DO CONSUMO DE	29
ÁLCOOL	
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
6. RESULTADOS	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
8. REFERÊNCIAS	79
9. ANEXOS.....	88

1. RESUMO

O hábito de consumir bebidas alcoólicas é uma prática comum, determinado por fatores que atuam nos níveis individuais e contextuais. Apresenta prevalência elevada, constitui um fator de risco para a ocorrência de acidentes de trânsito, sendo considerado um problema relevante de saúde pública. Diante disso, foi realizado um Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, com indivíduos de 18 anos ou mais, da região Nordeste do Brasil. Objetivou-se no artigo 01 analisar os fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) segundo raça/cor. O desfecho foi o CEEA medido pelo consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião nos últimos trinta dias. Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde/doença foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta. As análises foram estratificadas por raça/cor. No artigo 02, objetivou-se estimar a prevalência do comportamento de beber e dirigir e variáveis demográficas associadas. O desfecho foi caracterizado pela condução de veículos após o consumo de bebidas alcoólicas. Foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta. As análises foram estratificadas por sexo. No artigo 01, a prevalência de CEEA foi de 16,6% em brancos e 17,6% em negros, e em ambos os estratos os fatores associados positivamente ao CEEA foram: sexo masculino; faixa etária mais jovens; viver sem companheira (o); maior renda domiciliar per capita; presença de trabalho remunerado; prática de atividade física; uso de tabaco e possuir hábitos alimentares inadequados. Somente na população negra foram observadas associações positiva de maiores escolaridades e da não busca aos serviços de saúde e associação negativa da autoavaliação da saúde com o CEEA. Já entre os brancos foi identificada associação negativa da presença de três ou mais doenças crônicas e positiva do sobrepeso/obesidade com CEEA. No artigo 02, A prevalência do comportamento de beber e dirigir foi de 21,0% para a população total, sendo 24,6% entre os homens e 10,1% entre as mulheres (p-valor <0,001). Foram observadas, apenas na população masculina, associações positivas de faixas etárias mais jovens, renda domiciliar per capita acima de meio salário mínimo, residir em área rural e dirigir motocicleta com o comportamento de beber e dirigir. Os resultados encontrados nesses estudos preenchem uma lacuna existente na literatura brasileira. Os comportamentos de risco estudados, possuem prevalências elevadas na população da Região Nordeste do Brasil, Situação que pode impactar negativamente na saúde desta população, principalmente dos negros, por vivenciarem maiores

vulnerabilidades sociais e de saúde. Sugere-se o estabelecimento de parcerias intersetoriais, para fortalecer ações de prevenção, acompanhadas da expansão de investimentos em saúde que alcancem de maneira equitativa todos os grupos populacionais.

Palavras chaves: Consumo excessivo de bebidas alcoólicas, Dirigir sob influência, Fatores de risco, Inquéritos epidemiológicos.

Abstract

The habit of consuming alcoholic beverages is a common practice, influenced by factors operating at both individual and contextual levels. It has high prevalence and is a risk factor for traffic accidents, thus considered a significant public health issue. In response, a cross-sectional study was conducted using data from the 2019 National Health Survey (PNS), with individuals aged 18 or older from the Northeast region of Brazil. The aim of Article 01 was to analyze the factors associated with episodic binge drinking (EBD) according to race/color. The outcome was EBD, defined as consuming five or more drinks on a single occasion within the past thirty days. To evaluate the association between sociodemographic, lifestyle, and health/disease variables, Poisson regression with robust variance was used. The analyses were stratified by race/color. In Article 02, the goal was to estimate the prevalence of drinking and driving behavior and associated demographic variables. The outcome was characterized by driving vehicles after consuming alcoholic beverages. Poisson regression with robust variance was employed, and the analyses were stratified by gender. In Article 01, the prevalence of EBD was 16.6% among whites and 17.6% among blacks. In both groups, the factors positively associated with EBD were: male gender, younger age, living without a partner, higher per capita household income, being employed, engaging in physical activity, tobacco use, and having poor dietary habits. In the black population only, positive associations were observed for higher education and not seeking health services, while a negative association was observed for self-assessed health with EBD. Among whites, a negative association was identified with having three or more chronic diseases and a positive association with overweight/obesity. In Article 02, the prevalence of drinking and driving behavior was 21.0% for the total population, with 24.6% among men and 10.1% among women (p-value <0.001). Among the male population, positive associations were observed with younger age, per capita household income above half the minimum wage, living in rural areas, and riding

motorcycles for the behavior of drinking and driving. The results obtained from these studies fill a gap in the existing Brazilian literature. The risk behaviors studied have high prevalence in the population of the Northeast region of Brazil, a situation that may negatively impact the health of this population, especially among blacks, due to greater social and health vulnerabilities. It is suggested that intersectoral partnerships be established to strengthen preventive actions, along with expanded health investments that reach all population groups equitably.

Keywords: Excessive alcohol consumption, Drinking and driving, Risk factors, Epidemiological surveys.

2. INTRODUÇÃO

O uso frequente de bebidas alcoólicas tem se tornado cada vez mais comum na rotina das pessoas, impulsionado por influências socioculturais e políticas (CISA, 2022). Embora o álcool seja uma substância legal, seu consumo em excesso pode resultar em efeitos adversos tanto para a saúde individual quanto para a sociedade em geral, incluindo problemas como dependência, questões mentais, hepáticas, neoplasias, entre outros. Além disso, constitui um fator de risco para a ocorrência de violência, acidentes de trânsito e acidentes de trabalho (MALTA et al., 2021).

Entre os vários padrões de consumo de bebidas alcoólicas abordados na literatura, o consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) é amplamente empregado na categorização dos consumidores (SÁ DA SILVA et al., 2022). Conhecido também como beber pesado episódico ou *binge drinking*, ele se caracteriza pela ingestão de 60g de álcool puro, correspondente a cinco doses ou mais de bebidas alcoólicas em uma única ocasião nos últimos trinta dias, tanto para homens quanto para mulheres (CISA, 2022; WHO, 2018a).

Para a compreensão do processo de saúde e doença é essencial considerar os elementos constituintes dos determinantes sociais de saúde (DSS). O CEEA sofre influência de diversos determinantes, destacando-se os fatores socioculturais, nos quais a promoção do consumo de álcool está enraizada em diversas culturas, associada a celebrações, socializações, cerimônias religiosas e outros eventos sociais (MALTA et al., 2021; WHO, 2018a). Somado a isso, tem-se os determinantes socioeconômicos, como idade, renda e escolaridade, que desempenham um papel crucial na formação de hábitos e comportamentos, incluindo o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (ABREU et al., 2020; SÁ DA SILVA et al., 2022).

Ao enxergar o indivíduo como um ser completo, interconectado e complexo, é fundamental não separar os aspectos biológicos/fisiológicos do contexto externo no qual o indivíduo está imerso (GERALDO et al., 2022). Nesse contexto, características relacionadas à raça/cor podem funcionar como marcadores sociais significativos, identificando posições desiguais nas relações sociais e potencialmente resultando em desvantagens para determinados grupos raciais, favorecendo o consumo de álcool entre os grupos (DAVID, 2018).

Considerado um determinante social, a raça/cor/pele é considerado um importante preditor do estado de saúde e das desigualdades sociais vivenciadas por uma

população (KRIEGER et al., 1993; MALTA et al., 2017). É notório que a população brasileira, destaca-se por possuir mais da metade de seus habitantes, indivíduos de cor de pele preta ou parda (população negra), representando 56% da população total (PNAD - CONTÍNUA, 2022). É na Região Nordeste, que se concentra a maior parcela da população negra brasileira, representando 74,5% do total da população da Região (IBGE, 2022). A população negra é conhecida por vivenciar historicamente condições sociais e de saúde desfavoráveis (RACHE; ROSA; ROCHA, 2022). Grande parte dessa população possui condições de vida mais precária, observadas por indicadores de baixa escolaridade e renda e piores condições de saúde, quando comparado aos indivíduos brancos (DANTAS; SILVA; BARBOSA, 2022). Sabe-se que condições socioeconômicas desfavoráveis podem influenciar diretamente na adoção de um estilo de vida não saudáveis como o CEEA (ABREU et al., 2020; SÁ DA SILVA et al., 2022), tornando a população negra um grupo de risco.

Atualmente, a presença do componente raça/cor nos estudos epidemiológicos tem ganhado relevância. Estudos nacionais e internacionais apontam que o consumo de bebidas alcoólicas está cada vez mais frequente na população negra (GARCIA et al., 2021; LEVINSON et al., 2017; RIBEIRO; DAMACENA; SZWARCOWALD, 2021). A incorporação desse comportamento, tem sido uma das causas de adoecimento e morte desta população (GARCIA et al., 2015; MARQUES et al., 2020), reafirmando a necessidade de modificação desse comportamento de risco.

As iniquidades em saúde se mostram mais relevantes quando analisadas levando em consideração o componente raça/cor (MELLER et al., 2022). Contudo, estudos nacionais na área da saúde que utilizam a variável raça/cor ainda são incipientes. A utilização da raça/cor como variável explicativa em alguns estudos apontam que, grande parte da população negra reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica, ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade, além de apresentarem elevada morbimortalidade (CONTRERAS et al., 2022; MELLER et al., 2022; SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | SESAB, [s.d.]; SILVA et al., 2020; WENDT et al., 2021). A justificativa para essas diferenças raciais nos indicadores de saúde, na maioria das vezes, devem-se a fatores socioeconômicos, culturais, entre outros (ARAÚJO et al., 2009; MALTA et al., 2017).

As relações entre raça/cor e os comportamentos de risco, como o consumo de álcool ainda não são bem evidenciados na literatura. Não há consenso entre como as identidades interseccionais influenciam os comportamentos de risco e os resultados em saúde. Embora a interseccionalidade seja uma ferramenta muito importante, ela ainda é geralmente subutilizada. Entretanto, sabe-se que as interseções convergem por caminhos complexos que produzem resultados negativos na saúde, aprofundando as desigualdades na saúde e revelando múltiplas vulnerabilidades. Diante da complexidade que o quesito raça/cor traz consigo, a sua utilização nos estudos epidemiológicos se faz necessário, de forma a ampliar o debate a produção científica sobre a saúde da população negra.

Outro evento de saúde associado ao consumo de bebidas alcoólicas, também relevante, são os acidentes de trânsito. A prática de dirigir após o consumo de bebidas alcoólicas é uma das principais causas de acidentes de trânsito em escala global, em razão dos efeitos prejudiciais dessa substância no organismo (WHO, 2022).

No contexto do comportamento de beber e dirigir no Brasil, um estudo baseado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, revelou uma elevada prevalência desse comportamento, sendo maior entre os homens (20,5%) do que entre as mulheres (7,2%) (RIBEIRO et al., 2022). Apesar da existência de políticas públicas e leis voltadas para redução do consumo de álcool e do hábito de beber e dirigir no Brasil, a condução de veículos após o consumo do álcool e o consumo excessivo do álcool ainda são muito frequentes entre os brasileiros (OLIVEIRA et al., 2021a, 2021b). A presença constante desses comportamentos, pode ser atribuída a fragilidades existentes nas políticas e leis existentes (OLIVEIRA et al., 2021a, 2021b), reafirmando a necessidade de ações para combater esse comportamento que contribui consideravelmente na elevação do número de mortes por causas evitáveis no território nacional.

O álcool representa um desafio de saúde pública global, e a região nordeste do Brasil não está isenta dessa realidade. Altas taxas de acidentes de trânsito causados pelo consumo de álcool têm efeitos que vão além dos custos hospitalares e dos cuidados de saúde. Embora seja evidente a importância e os possíveis impactos negativos na saúde e na sociedade, a literatura científica apresenta uma lacuna notável na investigação específica desse fenômeno na Região Nordeste. A falta de estudos sobre o consumo de álcool com componente raça/cor no nordeste brasileiro limita nossa compreensão dos padrões de consumo, dos fatores de risco envolvidos e das consequências para a saúde pública.

A Região Nordeste vivencia um cenário de vulnerabilidade demarcada por desigualdades importantes entre os DSS como os sociodemográficos que afetam diretamente o estilo de vida de seus residentes. Frente aos impactos adversos à saúde decorrentes do consumo de álcool e do comportamento de beber e dirigir, torna-se crucial identificar os fatores de risco associados ao Consumo Excessivo Episódico de Álcool (CEEA) entre diferentes grupos raciais da Região Nordeste. Essa abordagem possibilitará a realização de um diagnóstico de saúde mais abrangente dessa população, contribuindo para a formulação e direcionamento de políticas de cuidado e promoção da saúde. Além disso, a compreensão da prevalência do comportamento de beber e dirigir, juntamente com seus fatores preditores, permitirá o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes. Estudos como estes, que proporcionam informações sobre as condições de vida e saúde, explorando as possíveis relações entre as características étnico-raciais dos indivíduos e o CEEA, associados ao comportamento de beber e dirigir, contribuem para a construção de indicadores ainda pouco explorados na literatura nacional.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar os fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) conforme raça/cor e ao comportamento de risco no trânsito estratificado por sexo, na população com 18 anos ou mais, da Região Nordeste do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Artigo 1

- Estimar a prevalência do consumo excessivo episódico de álcool na população com 18 anos ou mais, da Região Nordeste do Brasil segundo características sociodemográficas, de estilo de vida e saúde e doença, estratificado por raça/cor;
- Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde e doença com o CEEA na população com 18 anos ou mais da Região Nordeste do Brasil, estratificado por raça/cor.

Artigo 2

- Estimar a prevalência da condução de veículos após o consumo de bebidas alcoólicas, segundo variáveis sociodemográficas, na população com 18 anos ou mais da Região Nordeste do Brasil, estratificado por sexo
- Analisar a associação entre características sociodemográficas e a condução de veículos após consumo de bebidas alcoólicas na população com 18 anos ou mais, da Região Nordeste do Brasil.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PADRÕES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O consumo de bebidas alcoólicas e o seu impacto na saúde é determinado por dois fatores que se relacionam, o volume de álcool ingerido e o padrão de consumo, ou seja sua frequência (KLINGER; SCHWARTZMAN; MORAES, 2022). Sabe-se que, os padrões de consumo de álcool diferenciam-se de acordo com a frequência e o volume de álcool ingerido pelo indivíduo (LARANJEIRA, 2014). Contudo, é evidenciado pela literatura uma falta de consenso na padronização e classificação do padrão do consumo alcoólico, que gera divergências quanto a utilização de termos e definições (GRIGSBY et al., 2016; GUIMARÃES et al., 2021).

A ausência de consenso da padronização do consumo alcoólico entre as diretrizes e agências de diversos países, geram diferentes classificações para o consumo do álcool, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos principais padrões de consumo de bebidas alcoólicas identificados na literatura

Padrão de consumo	Caracterização	Diretriz/Agência
Beber com moderação	Ingestão de duas doses de bebidas alcoólicas ou menos por dia para homens e uma bebida alcoólica ou menos por dia para mulheres.	Diretrizes Dietéticas para Americanos 2020-2025”(HARPER, 2020)
Consumo excessivo de álcool	Ingestão de cinco ou mais doses de bebidas para homens ou quatro ou mais doses de bebidas para mulheres, em cerca de duas horas.	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i> (NIAA) (NIAA 2023, [s.d.]
Consumo excessivo de álcool	Ingestão de cinco ou mais doses de bebidas para homens ou quatro ou mais doses de bebidas para mulheres, em pelo menos um dia nos últimos 30 dias.	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)(LIPARI et al., 2020)
Consumo excessivo episódico de álcool	Consumo de 60g de álcool puro, que corresponde a cerca de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para ambos os sexos em uma única ocasião nos últimos 30 dias.	Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO et al., 2018)

Dentre os padrões de consumo alcoólico mais utilizados na literatura tem-se o beber com moderação. De acordo com as “Diretrizes Dietéticas para Americanos 2020-

2025”(HARPER, 2020), adultos com idade legal para beber podem optar beber com moderação, que seria limitar a ingestão a duas doses bebidas alcoólicas ou menos por dia para homens e uma dose de bebida alcoólica ou menos por dia para mulheres.

Outro padrão evidenciado na literatura é o consumo excessivo de álcool. Agências internacionais, como a *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAA) e o Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (SAMHSA), utilizam definições distintas para esse padrão. Ambas as agências adotam critérios semelhantes quanto ao número de doses, que corresponde ao consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens ou quatro ou mais doses para mulheres, mas diferenciam-se quanto ao período de ingestão, sendo que a NIAA estabelece a ingestão em cerca de duas horas (NIAA 2023, [s.d.]), já a SAMHSA, define a ingestão em pelo menos um dia no últimos 30 dias (LIPARI et al., 2020).

A dose padrão é a unidade de medida que define a quantidade de etanol puro nas bebidas alcoólicas. Entende-se por dose o equivalente a 14 g de álcool puro, independente do volume de bebida ingerida. Assim, uma dose de bebida alcoólica corresponde a aproximadamente 350 mL de cerveja (5% de álcool), 150 mL de vinho (12% de álcool), ou 45 mL de bebida destilada (vodca, uísque, cachaça, gin, tequila, com 40% de álcool) (NIAA 2023, [s.d.]).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece o consumo excessivo episódico de álcool (CEEA), como uma classificação adotada por diversos estudos, que tem como termo análogo consumo episódico pesado. Esse padrão é caracterizado pelo consumo de 60g de álcool puro, que corresponde a cerca de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para ambos os sexos em uma única ocasião nos últimos 30 dias (WHO et al., 2018). É considerado um padrão de risco, haja vista que, tem sido mais associado a danos à saúde, dependência alcóolica, violência e envolvimento em acidentes de trânsito (DAMACENA et al., 2016; GUIMARÃES et al., 2021; MARTINOTTI et al., 2017).

No Brasil, o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool - CISA adota a classificação recomendada pela OMS. A mensuração do CEEA, se dá comumente através de perguntas sobre a frequência desse comportamento, sendo caracterizado pela ingestão em doses de bebidas alcoólicas por homens e mulheres, em uma única ocasião nos últimos 30 dias (CISA, 2022; STOPA et al., 2020). Em relação a referência de dose, o CISA utiliza a definição de dose estabelecida pela NIAA (CISA, 2023). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) também adota a classificação e as recomendações da OMS sobre o

CEEA. A referida pesquisa mensura o CEEA através de perguntas sobre a frequência do consumo e caracteriza pela ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens ou mulheres em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias (PNS, 2019).

O inquérito domiciliar brasileiro de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, utiliza um indicador equivalente, denominado como consumo abusivo de álcool, que corresponde a ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens ou quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas para mulheres em uma única ocasião nos últimos 30 dias, padrão semelhante ao consumo excessivo de álcool estabelecido pelo SAMHSA (LIPARI et al., 2020; VIGITEL et al., 2021).

Visto a ausência de consenso na padronização e classificação dos padrões de consumo alcoólico, assim como a definição das terminologias, optou-se por utilizar nesse trabalho o padrão consumo excessivo episódico de álcool (CEEA). Contudo, cabe ressaltar a necessidade de estudos que possibilitem essa padronização e/ou a adoção do padrão preconizado pela OMS e adotado pelo CISA no Brasil pelos estudos, a fim de possibilitar a comparabilidade entre as evidências científicas, que fica prejudicada devido a inúmeras classificações existentes na literatura.

4.2 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL

Dentre as drogas existentes, mundialmente, o álcool é a mais consumida independente do uso ser social ou de risco (WHO et al., 2018). De acordo com o relatório global da OMS de 2018, cerca de 3,3 milhões de pessoas morrem em decorrência de problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas (WHO et al., 2018). Amplamente aceito no meio social, este consumo é considerado fator de risco para o desenvolvimento de doenças e mortalidade em todo o mundo (SÁ DA SILVA et al., 2022; WHO et al., 2018).

Na Figura 1, observa-se o *ranking* das principais doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CIDs), com fração atribuível ao álcool, indicando o percentual de contribuição para o total de óbitos de adultos brasileiros, atribuíveis ao álcool entre os anos de 2020 e 2021. Cirrose hepática (19,3%), Acidente de trânsito (15,8%) e outras (26,5%), são as doenças e agravos com maior percentual de óbitos atribuídos ao consumo de álcool.

Percentual das doenças e agravos relacionados aos óbitos atribuíveis ao álcool em 2021

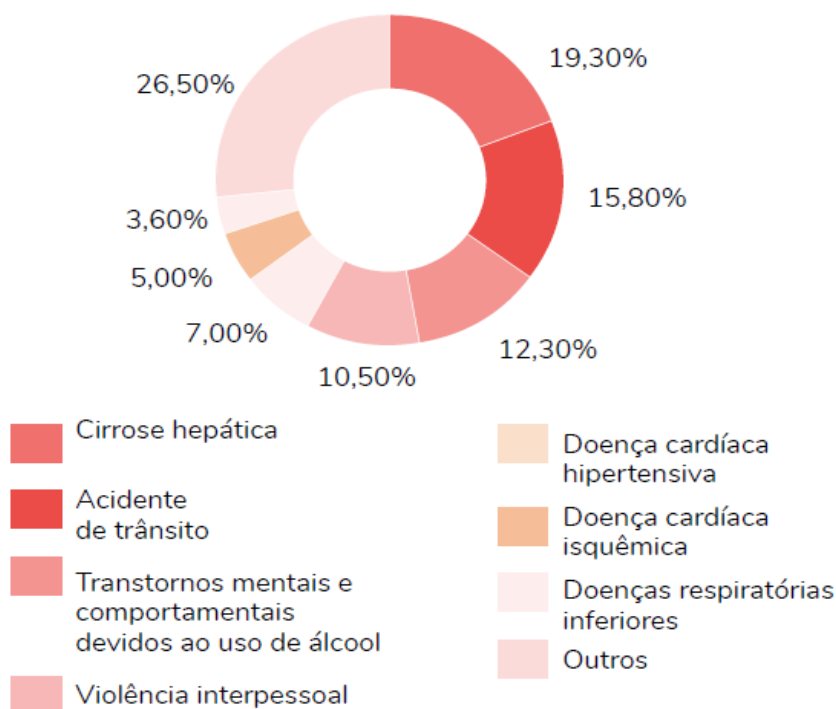


Figura 1: *Ranking* das principais doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), com fração atribuível ao álcool, em 2021.

Fonte: Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama de 2023 – CISA, (CISA, 2023).

Dentre os anos de 2013 a 2019, o consumo de bebidas alcoólicas se manteve como o sétimo fator de risco mais relevante para a mortalidade no Brasil e o sexto para os anos potenciais de vida perdido ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALY*) (ABBAFATI et al., 2020). A prevalência do consumo excessivo de álcool no conjunto das capitais brasileiras em 2023, segundo dados do Vigitel, foi de 20,8%, sendo maior em homens (27,3%) do que em mulheres (15,2%), dados mensurados através de um indicador equivalente do consumo excessivo episódico de álcool (BRASIL, 2023). Um estudo de distribuição espacial do consumo de álcool no Brasil, revelou que em média, a cada ano, 6.633 óbitos são atribuíveis ao consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, maiores taxas de mortalidades por essa causa foram observadas nas regiões Nordeste e Sudeste do país (MARQUES et al., 2020).

Ao analisar o consumo de bebidas alcoólicas pelas macrorregiões brasileiras, no ano de 2013 a Região de maior consumo foi a Sul, seguida da Região Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste e Norte. Já em 2019, ocorreu uma alteração nessa ordem, na qual a Região Sudeste passou a ocupar o segundo lugar em termos de prevalência de consumo semanal e a Região Centro-Oeste ocupa o terceiro lugar. As regiões Norte e Nordeste se

mantiveram na mesma posição observada em 2013 (FREITAS; STOPA; SILVA, 2023). No que se refere ao CEEA nessas regiões no ano de 2023, constatou-se prevalências mais elevadas dessa prática nas regiões Sul (47%) e Nordeste (26%), quando comparada as demais regiões (CISA, 2023).

Em relação as motivações para o consumo de bebidas alcoólicas, estas são diversas, podendo citar: busca por sensações positivas de socialização, enfrentamento do estresse, desconforto físico e psicológico, pressão dos pares, etc (CISA, 2022). Segundo Armeli e colaboradores, indivíduos que relatam beber para lidar com o estresse estão mais propensos a desenvolverem problemas interpessoais relacionados ao álcool (ARMELI; LITT; TENNEN, 2021).

No que concerne aos fatores de riscos associados ao CEEA, é possível apontar que fatores sociodemográficos como idade, sexo, escolaridade, renda e raça/cor da pele, quando combinados revelam o perfil de grupo mais susceptível a praticar esse tipo de consumo (ABREU et al., 2020; ARMELI; LITT; TENNEN, 2021; GARCIA et al., 2021; SÁ DA SILVA et al., 2022). Estudos em populações de brasileiros apontam que o CEEA é mais prevalente entre jovens, indivíduos do sexo masculino, aqueles com níveis maiores de renda e escolaridade, de raça/cor preta e entre os trabalhadores (ABREU et al., 2020; ARMELI; LITT; TENNEN, 2021; SÁ DA SILVA et al., 2022).

A transição da adolescência para fase adulta é marcada por um período de afirmação, em que ocorrem mudanças nos hábitos e comportamentos dos indivíduos, tem-se a presença de características peculiares como a busca por autonomia e identidade pessoal e a necessidade de vivenciar novas sensações, assim esse período de transição resulta em uma maior possibilidade de início desse comportamento de risco, o que pode justificar maiores prevalências de CEEA entre os jovens (ABREU et al., 2020).

Em relação às elevadas prevalências do CEEA entre os indivíduos do sexo masculino, é reconhecido que o consumo de álcool é considerado um símbolo de masculinidade, assim, expõe mais o sexo masculino ao seu uso, além disso, influências culturais, do contexto socioeconômico e o trabalho podem justificar a tendência desses indivíduos apresentarem maior CEEA (MACHADO et al., 2017). Estudos apontam uma relação proporcionalmente direta entre o aumento do CEEA e o aumento dos níveis de escolaridade e renda (ABREU et al., 2020; SÁ DA SILVA et al., 2022), uma possível explicação para essa relação é que indivíduos com maiores escolaridades possuem maior poder aquisitivo, o que favorece a compra e consumo de bebidas alcoólicas (WENDT et

al., 2021). Conduto, é importante salientar que ainda não há um consenso na direção das relações existentes entre fatores socioeconômicos e o consumo de álcool, principalmente na população negra, vistos que as interseções desses fatores nas populações podem convergir por caminhos complexos, e apresentarem desfechos distintos que podem revelar múltiplas vulnerabilidade.

É evidenciado na literatura que indivíduos que referiram raça/cor preta ou parda apresentaram maior prevalência do CEEA (GARCIA et al., 2021; GARCIA; FREITAS, 2015). Tal fato pode ser explicado pelo sinergismo das desigualdades existentes no Brasil e pela combinação de fatores dos risco nesse grupo (MACHADO et al., 2017). Sabe-se que a população negra brasileira apresenta diferenças quanto aos fatores sociodemográficos e sua combinação, como maior percentual de indivíduos com baixa escolaridade, menor remuneração, o que pode gerar diferentes níveis de risco e vulnerabilidade para esse grupo, além de influenciar na adoção de comportamentos de risco como o CEEA (DANTAS; SILVA; BARBOSA, 2022; MACHADO et al., 2017; SÁ DA SILVA et al., 2022).

Devido à tendência de aumento do CEEA na população geral (SÁ DA SILVA et al., 2022) e sua relação com as características demográficas e sociais dos indivíduos, o CEEA é considerado um indicador fundamental para desvelar a caracterização dos consumidores, as percepções de saúde e as possíveis consequência desse comportamento de risco para a população (DAMACENA et al., 2016).

4.3 DETERMINANTE SOCIAL RAÇA/COR O CONSUMO DE ÁLCOOL

Os determinantes sociais de saúde (DSS) são elementos indispensáveis para a compreensão do processo saúde e doença de uma população. Assim, eles avaliam a saúde da população considerando o indivíduo um ser integral, interligado e complexo, em que os aspectos biológicos/fisiológicos não devem ser desconectados do contexto externo ao qual o indivíduo está inserido (GERALDO et al., 2022). Nesse sentido, características raciais-fenotípicas podem ser marcadores sociais importantes, que nominam posições desiguais nas relações sociais podendo desfavorecer certos grupos raciais (DAVID, 2018).

A inclusão do determinante raça/cor/pele nos dados de saúde brasileiros foi uma conquista recente (BRASIL, 2013). Este determinante é considerado um importante preditor do estado de saúde e das desigualdades sociais vivenciadas por uma população

(KRIEGER et al., 1993; MALTA et al., 2017). A utilização do quesito raça/corem em estudos epidemiológicos ganharam relevância, passando a ser utilizado e considerado como preditor de desfechos na saúde como na epidemiologia de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), nas doenças infectos-parasitárias, na epidemiologia nutricional, entre outras (BARBOSA; AIQUOC; SOUZA, 2021; GARCIA et al., 2021; MALTA et al., 2017).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), no Brasil, a maior parte de seus residentes se auto declaram ser de cor parda ou preta, sendo que a junção de pretos e pardos é classificada como população negra (PNAD - CONTÍNUA, 2022). A maioria da população negra do país está concentrada na Região Nordeste, com proporções de 11,4% para aqueles que se declaram de cor preta e 63,1% para os de cor parda (PNAD - CONTÍNUA, 2022). Embora a Região Nordeste, possua elevada concentração de negros, este grupo está desproporcionalmente representado em posições de poder, do ponto de vista econômico e social. Além de possuírem menor instrução e poder aquisitivo, refletidos pelos piores Índices de Desenvolvimento humano (IDH) e pelo Índice Gini que traduz a renda domiciliar per capita, tais indicadores refletem a situação de vulnerabilidade socioeconômica da Região (PNUD, 2020; VINHOLES et al., 2017).

É evidenciado na literatura a ocorrência elevada de adoecimento e morte na população negra, além da falta de acesso aos serviços de saúde, com explicações para tal fato limitadas a interpretação baseada na pobreza e no discurso racista (ANUNCIACÃO et al., 2022; DOS SANTOS et al., 2020; SILVA et al., 2020). Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a população negra tem maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, resultante de uma menor qualidade de vida, de uma maior vulnerabilidade e influência dos DSS (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2018). Nesse sentido a variável raça/cor deve ser compreendida não do ponto de vista biológico, mas sim como variável social que representa um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais (ARAÚJO et al., 2009; SILVA et al., 2020).

Disparidades de gênero, raça/cor/etnia e impactos econômicos no consumo excessivo de álcool, são condições já evidenciadas na literatura (WITBRODT et al., 2014; WHITE, 2020). O uso de álcool durante muitos anos esteve mais prevalente, entre aqueles de raça/cor branca, entre os de sexo masculino, e os com condições socioeconômicas

privilegiadas (WHITE, 2020). Entretanto, estudos atuais demonstram um aumento do consumo de álcool na população negra (BARBOSA et al., 2021; GARCIA et al., 2021; LEVINSON et al., 2017), evidenciando novos grupos de risco. Além disso, discriminação socioeconômica, comumente vivenciadas pela população negra, como frustrações e/ou sentir-se rebaixado devido a sua classe ou posição social é um grande fator de risco para o início do consumo de álcool entre os negros (HAENYA et al., 2019).

Uma tendência crescente da prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre a população negra vem sendo observada na literatura nacional e internacional (GARCIA et al., 2021; LEVINSON et al., 2017). Somado a isso, estudos também apontam um aumento na mortalidade da população negra em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas. Marques e colaboradores, em um estudo realizado no Brasil sobre mortes atribuíveis ao consumo de álcool, ao analisar o estrato raça/cor, evidenciou que do total de óbitos atribuíveis ao consumo de álcool, 60,17% são para pretos e pardos, enquanto 34,33% para brancos e amarelos (MARQUES et al., 2020). Já Garcia, et al., em seu estudo brasileiro sobre o uso de álcool como causa necessária para morte, apontaram uma elevada taxa de mortalidade entre pretos e pardos (10,15/100.000 habitantes) (GARCIA et al., 2015).

Além dos DSS como condições socioeconômicas, ambientais e culturais, já mencionados (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017), uma possível explicação para elevadas prevalências do consumo de bebidas alcoólicas observadas na população negra é a discriminação racial e a desigualdade social sofridos pela população. Segundo o CISA, a discriminação racial é um dos principais fatores que pode levar a população negra a consumir o álcool de forma prejudicial (“Álcool e Discriminação Racial - CISA”, [s.d.]). A discriminação racial é identificada como potente fator estressor, em que preconceitos advindos de questões socioculturais como crença, atitudes e arranjos institucionais provocam situações de estresse nesse grupo, que utilizam o consumo de álcool como uma forma de enfrentamento para esse situação (BARBOSA; AIQUOC; SOUZA, 2021; DESALU; GOODHINES; PARK, 2019).

A literatura aponta que, dimensões da identidade étnico-racial moderam a associação entre o álcool e a discriminação racial, em que níveis elevados de respeito e orgulho podem reduzir o risco da população negra se engajar com o consumo de álcool como ferramenta de enfrentamento das consequências advindas das experiências de discriminação vivenciadas por esse grupo (SU et al., 2021).

A presença do componente raça/cornos estudos epidemiológicos tem sido investigada de formas diferentes tanto na literatura nacional, quanto na internacional, apontando uma falta de padronização da classificação da variável raça/cornos estudos. O quesito raça/cor é caracterizado pela autodeclaração de cor de pele dos entrevistados. Alguns estudos nacionais brasileiros, apresentam o componente raça/cor seguindo a classificação do IBGE em preto, pardo, branco, amarelo e indígena (DONATO et al., 2020; MALTA et al., 2017). A variável raça/cor também aparece na literatura nacional brasileira categorizado em pretos, pardos e brancos, não considerando os demais tipos de raça/cor (GARCIA et al., 2021; SOUSA et al., 2019). Sousa e colaboradores justificam a exclusão de amarelos e indígenas devido à baixa representatividade na população de estudo (SOUSA et al., 2019). Existe também a categorização da variável raça/corem brancos e não brancos, nesta categorização, todos os indivíduos que se autodeclaram ser de raça/cor que não seja branca, são considerados não brancos (MACHADO et al., 2017; RIBEIRO et al., 2022). A explicação para tal categorização vem sendo embasada na hipótese que os brancos possuem maiores privilégios e sofrem menos desigualdades e injustiças sociais quando comparado aos demais grupos, sendo válido o agrupamento das demais categorias para identificar possíveis desigualdades (CHICONATO et al., 2022).

Na literatura internacional a variável raça/cor também possui categorizações distinta, podendo ser categorizadas em branca, negra e mestiça (VARONA PÉREZ et al., 2011), em branco e preto/pardo (NIE et al., 2020), em brancos não hispânico e negros não hispânicos (WILLIAMS et al., 2022) e também em branco, negro/afro-americano e hispânico (KELLY; SHEPHERD; BECKER, 2021). Os estudos em quase sua totalidade utilizam os brancos como referência e não apresentam justificativa para a categorização da variável raça/cor.

4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE O CONSUMO ÁLCOOL

A fim de avaliar o consumo de álcool no Brasil e seu impacto na saúde, o CISA lançou a publicação “Álcool e a Saúde dos Brasileiros – Panorama 2022”. Nesse relatório observou-se que o consumo de álcool per capita do Brasil (19,4%) mesmo com a diminuição de 13% entre os anos de 2010-2018, continua superior ao índice mundial (18,2%) e próximo ao índice da Região das Américas (21,3%). Além disso, existe uma tendência crescente no Brasil do consumo abusivo de álcool ou CEEA, em especial nas mulheres, o que vai de contramão das tendências globais (CISA, 2021).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das DCNT no Brasil (2021-2030), preconiza, dentre as suas metas, a redução do consumo de bebidas alcoólicas em 10% do valor atual até 2030, a fim de promover saúde e reduzir o desenvolvimento de doenças associadas ao consumo do álcool (BRASIL, 2021).

No que se refere às políticas específicas sobre o álcool e o seu consumo pode-se citar: a Política Nacional Sobre o Álcool Decreto 6117 de 2007, que visa realizar pesquisas, diagnósticos, tratamento e reinserção social para usuários e dependentes de álcool, além de campanhas de prevenção, sensibilização e mobilização da opinião pública sobre o consumo de álcool, em estados e municípios. A Lei Seca 2008 n.º 11.705: 2008, que impôs regras severas para o condutor que dirigir sob influência de álcool ou de outras substâncias e proibiu a venda de bebidas alcoólicas em estradas. O Plano Emergencial de Ampliação Do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD de 2009, que objetiva alcançar crianças, adolescente e jovens nos lares de álcool e drogas por meio das ações de prevenção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substância.

No que concerne as políticas públicas que relacionam álcool, saúde e bem-estar social (LARANJEIRA, 2014), a literatura destaca duas vertentes: proibicionismo e redução de danos (ALVES, 2009), que também são denominadas de regulação e alocação (LARANJEIRA, 2014). As políticas proibicionistas destacam-se por exercer influência sobre os comportamentos e práticas por meio de ações diretas, ou seja, consideram que o abuso do álcool está vinculado a problemas de saúde ou a desvio moral/criminal. Já as políticas de redução de danos consideram o consumo do álcool como fator que esteve e estará presente na história da humanidade, não podendo ser anulado da sociedade, são necessárias estratégias para reduzir os danos advindos de tal comportamento, tanto para os usuários como para a coletividade (ALVES, 2009; LARANJEIRA, 2014; MANGUEIRA et al., 2014).

Em 2018 a OMS lançou a iniciativa SAFER, que é um acrônimo que designa cinco áreas de atuação das políticas para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas, a saber: “Fortalecer as restrições à disponibilidade de álcool”; “Avançar e impor medidas contra a direção sob efeito de álcool”; “Facilitar o acesso a triagem, intervenções breves e tratamento”; “Aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, patrocínio e promoção de álcool” e “Aumentar os preços do álcool por meio de impostos especiais de consumo e políticas de preços” (DE BONI et al., 2022; MONTEIRO, 2020). A iniciativa

objetiva fomentar e fortalecer ações nacionais e subnacionais para se reduzir o consumo nocivo do álcool, promovendo a implementação da estratégia mundial, centrada em um pacote de intervenções em cinco áreas estratégicas, baseadas em evidências sobre o seu impacto na saúde pública e seu custo-benefício (WHO, 2018b).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a discutir a iniciativa SAFER a nível nacional, contudo, existem enormes desafios para a implementação no território nacional, sendo eles as legislações desatualizadas e incompletas; a política fiscal que não tem o propósito de melhorar a saúde e resulta em preços muito baixos, a inexistência de um sistema de licenças específico para a venda de bebidas alcoólicas regulado e fiscalizado. E a ausência de regulação para as propagandas, o que permite que novos produtos sejam lançados no mercado para o consumo massivo, com preços muito acessíveis e atrativos para a população (MONTEIRO, 2020).

Apesar de existirem políticas públicas sobre o álcool, levantamentos atuais mostram uma tendência crescente do CEEA entre os brasileiros (CISA, 2022), reforçando a necessidade de estudos sobre esse comportamento a fim de subsidiar políticas mais assertivas.

4.5 DIRIGIR SOB INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL

O comportamento de beber e dirigir é reconhecido como um dos principais indicadores relacionado ao problema do consumo nocivo de álcool. Também denominado de “Dirigir sob influência” (*Driving Under the Influence – DUI*), “Dirigir sob a influência de álcool” (*Driving Under the Influence of Alcohol – DUIA*), “Condução Bêbada” (*Drunk Driving*) e “Condução Prejudicada” (*Impaired Driving*), é um indicador amplamente discutido nas literaturas nacionais e internacionais (MALTA et al., 2020; RIBEIRO et al., 2022; WHO, 2007, 2018a), definido pelo ato de conduzir veículos automotores após o consumo de bebidas alcoólicas.

O ato de dirigir após o consumo de bebidas alcoólicas é considerado uma das principais causas de acidente de trânsito em todo o mundo em decorrência dos efeitos prejudiciais dessa substância no organismo (WHO, 2022). No ano de 2021, os acidentes de trânsito se destacaram como a principal razão para internações relacionadas ao álcool, correspondendo a 22,6% do total, e como a segunda causa mais prevalente de mortalidade associada ao uso dessa substância, representando 15,8% (CISA, 2023). Nesse mesmo período, o Brasil testemunhou uma alarmante média de 8,7 internações e 1,2 mortes a

cada hora devido a acidentes de trânsito causados pelo consumo de álcool. Isso se traduz em um assombroso total anual de 75.983 hospitalizações e 10.887 óbitos por essa causa (CISA, 2023). Mesmo em quantidades reduzidas, o álcool induz modificações psicomotoras, como a deterioração das funções visuais e motoras, além da diminuição da capacidade de discernimento, resultando em riscos substanciais para o condutor, passageiros e pedestres (MALTA et al., 2020; RIBEIRO et al., 2022).

Conforme a OMS, em países de renda alta, aproximadamente 20% dos motoristas envolvidos em acidentes fatais apresentavam presença de álcool no sangue. Já em alguns países de baixa e média renda, esse percentual foi três vezes maior (WHO, 2022). No Brasil, de acordo com dados do Observatório de Saúde Global da OMS referentes ao ano de 2019, o país registrou uma taxa estimada de mortalidade no trânsito de 16,0 a cada 100.000 habitantes. Essa cifra é superior às taxas encontradas em países de alta renda, como a Austrália (4,9/100.000 habitantes) e o Canadá (5,3/100.000 habitantes) (RIBEIRO et al., 2022).

Estudo recente, que buscou analisar a mortalidade e as incapacidades decorrentes dos acidentes de trânsito no Brasil, mostrou uma redução de 43% nas taxas de mortalidade do ano de 1990 para 2019, de acordo com os dados atualizados do *Global Burden of Disease* (GBD). Além disso, mostrou que as maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito estavam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em indivíduos do sexo masculino e em adultos jovens, concluindo que mesmo com o declínio das taxas de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU no Brasil de reduzir as mortes por acidente de trânsito em 50% até 2030, pode não ser alcançada (MALTA et al., 2022).

No contexto do comportamento de beber e dirigir no Brasil, um estudo baseado em dados PNS revelou que a prevalência desse comportamento foi mais alta entre os homens (20,5%) do que entre as mulheres (7,2%) (RIBEIRO et al., 2022). Segundo informações do Vigitel, em 2023, 5,9% dos indivíduos afirmaram conduzir veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas, sendo essa proporção notadamente maior em homens (10,1%) do que em mulheres (2,2%) (BRASIL, 2023).

Acerca dos fatores de risco associados ao comportamento de beber e dirigir, destacam-se o sexo masculino, faixa etária mais jovens, renda e escolaridade (DAMACENA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2022). Um estudo com dados da PNS de 2013, verificou-se que os condutores do sexo masculino com maior rendimento e de faixa

etária de 18 a 39 anos apresentaram maior risco do comportamento de beber e dirigir (DAMACENA et al., 2016). Além disso, é reconhecido que indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência do consumo excessivo de álcool (FAN et al., 2020; MACHADO et al., 2017) e também maior envolvimento em acidentes de trânsito (FAN et al., 2020; RIBEIRO et al., 2022). A falta de educação no trânsito e a prática ilegal da condução de veículos também convergem como fatores significativos de risco para dirigir sob a influência de álcool (ABREU; DE SOUZA; MATHIAS, 2018; BRASIL, 2009). Essa dualidade ressalta o impacto dos fatores socioeconômicos na adoção e perpetuação desse comportamento de risco.

Diante das elevadas taxas de mortalidades por acidentes de trânsito em decorrência do uso de bebidas alcoólicas, o comportamento de beber e dirigir é algo que precisa ser devidamente monitorado. Suas consequências produzem efeitos que vão para além dos gastos hospitalares e os custos com cuidado à saúde (COUTINHO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2022), pois englobam também despesas relacionadas à assistência previdenciária e perdas produtivas, que impactam de maneira negativa o desenvolvimento da sociedade (RIOS et al., 2020a).

4.6 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS DE FISCALIZAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

No Brasil, para inibir o consumo de bebidas alcoólicas pelos condutores de veículos, diversas políticas e ações tem sido tomadas. Elas objetivam o controle da alcoolemia e dos danos à vida gerados pelos desfechos trágicos nas estradas e vias terrestres (NASCIMENTO, 2018).

Em 1997, foi promulgado pelo Congresso Nacional, o Código de Trânsito Brasileiro, responsável pelas primeiras regulamentações sobre dirigir logo após ingestão de bebidas alcoólicas. O código de Trânsito Brasileiro, estabeleceu que “dirigir sob influência de álcool, em nível superior a seis decigramas por litro de sangue, e/ou qualquer substância entorpecente que determine dependência física ou psíquica” como “infração gravíssima”, considerando crime o comportamento de beber e dirigir (BRASIL, 1997; DUALIBI et al., 2010)

Devido a um aumento alarmante das taxas de mortalidade no trânsito brasileiro e com o intuito de cessar o comportamento de beber e dirigir, implementou-se no Brasil a Lei nº 11.705 de 2008, conhecida como Lei Seca. Ela modificou as recomendações do

Código de Trânsito Brasileiro e estabeleceu alcoolemia zero e penalidades para o condutor que dirigir sob a influência do álcool (BRASIL, 2008; DUALIBI et al., 2010). A nova atualização da Lei Seca, que foi promulgada em 2012 (Lei nº 12.760, de 2012), conhecida como “tolerância zero”, é mais severa e punitiva com os condutores que dirigem após o consumo de álcool, além disso institui outros meios para comprovação da embriaguez dos motoristas, tais como exames de alcoolemia, vídeos e testemunhas (BRASIL, 2012).

Em 2010, a OMS convidou os dez países que apresentaram as maiores taxas de mortalidade no trânsito, a saber, Brasil, Camboja, China, Egito, Índia, Quênia, México, Rússia, Turquia e Vietnã, para participarem de um projeto mundial, intitulado *Road Safety in 10 countries (RS10)* prevenção de lesões e morte no trânsito, que objetiva prevenir as lesões e morte no trânsito e segurança viária (REICHENBACH et al., 2019). No Brasil, esse programa recebeu o nome de Programa Vida no Trânsito – PVT, foi implantado inicialmente em cinco capitais – Curitiba, Belo Horizonte, Campo Grande, Teresina e Palmas e possuíam como intervenções prioritárias, ações voltadas para o aumento do uso do cinto de segurança, redução de velocidade, aprimoramento da legislação e aumento da fiscalização sobre “beber e dirigir”, uso de capacete, transporte urbano sustentável e melhoria da infraestrutura viária (BRASIL, 2017).

Apesar de avanços na redução das taxas de mortalidade no trânsito, a implementação do PVT não ocorreu de forma equitativa nas cidades brasileiras. Os municípios da Região Norte (71,8%) apresentaram o maior grau de implantação, seguido pelo Sul (71,2%), Centro-Oeste (68,5%), Nordeste (62,4%) e Sudeste (58,8%), o que indica a necessidade de avaliar e priorizar o monitoramento dos ações (SANTOS et al., 2020).

A legislação e as políticas de fiscalização do consumo de álcool no Brasil têm sido objeto de pesquisas e avaliações (OLIVEIRA et al., 2021a, 2021b). Oliveira e colaboradores, sistematizaram e avaliaram as políticas nacionais sobre álcool com base no instrumento *Alcohol Policy Scoring (APS)* utilizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), afim de identificar as lacunas que devem ser preenchidas por futuras lei. Em seus resultados observaram que as políticas brasileiras sobre álcool respondem por 51,6% (255/494) da pontuação APS. Identificaram lacunas nos preços, *marketing* e definição de bebidas alcoólicas. Apenas as leis federais contra a condução sob o efeito do álcool incluem todas as dimensões recomendadas. Existem importantes

contradições legislativas na definição de bebida alcoólica e no conteúdo das políticas para controlar a comercialização (OLIVEIRA et al., 2021a, 2021b)

Embora haja leis e políticas destinadas ao controle do uso de álcool, em geral, identifica-se a necessidade de estratégias mais robustas de monitoramento e prevenção para enfrentar os danos associados ao consumo de álcool no Brasil. É essencial considerar a implementação de medidas adicionais que abordem lacunas específicas, como as identificadas por Oliveira et al. (2021a, 2021b), que destacam deficiências nas áreas de preços, marketing e definição de bebidas alcoólicas. Este estudo ressalta a importância de uma abordagem abrangente e ajustada à realidade local para fortalecer ainda mais as políticas e promover um ambiente mais seguro em relação ao consumo de álcool no país.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, que foi realizado com dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) de adultos da Região Nordeste do Brasil.

A PNS é um inquérito populacional de base domiciliar pertencente ao Sistema integrado de pesquisas domiciliares - SIPD/IBGE (representativo do Brasil e da população residente em seu território, realizada pelo Ministério da saúde junto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2019). Tem por objetivo coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de DCNT e os fatores de risco a elas associados (IBGE, 2019). A PNS foi aprovada no Comitê de Ética em agosto de 2019 sob o número nº 3.529.376 (RIBEIRO; DAMACENA; SZWARCOWALD, 2021).

Para a amostra da PNS em 2019 foi adotada uma amostragem probabilística em três estágios de coleta. Foram selecionados os domicílios (n=108.458), em seguida, todos os moradores (n= 279.382) e por último, um indivíduo com 15 anos ou mais (n=94.114), que foi escolhido de forma aleatória, dentre os moradores da residência. O indivíduo selecionado foi convidado a responder um questionário sobre a característica gerais do domicílio e dos outros moradores e ainda sobre seu estilo de vida e saúde (IBGE, 2019; STOPA et al., 2020) (Figura1).

A PNS 2019, em sua totalidade, contou com 91.683 participantes, com 18 anos ou mais e que responderam o bloco de perguntas sobre doenças crônicas do questionário individual. Para população do presente estudo, foi considerado os respondentes da referida Região Nordeste do Brasil, que possuíam 18 anos ou mais de idade (n=31.800) e que responderam às perguntas sobre consumo de bebidas alcoólicas (n=30.702) (IBGE, 2019). Sendo está também a população do artigo 01 (Figura 1).

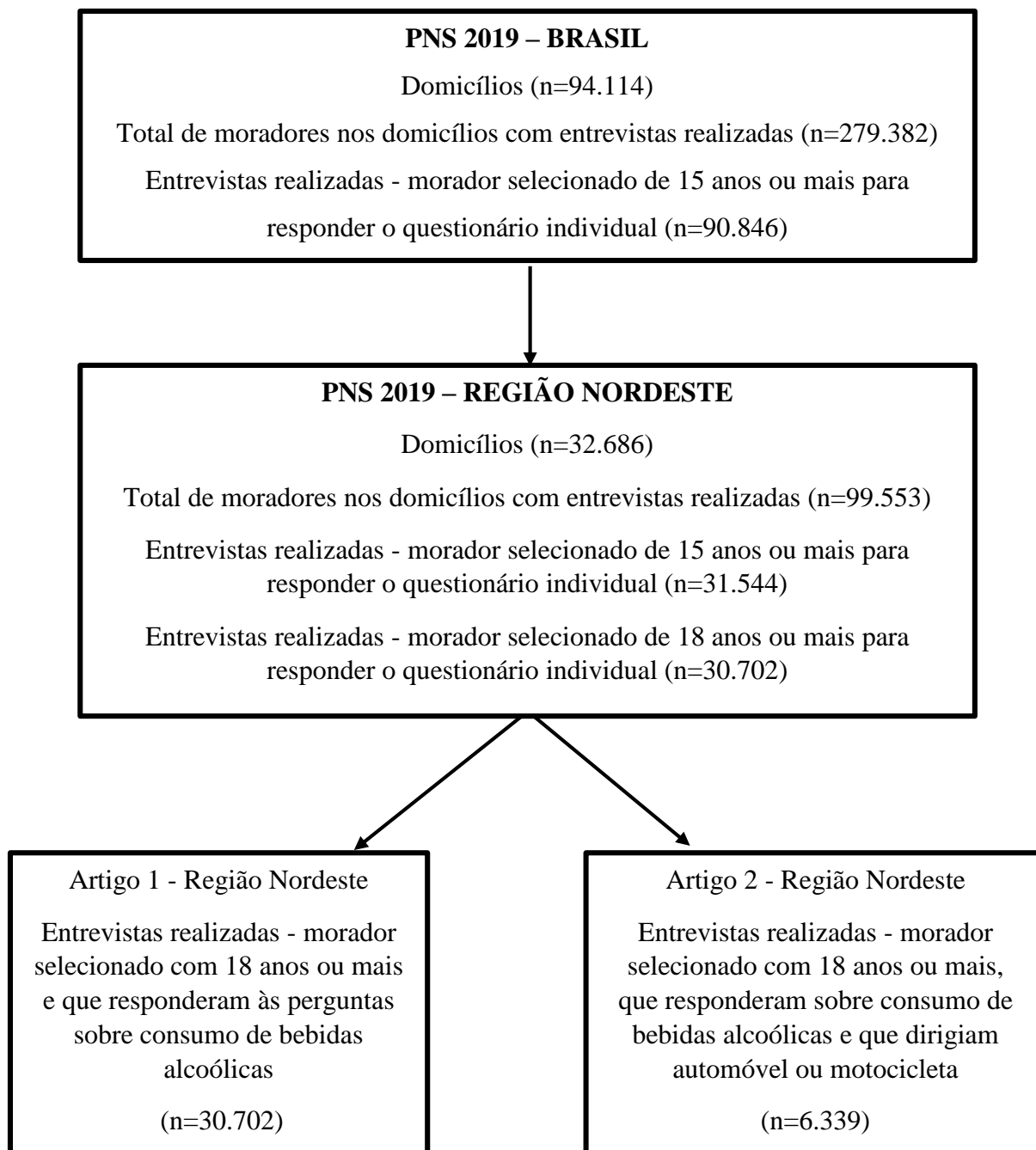


Figura 1–Fluxograma da amostra populacional dos artigos.

5.1 Artigo 1

A variável dependente do artigo 1 foi o consumo excessivo episódico de álcool (CEEA). Ela foi caracterizado pela ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens ou mulheres em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias (SÁ DA SILVA et al., 2022; WHO et al., 2018). Considerando duas questões: “Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?” (não bebo nunca; menos de uma vez por mês; uma vez ou mais por mês); “Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) chegou a consumir cinco ou mais doses de bebidas alcoólica em uma única ocasião?”(sim; não) (*1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada*)”(CISA, 2022). A variável foi categorizada em sim (indivíduos que consumiram 5 ou mais doses de bebidas nos últimos 30 dias) e não (indivíduos que não consumiram 5 ou mais doses de bebidas nos últimos 30 dias).

Foi realizada a estratificação da população quanto a variável de raça/cor autodeclarada. É reconhecido na literatura a existência de diferenças quanto as características sociodemográficas entre grupos de brancos comparado aos negros, no qual os dados sociodemográficos da população negra brasileira apontam a existência de privações de renda, educação, trabalho e moradia nesta população que geram diferentes níveis de risco e fomentam a vulnerabilidade nesse grupo.(DANTAS; SILVA; BARBOSA, 2022; SILVA; BRUNO; SILVA, 2020). A diferença sociodemográficas entre os grupos justifica a necessidade de estratificar quanto a raça/cor. A variável raça/cor foi dicotomizada em brancos e negros. Para a categoria brancos, foi considerado todos os indivíduos que se autodeclararam ser de cor branca, já para a categoria de negros, foram considerados todos aqueles que autorreferiram ter cor de pele parda ou preta. Foram excluídos da análise os indivíduos que autodeclararam de cor amarela e indígenas devido a sua baixa representatividade.

Já as variáveis independentes foram estruturadas baseada em um modelo operacional para o conhecimento do CEEA elaborado por meio de revisão de literatura (ABREU et al., 2020; COSTA et al., 2004; MACHADO et al., 2017; RIBEIRO; DAMACENA; SZWARCOWALD, 2021) sendo organizado em blocos: sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde e doença. Para o bloco sociodemográfico

considerou-se as variáveis: sexo (masculino e feminino); idade (18-34 anos; 35-59 anos, 60 anos ou mais); estado civil (viver sem companheiro (a) ou com companheiro(a)); escolaridade (sem instrução, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo); renda domiciliar per capita (até 1/2, >1/2 à 1, >1 à 2, >2 salários mínimos) e trabalho remunerado (sim e não).

No bloco estilo de vida foram consideradas as variáveis tabagismo atual, inatividade física e dieta inadequada. O tabagismo atual foi avaliado a partir da pergunta: “Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco?”. Foram classificados como fumantes atuais aqueles que responderam “sim, diariamente” ou “sim, menos que diariamente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Atividade Física (AF) global foi mensurada através da multiplicação da frequência semanal (em dias) pela duração (em minutos) da prática de AF moderada e vigorosa em atividades de lazer, no trabalho, em atividades domésticas e no deslocamento. A AF foi mensurada através da multiplicação da frequência semanal (em dias) pela duração (em minutos) da prática de AF moderada e vigorosa em atividades de lazer, no trabalho, em atividades domésticas e no deslocamento. Atividades de corrida ou corrida em esteira, musculação, ginástica, futebol, basquetebol e tênis foram consideradas como AF vigorosas, portanto, o tempo dispendido nessas atividades foi multiplicado por dois. Aqueles que praticavam 150 minutos ou mais de atividade física por semana foram classificados como ativos (HALLAL et al., 2003; WHO, 2020). A variável foi categorizada em sim (aqueles que atendiam as recomendações de prática de AF) e não (aqueles que não atendiam as recomendações de prática de AF).

Para a construção da variável coexistência de hábitos alimentares inadequados considerou-se o somatório das variáveis: consumo irregular de legumes ou verduras menores que cinco vezes por semana, de frutas menores que cinco vezes por semana, o consumo regular de refrigerante maior que cinco vezes por semana e a substituição de refeições principais por lanches sanduíches, salgados ou pizzas um dia ou mais na semana. (BRASIL., 2014). A variável foi dicotomizada em zero hábito inadequado 1 hábito inadequado, 2 hábitos inadequados, 3 à 4 hábitos inadequados (CAMELO et al., 2016).

O bloco saúde foi composto pelas variáveis: Índice de massa corporal (IMC), busca aos serviços de saúde nos últimos 15 dias, presença de DCNT e autoavaliação de saúde. Para a variável presença de DCNT foram utilizados os dados de diagnósticos das

seguintes doenças: hipertensão arterial sistêmica; diabetes; colesterol alto; doença cardíaca; acidente vascular cerebral; asma; artrite; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho; depressão; outra doença mental; doença pulmonar obstrutiva crônica; câncer; insuficiência renal crônica; outra doença crônica física ou mental, foi realizado o somatório do número de doenças crônicas e a variável categorizada em nenhuma, 1, 2, 3 ou mais DCNT.

Para o cálculo do IMC, utilizou-se peso e altura autorreferido. A variável foi classificada de acordo com os seguintes pontos de corte: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso), $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$ (eutrofia), $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesidade) (LOBSTEIN et al., 2023). As categorias desta variável foram recategorizadas em “Baixo peso/eutrofia” e “Sobrepeso/obesidade”.

A busca aos serviços de saúde foi obtida a partir da seguinte pergunta: “Nos últimos quinze dias, você procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?”, categorizada em: sim e não. A autoavaliação de saúde foi analisada no formato dicotômico: positiva (muito boa, boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim) (TRIACA et al., 2017).

A análise de dados foi realizada com o software Stata/SE em sua versão 15 e utilizado o módulo survey, que considera o desenho complexo da amostra e peso amostral. Para a análise descritiva foi calculada a frequência relativa para as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde. Para a comparação entre grupos de raça/cor foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson.

A prevalência do evento foi estimada com um intervalo de 95% de confiança (IC 95%). Foram realizadas análises bivariadas e múltiplas com estimativas de Razões de Prevalência (RP), cálculo dos respectivos p-valor e IC 95% por meio de regressão de Poisson com variância robusta. As variáveis selecionadas para análise múltipla, foram aquelas que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. Adotou-se entrada hierárquica das variáveis em blocos (Figura 1), obedecendo a seguinte ordem: sociodemográficas, estilo de vida e de saúde.

Foi considerado como associação estatisticamente significativa quando o p-valor foi $\leq 0,05$, após ajuste para os fatores do mesmo bloco e dos blocos hierarquicamente superiores. Foi utilizado para comparação entre os modelos o critério de Akaike (AIC).

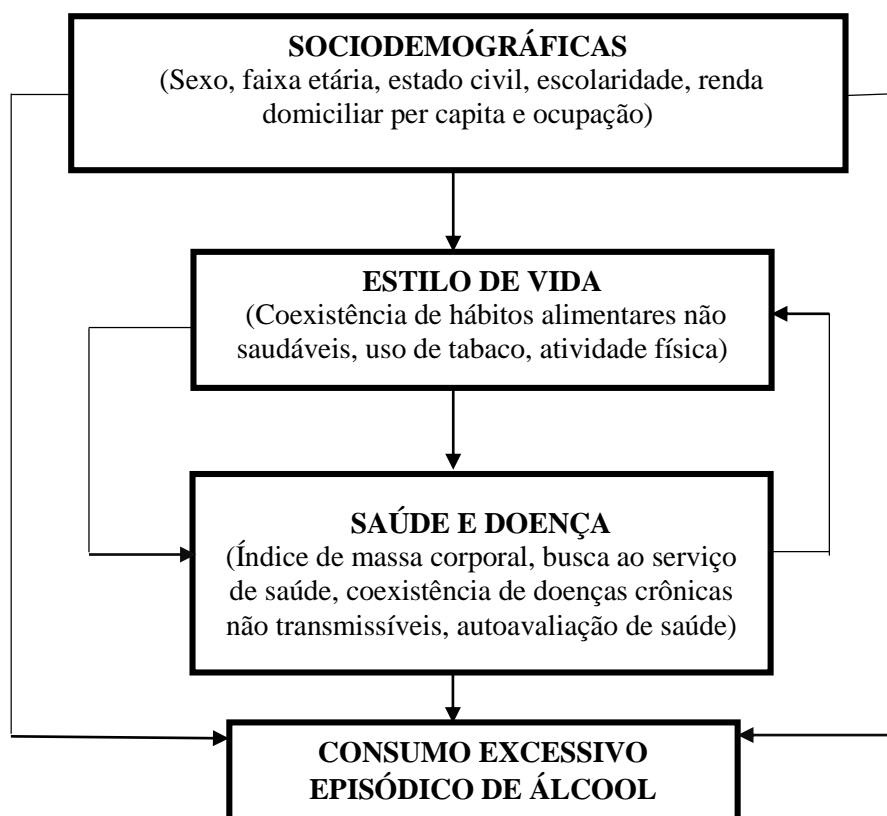


FIGURA 1 – Modelo operacional para o conhecimento do consumo excessivo episódico de álcool (CEEAA).

5.2 Artigo 2

A variável dependente deste estudo foi o comportamento de beber e dirigir. Esse indicador foi construído utilizando a seguinte pergunta da PNS: “Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?”. Com as seguintes opções de respostas: 1) Sim; 2) Não. Essa pergunta foi feita apenas aos indivíduos que informaram consumir bebida alcoólica e que dirigem automóvel ou motocicleta. Os condutores foram identificados na pesquisa a partir das seguintes perguntas: “Atualmente, o(a) Sr(a) dirige automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transportes e similares)?” e “Atualmente, o(a) Sr(a) dirige motocicleta?”.

Foi realizada a estratificação da população quanto a variável sexo (masculino e feminino). É reconhecido na literatura que hábitos e estilos de vida diferem em relação ao sexo, sabe-se que indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência do consumo de álcool quando comparado as mulheres (FAN et al., 2020), além disso, também apresentam maiores envolvimento com comportamentos de risco, como

acidentes de trânsito (FAN et al., 2020; RIBEIRO et al., 2022). Diante disso, a estratificação por sexo se fez necessária, visto que possibilita identificar a existência de comportamentos diferentes.

O comportamento de beber e dirigir foi analisado segundo características sociodemográficas: faixa etária (18–34 anos; 35–59 anos; 60 anos ou mais); raça/cor(brancos/negros); estado civil (viver sem companheiro (a) ou com companheiro(a)); escolaridade (sem instrução, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo); renda domiciliar per capita (até $\frac{1}{2}$, $>\frac{1}{2}$ à 1, >1 à 2, >2 salários mínimos), residir em capital (sim/não), dirigir automóvel (sim/não) e dirigir motocicleta (sim/não).

A análise de dados foi realizada com o software Stata/SE em sua versão 15 e utilizado o módulo survey, que considera o desenho complexo da amostra e peso amostral. A prevalência do evento foi estimada com intervalo de 95% de confiança (IC95%). Foram realizadas análises bivariada e multivariada com estimativas de Razões de Prevalência (RP), cálculo dos respectivos p-valor e IC95% por meio de regressão de Poisson com variância robusta. Para a análise múltipla, foi ajustado o modelo cheio, ou seja, com todas as variáveis sociodemográficas conjuntamente. Foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,05$. As análises foram estratificadas por sexo.

6. RESULTADOS

Artigo 01 – Submetido na Cadernos de Saúde Pública

CONSUMO EXCESSIVO EPISÓDICO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO DO NORDESTE DO BRASIL, SEGUNDO RAÇA/COR, PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) na população da Região Nordeste do Brasil, segundo raça/cor **Métodos:** Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, com indivíduos de 18 anos ou mais, residentes na Região Nordeste. O desfecho foi o CEEA medido pelo consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião nos últimos trinta dias. Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde/doença foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta, adotando $p \leq 0,05$ como significativo. As análises foram estratificadas por raça/cor. **Resultados:** A prevalência de CEEA foi de 16,6% em brancos e 17,6% em negros, e para ambos os estratos, foi mais frequente entre: o sexo masculino; nos mais jovens; naqueles sem companheira (o); maior renda domiciliar per capita; presença de trabalho remunerado; ativos fisicamente; que faziam uso de tabaco e aqueles com hábitos alimentares inadequados. Maior escolaridade, não buscar os serviços de saúde e autoavaliação negativa da saúde, mantiveram-se associadas a CEEA somente no estrato de negros e presença de três ou mais doenças crônicas e sobrepeso/obesidade entre os brancos. **Conclusão:** Características sociodemográficas, de estilo de vida e saúde/doença associaram-se com o CEEA. Os fatores de saúde/doença associados ao CEEA foram diferentes entre os grupos de raça/cor. Os resultados reforçam a importância da implementação de ações intersetoriais, envolvendo órgãos de saúde e de regulação, que visem à redução do consumo de bebidas alcólicas e priorizem os grupos mais vulneráveis.

Palavras chaves: Bebedeira, comportamentos de risco a saúde, população negra, estudos epidemiológicos

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento cada vez mais presente no cotidiano das pessoas, sendo impulsionado por questões socioculturais e políticas¹. Apesar do álcool ser uma droga lícita, o consumo abusivo pode gerar consequências prejudiciais para a saúde e para a sociedade, como dependência, problemas mentais, hepáticos, neoplasias, entre outros. Além disso é fator de riscos para violência, acidentes de trânsito e de trabalho².

Dentro dos diversos padrões de consumo de bebidas alcoólicas descritos na literatura, o consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) é um dos mais utilizados para classificar os bebedores. Também conhecido como beber pesado episódico ou *binger drink*, ele é caracterizado pela ingestão de 60g de álcool puro, equivalente a cerca de cinco doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião nos últimos trinta dias, tanto para homens quanto para mulheres^{1,3}.

Entre os determinantes do CEEA, destacam-se os socioculturais, nos quais o estímulo ao consumo do álcool está enraizado em diversas culturas, associado a celebrações, socializações e outros eventos sociais^{2,3}. Além disso, determinantes socioeconômicos, como renda e escolaridade, desempenham um papel crucial na definição de hábitos e comportamentos, incluindo o consumo excessivo de bebidas alcoólicas^{4,5}.

Outro fator que apresenta relação com consumo de álcool é a etnia e/ou raça/corda pele. Considerada um determinante social proximal no processo de saúde e doença, este indicador, impacta diretamente sobre os determinantes sociais, culturais, econômicos e de saúde dos indivíduos (MELLER et al., 2022). Esses fatores não apenas contribuem para hábitos inadequados, como o CEEA, mas também podem acentuar as disparidades em saúde⁶.

Atualmente, a presença do componente raça/cornos estudos epidemiológicos tem ganhado relevância. Estudos brasileiros revelam que, este componente também está associado à maior prevalência do CEEA, aqueles de raça/corda pele preta ou parda (população negra) estão mais propensos a praticar o CEEA^{7,8}. Esse fenômeno pode ser considerado uma consequência do sinergismo das desigualdades existentes no Brasil e pela combinação de fatores de riscos presentes em grande parte da população negra⁷⁻⁹.

Entre as regiões brasileiras, a Região Nordeste é majoritariamente composta por indivíduos que se autodeclararam de cor da pele preta ou parda (IBGE, 2022). Essa população é denominada como negra, e é conhecida por vivenciar historicamente condições sociais e de saúde desfavoráveis^{7,8}. Grande parte dessa população possui condições de vida mais precária, observadas por indicadores de baixa escolaridade e renda e piores condições de saúde, quando comparado aos brancos⁶⁻⁸. Sabe-se que condições socioeconômicas desfavoráveis podem influenciar diretamente na adoção de estilos de vida não saudáveis como o CEEA^{4,5}, tornando a população negra um grupo de risco.

Estudos recentes evidenciam um aumento significativo no consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira^{2,7,8}. No entanto, há uma lacuna de pesquisas abordando o CEEA, especificamente na população negra. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao CEEA em adultos da Região Nordeste do Brasil, segundo raça/cor.

MÉTODOS

Estudo transversal com dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019)¹¹. A amostra foi por conglomerado em três estágios: setores censitários; domicílios; um indivíduo com 15 anos ou mais, escolhido de forma aleatória, dentre os moradores da residência. O detalhamento do processo amostral pode ser consultado em Stopa et al. (2020)¹².

A PNS 2019, em sua totalidade, contou com 91.683 participantes, com 18 anos ou mais e que responderam o bloco de perguntas sobre doenças crônicas do questionário individual. Para população do presente estudo, foi considerado os respondentes da referida Região Nordeste do Brasil, que possuíam 18 anos ou mais de idade e que responderam às perguntas sobre consumo de álcool, totalizando 30.702 indivíduos.

A variável dependente deste estudo foi o consumo excessivo episódico de álcool (CEEA), e medido pela ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens ou mulheres em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias³. Considerando duas questões: “Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? (Não bebo nunca; menos de uma vez por mês; uma vez ou mais por mês)”, para aqueles que afirmaram frequência no consumo de álcool, foi perguntado: “Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) chegou a consumir cinco ou mais doses de bebidas alcoólica em uma única

ocasião? (Sim; não)” (*1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada*)”¹.

A análise foi estratificada pela variável raça/core dicotomizada em brancos (categoria branca) e negros (categorias parda e preta). Foram excluídos da análise os indivíduos que se autodeclararam de cor amarela (n=1.698) e indígenas (n=2.064).

As variáveis independentes foram organizadas em blocos, conforme estudos prévios^{4,7,13}: sociodemográficos, de estilo de vida e de saúde e doença (Figura 1). Para o bloco sociodemográfico considerou-se as variáveis: sexo (masculino e feminino); idade (18-34 anos; 35-59 anos, 60 anos ou mais); estado civil (viver sem companheiro(a); com companheiro(a)); escolaridade (sem instrução, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo); renda domiciliar per capita (até ½, >½ à 1, >1 à 2, >2 salários mínimos) e trabalho remunerado (sim e não).

No bloco estilo de vida foram consideradas as variáveis tabagismo atual, atividade física e dieta inadequada. O tabagismo atual foi avaliado a partir da pergunta: “Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco?”. Foram classificados como fumantes atuais aqueles que responderam “sim, diariamente” ou “sim, menos que diariamente”.

A Atividade Física (AF) global foi mensurada através da multiplicação da frequência semanal (em dias) pela duração (em minutos) da prática de AF moderada e vigorosa em atividades de lazer, no trabalho, em atividades domésticas e no deslocamento. O tempo dispendido nas AF vigorosas foi multiplicado por dois. Aqueles que praticavam 150 minutos ou mais de atividade física por semana foram classificados como ativos¹⁴.

Para a construção da variável coexistência de hábitos alimentares inadequados considerou-se o somatório das variáveis: consumo irregular de legumes ou verduras menor que cinco vezes por semana, de frutas menor que cinco vezes por semana, o consumo regular de refrigerante maior que cinco vezes por semana e a substituição de refeições principais por lanches, sanduíches, salgados ou pizzas um dia ou mais na semana¹⁵. A variável foi dicotomizada em zero hábito inadequado, 1 hábito inadequado, 2 hábitos inadequados, 3 ou mais hábitos inadequados¹⁶.

O bloco saúde/doença foi composto pelas variáveis: Índice de massa corporal (IMC), calculado a partir de peso e altura autorreferidos e classificado em “Baixo

peso/eutrofia” ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$ -baixo peso; $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$ - eutrofia) e “Sobrepeso/obesidade” ($< 30 \text{ kg/m}^2$ - sobrepeso; e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ - obesidade)¹⁷; busca ao serviço de saúde nos últimos 15 dias (sim; não); autoavaliação de saúde: muito boa/ boa e regular/ruim/muito ruim) e presença de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT categorizada em nenhuma, 1, 2, 3 ou mais DCNT, de acordo com os dados autorreferidos de diagnósticos das seguintes doenças: hipertensão arterial; diabetes; colesterol alto; doença cardíaca; acidente vascular cerebral; asma; artrite; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho; depressão; outra doença mental; doença pulmonar obstrutiva crônica; câncer; insuficiência renal crônica; outra doença crônica física ou mental.

A análise de dados foi realizada com o software Stata versão 15 e utilizado o modulo survey, que considera o desenho complexo da amostra e peso amostral. Foi calculada a prevalência de CEEA e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e a frequência relativa para as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e saúde/doença. Para a comparação entre grupos de raça/cor foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson.

Foram realizadas análises bivariadas e múltiplas com estimativas de Razões de Prevalência (RP), cálculo dos respectivos p-valor e IC 95% por meio de regressão de Poisson com variância robusta. As variáveis selecionadas para análise múltipla, foram aquelas que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. Adotou-se entrada hierárquica das variáveis em blocos (Figura 1), obedecendo a seguinte ordem: sociodemográficas, estilo de vida e de saúde/doença. As variáveis de cada bloco e dos blocos hierarquicamente superiores foram ajustadas pelas variáveis do bloco seguinte. Todas as análises foram estratificadas por raça/cor. Foi utilizado critério de Akaike (AIC) para comparar os ajustes dos modelos e foi adotado um nível de significância de 5%.

A PNS teve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (parecer de nº 3.529.376).

RESULTADOS

Do total de entrevistados na Região Nordeste, 24,8% autodeclararam como brancos e 75,2% foram classificados como negros (junção de pretos e pardos). A prevalência do CEEA na população total foi de 17,3% (IC95%:16,6-18,1), sendo 16,6%

(IC95%:15,3-17,9) entre os brancos e 17,6% (IC95%:16,8-18,5) entre os negros, sem diferença estatística entre os grupos.

Diferenças significativas foram observadas entre os grupos de negros e brancos em relação a faixa etária, estado civil, escolaridade, renda domiciliar per capita, atividade física, uso de tabaco, coexistência de hábitos alimentares não saudáveis, presença de DCNT e autoavaliação de saúde (Tabela 1).

Para ambos estratos de raça/cor as variáveis sexo masculino, faixas etárias mais jovens, viver sem companheiro, maiores níveis de escolaridade e renda domiciliar per capita, trabalho remunerado, ser ativo fisicamente, uso atual de tabaco e maior número de hábitos alimentares não saudáveis, apresentaram associações positivas com o CEEA. Entre os brancos foi observado efeito dose-reposta entre maiores níveis de escolaridade, maior renda e o CEEA. No que concerne ao bloco saúde/doença, o IMC não se associou significativamente com CEEA, em ambos os grupos. A busca aos serviços de saúde e coexistência de DCNT associaram-se negativamente com o CEEA e autoavaliação de saúde associou-se positivamente, em ambos os grupos (Tabela 2).

Na análise multivariada para o estrato de brancos (Tabela 3), observou-se no modelo 1 associação positiva das variáveis sexo masculino, faixas etárias mais jovens, viver sem companheira (o), a maior categoria de renda e ter trabalho remunerado com CEEA. No modelo 2, ser ativo fisicamente, uso de tabaco e coexistência de um ou mais hábitos alimentares não saudáveis associaram-se positivamente ao CEEA. No modelo 3 ajustado por todos os blocos de variáveis, o sobrepeso/obesidade associou-se positivamente ao CEEA, já a coexistência de 3 a 4 DCNT associaram-se negativamente com o desfecho.

Na análise multivariada para o estrato de negros (Tabela 4), no modelo 1 observou-se associação positiva das seguintes variáveis com o CEEA: sexo masculino; faixas etárias mais jovens; estado civil viver sem companheira (o); maiores níveis de escolaridade; renda domiciliar per capita maiores que ½ salário mínimo e ter trabalho remunerado. No modelo 2 foi observada associação positiva daqueles fisicamente ativos, do uso atual de tabaco e da coexistência de um ou mais hábitos alimentares inadequados com o desfecho. No modelo 3, observou-se associação positiva da “não buscar aos serviços de saúde” e uma associação negativa da autoavaliação de saúde regular/muito ruim com o CEEA (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observada associação das características sociodemográficas, de estilo de vida e saúde/doença com o CEEA entre residentes da Região Nordeste do Brasil. Não foram observadas diferenças na prevalência de CEEA e nos seus fatores associados entre brancos e negros, com exceção das variáveis escolaridade, busca por serviço de saúde e autoavaliação de saúde que se mantiveram associadas no modelo final no estrato de negros, e presença de doenças crônicas e sobrepeso/obesidade no estrato de brancos.

Estudos recentes indicam um aumento global no consumo de álcool (CISA, 2022; WHO, 2022). O Brasil apresenta prevalências de consumo (19,4%) superiores à média global (18,2%)¹. Neste estudo, a Região Nordeste apresentou uma prevalência de CEEA (17,3%) inferior à média nacional. Embora haja uma estabilização recente do CEEA na Região Nordeste, outras regiões demonstram uma redução desse comportamento de risco¹. Além disso, uma pesquisa conduzida com jovens adultos brasileiros mostrou que a Região Nordeste apresentou maiores prevalências de CEEA em comparação com outras regiões do país⁴.

Neste estudo, não foram observadas diferenças significativas na prevalência de CEEA entre as populações de brancos e negros. O aumento global do consumo de álcool pode justificar essa similaridade entre os grupos^{2,8}. No entanto, pesquisa com dados nacionais identificou uma maior propensão ao CEEA entre aqueles que se identificaram como preto ou pardo em comparação aos brancos⁷. A combinação de fatores de risco, como baixos níveis de renda e escolaridade^{6,7}, amplifica os efeitos prejudiciais do álcool na população negra.

No presente trabalho, indivíduos do sexo masculino e aqueles mais jovens apresentaram maior prevalência do CEEA, independente da raça/cor. O consumo de álcool é reconhecido como um símbolo de masculinidade, onde experiências com a bebida são consideradas mais importantes para os homens, além disso, influências culturais, do contexto socioeconômico e o trabalho podem justificar o maior CEEA pela população masculina¹⁸. Prevalências elevadas do CEEA em adultos mais jovens foram identificadas em outros estudos^{2,19}. A falta de fiscalização no consumo de álcool, aliada ao estímulo da sociedade por meio de estratégias de *marketing* da indústria do álcool direcionadas a esse público, podem influenciar a adoção desse comportamento de risco²⁰. Apesar de não se observar diferença significativa entre os grupos de brancos e negros, os

impactos negativos do CEEA podem ser mais acentuados na população masculina negra e nos jovens negros^{6,7}. Esses grupos frequentemente enfrentam condições de vida mais desafiadoras em comparação aos brancos, e, nesse contexto, outros comportamentos de risco podem coexistir com o CEEA^{6,7}.

Indivíduos que relataram não ter companheira (o) apresentaram maior prevalência de CEEA, em ambos os estratos. De acordo com literatura, indivíduos solteiros apresentam maiores prevalências do CEEA, visto que, podem frequentar mais eventos de socialização como festas e reuniões, onde ocorrem maior disponibilidade de bebidas alcólicas para consumo⁴. Ademais, é reconhecido que, a união estável parece exercer um papel importante na manutenção de hábitos de vida saudáveis e no menor envolvimento com comportamentos de riscos²¹.

Ter uma ocupação remunerada e possuir renda mais alta foram associados a maiores prevalências do CEEA, em brancos e negros. No entanto, níveis educacionais mais elevados mostraram uma associação positiva com CEEA apenas entre os negros. Estudos indicam uma relação direta entre o aumento da escolaridade e renda com o consumo de álcool^{4,5}. É reconhecido que, em geral, a população negra possui menor escolaridade em comparação aos brancos⁴, conforme também observado nesta pesquisa. Contudo, as mudanças nos níveis educacionais entre os negros não apenas refletem em aspectos socioeconômicos^{8,22}, mas também na capacidade de adquirir mais conhecimento e cuidar da saúde²³. A alta renda e níveis educacionais mais elevados estão associados a uma maior ingestão de álcool, pois contribuem para uma vida social mais ativa, facilitando o consumo em ambientes sociais como confraternizações, lazer e reuniões de trabalho^{7,8,22}.

Em relação ao estilo de vida, a coexistência de hábitos alimentares não saudáveis, o uso atual de tabaco e a atividade física apresentaram associação positiva com o CEEA, em ambas as populações. A coexistência de hábitos alimentares inadequados esteve presente entre negros e brancos, sendo mais frequente na população negra. A combinação de bebidas alcólicas e alimentos não saudáveis pelos bebedores pode justificar essa associação²⁴. Contudo, outros cenários podem influenciar na adoção de hábitos alimentares. Sabe-se que a escolha dos alimentos pode estar associada ao seu valor monetário, assim, indivíduos que vivem em contexto economicamente desfavorecido, a exemplo da população negra, podem não ter opção de escolhas mais saudáveis e/ou condições de adquiri-lás²⁵.

Quanto a associação positiva observada do fumo com CEEA, estudos apontam que o consumo de uma substância pode desencadear a ingestão de outras, assim, o consumo de álcool e tabaco estão diretamente associados⁷. Maior prevalência do tabagismo entre os negros, comparados aos brancos, foi observada no presente estudo e na população brasileira²⁶. Piores condições socioeconômicas e menor urbanização são considerados fatores de risco para o tabagismo no Brasil²⁷. Considerando que uma grande parcela dos negros brasileiros está inserida em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica, esse contexto pode justificar a adoção de comportamentos de risco como tabagismos e o CEEA nesta população^{26,27}.

Em relação a associação positiva da atividade física com o CEEA, sabe-se que o nível de dispêndio de AF engloba diversos domínios como lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento¹⁴. Uma maior prevalência de CEEA entre os indivíduos ativos pode ser explicada pela participação frequente em eventos sociais que envolvem consumo de álcool após atividades físicas de lazer²⁸ e pelo uso do CEEA como forma de aliviar o estresse relacionado ao ambiente de trabalho¹⁸. Porém é importante considerar a contribuição dos demais domínios de AF no somatório da AF global. Grupos vulneráveis a exemplo da população do Nordeste e de negros estão mais propensos a realizarem atividades laborais não formais e/ou realizarem mais trabalhos braçais, podem também residir longe dos seus locais de trabalho e muitas vezes realizar o deslocamento a pé ou de bicicleta, situações que contribuem para uma maior atividade física no trabalho e no deslocamento⁹. Atrelado a isso, no Brasil, tem-se o trabalho doméstico que é essencialmente feminino e corresponde a cerca de 16,8% da população total feminina, sendo que desse contingente 61% são compostos por mulheres negras²⁹, situação que pode contribuir para uma maior atividade física no domínio doméstico neste grupo e assim contribuir para uma maior atividade física global entre os negros.

A condição de sobrepeso/obesidade manteve-se significativamente associada ao CEEA somente no grupo de brancos. As bebidas alcólicas são reconhecidas pela sua elevada densidade calórica e por serem pobres em nutrientes, frequentemente consumidas em conjunto com alimentos calóricos e pouco nutritivos, contribuem diretamente no ganho de peso, o que pode justificar a associação entre obesidade e CEEA²².

Neste estudo, indivíduos classificados com três ou mais DCNT's apresentaram menor prevalência do evento no estrato de brancos. O consumo de bebidas alcólicas está associado ao desenvolvimento de DCNT, assim, uma possível justificativa para esse

achado é o fato de os indivíduos portadores de doenças crônicas como diabetes, doença renal crônica e hipertensão arterial frequentarem mais os serviços de saúde e receberem orientações sobre evitar o consumo de bebidas alcoólicas¹.

Somente no grupo dos negros foram observadas associações significativas entre a busca por serviços de saúde, a autoavaliação de saúde e o CEEA. Aqueles que afirmaram não buscar os serviços de saúde apresentaram maior prevalência do evento. Fatores inerentes ao contexto de vida da maioria da população negra refletem diretamente no acesso, conhecimento e cuidados em saúde. Sabe-se que esta população sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade²³. Esse cenário pode justificar a elevada prevalência do CEEA no grupo de negros que não buscam os serviços de saúde e reforça a importância da garantia efetiva do acesso aos serviços de saúde, em especial na população negra.

Em relação a autoavaliação de saúde, os indivíduos classificados como negros, que avaliaram sua saúde como regular/muito ruim, consumiam menos álcool. Existe uma associação entre autopercepção de saúde e DCNT, indivíduos que avaliaram sua saúde como regular/muito ruim possuíam em maior frequência de três ou mais DCNT's (dados não apresentados na tabela). Uma frequente associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde com a presença de morbidades crônicas tem sido encontrada na população geral³⁰. A autoavaliação do estado de saúde engloba aspectos multidimensionais e subjetivos dos indivíduos, a exemplo tem-se maiores prevalências de autoavaliação da saúde como ruim encontradas na Região Nordeste³⁰, que apresenta como marcadores desigualdades na autoavaliação de saúde, menores níveis de renda domiciliar per capita, menor escolaridade, pertencer às classes sociais mais baixas e cor de pele parda e preta³⁰.

Quanto as limitações desse estudo, tem-se delineamento transversal do estudo, não sendo possível identificar a natureza temporal de algumas associações encontradas. A determinação do CEEA baseada na condição referida pelo entrevistado, pode gerar um viés de informação, superestimando ou subestimando os resultados. Contudo, a PNS a fim de minimizar falhas, realiza padronização e treinamento dos entrevistadores para a realização das perguntas e/ou coleta dos dados da pesquisa, garantindo a qualidade dos mesmos¹².

Os achados desse estudo reafirmam o papel dos determinantes sociais no processo de saúde e doença, e a necessidade de políticas públicas e ações eficazes de enfrentamento desse relevante comportamento de risco, que desencadeia aumento na carga de doenças e

mortalidades no cenário brasileiro, principalmente entre os negros. Características sociodemográficas, de estilo de vida e saúde/doença estiveram associados ao CEEA nesse grupo.

Os resultados reforçam a importância da implementação de ações intersetoriais, envolvendo órgãos de saúde e de regulação, que visem à redução do consumo de bebidas alcóolicas e priorizem os grupos mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. CISA. Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2022 - CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. CISA - Cent Informações sobre Saúde e Álcool [Internet]. 2022; Available from:
<https://cisa.org.br/biblioteca/downloads/artigo/item/356-panorama2022>
2. Malta DC, da Silva AG, Prates EJS, Alve FTA, Cristo EB, Machado ÍE. Convergence in alcohol abuse in brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: What population surveys show. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:1–13.
3. WHO. Global status report on road safety [Internet]. Vol. 6, *Energies.* 2018. 1–8 p. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
4. Abreu MNS, Eleotério AE, Oliveira FDA, Pedroni LCBDR, Lacena EE de. Prevalência e fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool entre adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200092.
5. Sá da Silva LE, Helman B, da Luz e Silva DC, de Aquino ÉC, de Freitas PC, Santos R de O, et al. Prevalence of heavy episodic drinking in the Brazilian adult population: National Health Survey 2013 and 2019. *Epidemiol e Serv Saude.* 2022;31(Special Issue 1):1–15.
6. Meller F de oliveira, dos Santos LP, Miranda VIA, Tomasi CD, Soratto J, Quadra MR, et al. Inequalities in risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: *Vigitel*, 2019. *Cad Saude Publica.* 2022;38(6).
7. Garcia GAF, Da Silva EKP, Giatti L, Barreto SM. The intersection race/skin color and gender, smoking and excessive alcohol consumption: Cross sectional analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cad Saude Publica.* 2021;37(11).
8. Wendt A, Costa CS, Costa FS, Malta DC, Crochemore-Silva I. Time trend in inequalities in smoking and abusive alcohol consumption in Brazil's state capitals. *Cad Saude Publica.* 2021;37(4):1–14.

9. Bezerra VM, de Souza Andrade AC, César CC, Caiaffa WT. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: Estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1213–24.
10. IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça/corno Brasil: 2a edição. *Estud e Pesqui Informações Demográficas e Socioeconômicas* [Internet]. 2022;48:16. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html%0AEstudos>
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Questionário Pesquisa Nacional de Saúde. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento- 2019. 2019. p. 1–52.
12. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(5):e2020315.
13. WHO. Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, editor. GENEVA; 2022.
14. WHO. guidelines on physical activity and sedentary behavior. *Sport Med Heal Sci*. 2020;3(2):115–8.
15. Brasil. Guia alimentar para a população brasileira / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde. *Advances in Turbulence XI - Proceedings of the 11th EUROMECH European Turbulence Conference*. 2014. 488–490 p.
16. Camelo L do V, de Figueiredo RC, Oliveira-Campos M, Giatti L, Barreto SM. Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: Tendência temporal de 2008 a 2013. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016 Apr 1;21(4):1011–21.
17. Lobstein T, Jackson-Leach R, Powis J, Brinsden H, Gray M. World Obesity Atlas 2023. *World Obes Fed* [Internet]. 2023;(March):5–25. Available from: www.johnclarksondesign.co.uk
18. Strickland JR, Wagan S, Dale AM, Evanoff BA. Prevalence and Perception of Risky Health Behaviors among Construction Workers. *J Occup Environ Med*. 2017 Jul 1;59(7):673–8.

19. Freitas MG de, Stopa SR, Silva EN da. Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: estimativa de razões de prevalências – 2013 e 2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57(1):17.
20. Machado ÍE, Monteiro MG, Malta DC, Lana FCF. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):408–22.
21. Jang BJ, Schuler MS, Evans-Polce RJ, Patrick ME. Marital status as a partial mediator of the associations between young adult substance use and subsequent substance use disorder: Application of causal inference methods. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(4):567–77.
22. Souza E Souza LP, Miranda AE da S, Hermsdorff HHM, Silva CS de OE, Barbosa DA, Bressan J, et al. Binge drinking and overweight in brazilian adults - CUME Project. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 1:e20190316.
23. SILVA JJ DA, BRUNO MAP, SILVA DBDN. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. *Brazilian J Polit Econ*. 2020;40(1):138–60.
24. Scott S, Muir C, Stead M, Fitzgerald N, Kaner E, Bradley J, et al. Exploring the links between unhealthy eating behaviour and heavy alcohol use in the social, emotional and cultural lives of young adults (aged 18–25): A qualitative research study. *Appetite* [Internet]. 2020;144(September 2019):104449. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104449>
25. Canuto R, Fanton M, de Lira PIC. Social inequities in food consumption in Brazil: A critical review of the national surveys. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(9):3193–212.
26. Silva ALO da, Mota C de L, Pereira RA, Nogueira SM, Moreira JC. As Cores do Tabagismo: Relação entre Raça/core Consumo de Tabaco no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2022;68(1):1–5.
27. Muzi CD, Figueiredo VC, Luiz RR. Urban-rural gradient in tobacco consumption and cessation patterns in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6).
28. Lima D, Da Silva M, Júnior O, Lima L, Sampaio A, Luiz O. Associação da atividade física de lazer com o consumo de bebidas alcoólicas em adultos. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2017;22(6):576–83.

29. Carvalho MG, Gonçalves M da GM. Trabalho Doméstico Remunerado e Resistência: Interseccionando Raça/cor, Gênero e Classe. Vol. 43, Psicologia: Ciência e Profissão. scielo; 2023.
30. Sousa JL, Alencar GP, Antunes JLF, da Silva ZP. Markers of inequality in self-rated health in Brazilian adults according to sex. Cad Saude Publica. 2020;36(5).

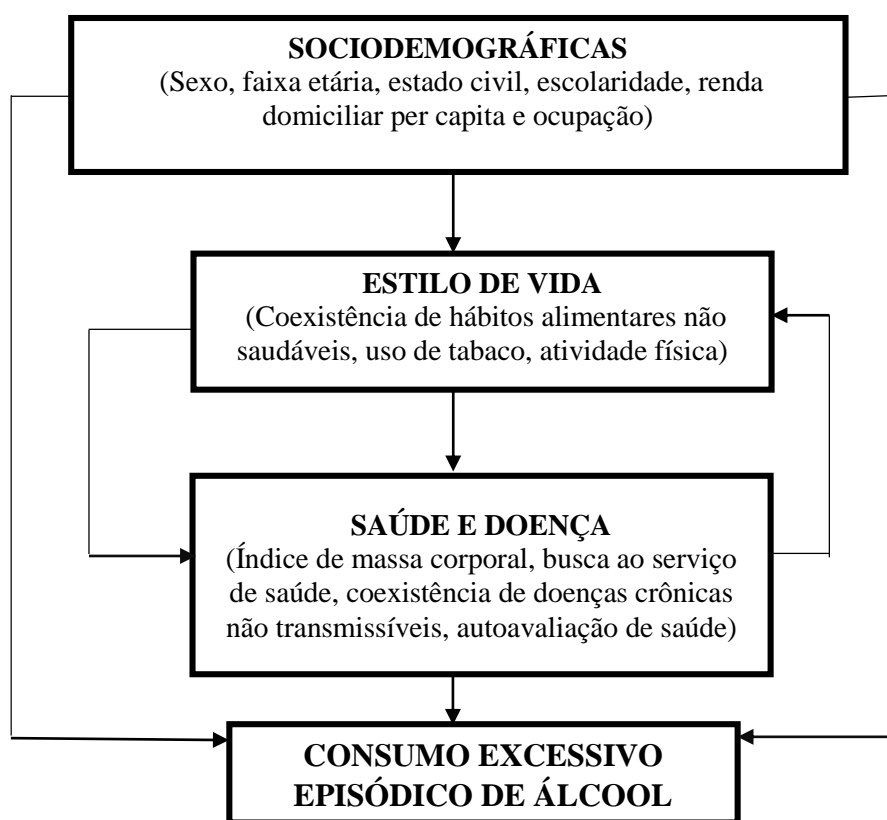


FIGURA 1. Modelo operacional para o conhecimento do consumo excessivo episódico de álcool (CEEAA).

Tabela 1. Características da população adulta, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Total		Brancos		Negros		P-valor
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
CEEA							0,201
Não	82,7	81,9-83,4	83,4	82,1-84,7	82,4	81,5-83,2	
Sim	17,3	16,6-18,1	16,6	15,3-17,9	17,6	16,7-18,5	
Sociodemográficas							
Sexo							0,237
Masculino	46,5	45,5-47,4	45,6	43,9-47,3	46,7	45,6-47,9	
Feminino	53,6	52,6-54,5	54,4	52,7-56,1	53,3	52,1-54,4	
Faixa etária							<0,001
18 a 34 anos	33,6	32,7-34,5	31,4	29,8-33,1	34,3	33,2-35,4	
35 a 59 anos	45,7	44,9-46,6	44,3	42,7-45,9	46,2	45,2-47,2	
60 anos ou mais	20,7	19,7-21,4	24,3	22,9-25,7	19,5	18,7-20,3	
Estado Civil							<0,001
Sem companheira (o)	61,7	60,9-62,2	57,6	56,0-59,2	63,1	62,1-64,1	
Com companheira (o)	38,3	37,4-39,1	42,4	40,8-44,0	36,9	35,9-37,9	
Escolaridade							<0,001
Sem instrução	12,2	11,5-12,9	10,6	9,6-11,7	12,7	12,0-13,6	
Fundamental incompleto / Completo	39,4	38,3-40,4	34,6	33,1-36,2	40,9	39,7-42,2	
Ensino Médio incompleto / Completo	33,9	32,9-34,9	33,5	31,9-35,1	34,1	33,0-35,1	
Ensino Superior incompleto / Completo	14,5	13,7-15,4	21,3	19,6-23,1	12,3	11,5-13,1	
Renda domiciliar per capita							<0,001
Até 1/2 salário mínimo	40,3	39,2-41,3	32,0	30,2-33,8	43,0	41,8-44,2	
>1/2 a 1 salário mínimo	33,0	32,1-34,0	31,5	29,8-33,4	33,5	32,4-34,6	
>1 a 2 salários mínimo	17,0	16,3-17,7	19,3	17,9-20,8	16,2	15,5-17,0	
>2 salários mínimo	9,7	9,0-10,4	17,2	15,6-18,9	7,2	6,7-7,8	
Trabalho remunerado							0,665
Não	51,0	50,0-51,9	50,7	49,0-52,3	51,1	50,0-52,2	
Sim	49,0	48,1-50,0	49,3	47,7-50,1	48,9	47,8-50,0	
Bloco Estilo de vida							
Atividade Física							<0,001
Sim	60,9	59,9-61,8	57,9	56,3-59,5	61,9	60,7-63,0	
Não	39,1	38,2-40,1	42,1	40,5-43,8	38,2	37,1-39,3	
Uso de Tabaco							<0,001
Não	89,2	88,7-89,8	91,5	90,6-92,3	88,4	88,6-89,8	
Sim	10,8	10,2-11,4	8,5	7,7-9,4	11,6	10,2-11,4	
Coexistência de hábitos alimentares não saudáveis							<0,001
Nenhum hábito inadequado	22,0	21,2-22,8	26,3	24,9-27,9	20,5	19,6-21,4	
1 hábito inadequado	31,8	31,0-32,6	33,0	31,5-34,6	31,4	30,5-32,3	
2 hábitos inadequados	37,0	36,1-37,8	32,2	30,7-33,7	38,5	37,5-39,6	
3 a 4 hábitos inadequados	9,3	8,8-9,9	8,5	7,6-9,5	9,6	9,0-10,2	
Bloco saúde Doença							

Continuação Tabela 1. Características da população adulta, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

IMC							0,939
Baixo Peso/Eutrofia	44,9	44,0-45,6	44,9	43,3-46,6	44,9	43,8-45,9	
Sobrepeso/Obesidade	55,1	54,2-56,0	55,1	53,4-56,7	55,1	54,1-56,1	
Busca dos serviços de saúde							0,192
Não	80,5	79,8-81,3	79,7	78,3-81,1	80,8	79,9-81,7	
Sim	19,5	18,7-20,3	20,3	18,9-21,7	19,2	18,3-20,1	
Presença de DCNT							0,030
Nenhuma	48,4	47,3-49,4	46,2	44,3-48,0	49,1	47,9-50,3	
1	25,6	24,8-26,5	26,3	24,8-27,9	25,4	24,5-26,4	
2	13,7	13,1-14,4	14,2	12,9-15,5	13,6	12,9-14,4	
3 ou mais	12,3	11,6-12,9	13,4	12,2-14,6	11,9	11,2-12,6	
Autoavaliação de saúde							<0,001
Muito boa/ Boa	56,7	55,7-57,7	59,9	58,0-61,7	55,7	54,5-56,8	
Regular/Muito ruim	43,3	42,3-44,3	40,2	38,4-42,0	44,3	43,2-45,5	

CEEA- Consumo excessivo episódico de álcool; IMC- Índice de massa corporal; DCNT

– Doenças crônicas não transmissíveis; p-valor $\leq 0,05$ (teste estatístico Qui-quadrado)

Tabela 2. Distribuição do consumo excessivo episódico de álcool na população adulta da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Branços				Negros			
	%	RP	IC95%	P-valor	%	RP	IC95%	P-valor
Sociodemográficas								
Sexo								
Feminino	8,4	1,00			9,6	1,00		
Masculino	26,4	3,14	2,65-3,74	<0,001	26,8	2,79	2,53-3,08	<0,001
Faixa etária								
60 anos ou mais	5,6	1,00			5,5	1,00		
35 a 59 anos	17,8	3,17	2,98-5,79	<0,001	17,8	3,25	2,74-3,86	<0,001
18 a 34 anos	23,3	4,15	2,32-4,33	<0,001	24,3	4,44	3,73-5,30	<0,001
Estado Civil								
Com companheira (o)	13,0	1,00			11,6	1,00		
Sem companheira (o)	19,2	1,49	1,27-1,74	<0,001	21,1	1,82	1,64-2,01	<0,001
Escolaridade								
Sem instrução	8,1	1,00			6,6	1,00		
Fundamental incompleto / Completo	14,5	1,79	1,17-2,75	0,007	18,3	2,78	2,27-3,41	<0,001
Ensino Médio incompleto / Completo	19,0	2,35	1,55-3,58	<0,001	20,4	3,10	2,57-3,74	<0,001
Ensino Superior incompleto / Completo	20,5	2,54	1,66-3,89	<0,001	19,2	2,92	2,35-3,63	<0,001
Renda domiciliar per capita								
Até 1/2 salário mínimo	15,9	1,00			16,6	1,00		
>1/2 a 1 salário mínimo	14,4	0,91	0,73-1,30	0,387	16,8	1,01	0,90-1,14	0,832
>1 a 2 salários mínimo	16,6	1,05	0,83-1,32	0,703	19,7	1,19	1,04-1,35	0,007
>2 salários mínimo	21,9	1,38	1,11-1,72	0,003	22,9	1,38	1,18-1,60	<0,001
Trabalho remunerado								
Não	9,2	1,00			11,2	1,00		
Sim	24,2	2,64	2,22-3,15	<0,001	24,3	2,17	1,93-2,45	<0,001
Bloco Estilo de vida								
Atividade Física								
Não	10,4	1,00			11,6	1,00		
Sim	21,0	2,01	1,70-2,38	<0,001	21,3	1,84	1,65-2,04	<0,001
Uso de Tabaco								
Não	15,0	1,00			15,8	1,00		
Sim	32,9	2,19	1,82-2,63	<0,001	31,3	1,98	1,74-2,45	<0,001
Coexistência de hábitos alimentares não saudáveis								
Nenhum hábito inadequado	11,4	1,00			13,0	1,00		
1 hábito inadequado	16,8	1,48	1,20-1,83	<0,001	16,9	1,30	1,11-1,52	0,001
2 hábitos inadequados	18,3	1,61	1,29-2,00	<0,001	18,2	1,40	1,21-1,61	<0,001
3 a 4 hábitos inadequados	25,2	2,22	1,71-2,87	<0,001	27,5	2,11	1,78-2,50	<0,001
Bloco saúde Doença								

Continuação tabela 2. Distribuição do consumo excessivo episódico de álcool na população adulta da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

IMC								
Baixo Peso/Eutrofia	15,4	1,00			17,9	1,00		
Sobrepeso/Obesidade	17,7	1,15	0,98-1,35	0,089	17,6	0,98	0,89-1,08	0,683
Busca dos serviços de saúde								
Sim	12,6	1,00			11,4	1,00		
Não	17,6	1,39	1,11-1,74	<0,001	19,1	1,67	1,46-1,91	<0,001
Presença de DCNT								
Nenhuma	19,8	1,00			21,0	1,00		
1	15,2	0,77	0,61-0,97	0,024	15,4	0,73	0,66-0,81	<0,001
2	11,9	0,60	0,46-0,79	<0,001	10,7	0,51	0,42-0,61	<0,001
3 ou mais	5,5	0,28	0,19-0,40	<0,001	7,6	0,36	0,30-0,45	<0,001
Autoavaliação de saúde								
Muito boa/ Boa	19,9	1,00			21,2	1,00		
Regular/Ruim/Muito ruim	11,6	0,58	0,49-0,69	<0,001	13,0	0,61	0,55-0,68	<0,001

RP- Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; †p-valor: <0,05; IMC- Índice de massa corporal; DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis; Teste Qui-quadrado.

Tabela 3. Modelo hierarquizado dos fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool na população da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor Branca, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
Sociodemográficas						
Sexo						
Feminino	1,00		1,00		1,00	
Masculino	3,03	2,66-3,46	2,80	2,45-3,21	2,62	2,27-3,03
Faixa etária						
60 anos ou mais	1,00		1,00		1,00	
35 a 59 anos	2,65	2,15-3,27	2,53	2,04-3,12	2,43	1,94-3,05
18 a 34 anos	3,15	2,53-3,92	2,99	2,39-3,74	2,93	2,30-3,74
Estado Civil						
Com companheira (o)	1,00		1,00		1,00	
Sem companheira(o)	1,48	1,30-1,67	1,38	1,22-1,57	1,36	1,19-1,56
Renda domiciliar per capita						
Até 1/2 salário mínimo	1,00		1,00		1,00	
>1/2 a 1 salário mínimo	1,05	0,90-1,23	1,11	0,95-1,30	1,18	0,99-1,42
>1 a 2 salários mínimo	1,25	1,06-1,47	1,34	1,13-1,58	1,45	1,21-1,75
>2 salários mínimo	1,48	1,25-1,74	1,61	1,36-1,90	1,80	1,50-2,17
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,58	1,39-1,84	1,51	1,31-1,74	1,45	1,24-1,70
Bloco Estilo de vida						
Atividade física						
Não			1,00		1,00	
Sim			1,37	1,20-1,56	1,45	1,26-1,67
Uso de Tabaco						
Não			1,00		1,00	
Sim			1,92	1,66-2,24	2,04	1,72-2,43
Coexistência de hábitos alimentares não saudáveis						
Nenhum hábito inadequado			1,00		1,00	
1 hábito inadequado			1,13	0,96-1,33	1,13	0,95-1,34
2 hábitos inadequados			1,16	0,98-1,37	1,18	0,99-1,40
3 a 4 hábitos inadequados			1,27	1,03-1,58	1,23	0,97-1,56
Bloco saúde Doença						
IMC						
Baixo Peso/Eutrofia					1,00	
Sobrepeso/Obesidade					1,28	1,12-1,46
Presença de DCNT						
Nenhuma					1,00	
1					0,91	0,78-1,06
2					0,96	0,78-1,18
3 ou mais					0,71	0,54-0,93
	Akaike	6126,19	Akaike	6045,01	Akaike	5164,5

RP- Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; †p-valor: <0,05; IMC- Índice de massa corporal; DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis; teste estatístico- Regressão de Poisson.

Modelo 1: ajustado entre as variáveis sociodemográficas; Modelo 2: ajustado entre as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida; Modelo 3: ajustado entre as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e saúde/doença.

Tabela 4. Modelo hierarquizado dos fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool na população, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor Negra, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
Sociodemográficas						
Sexo						
Feminino	1,00		1,00		1,00	
Masculino	2,65	2,47-2,85	2,47	2,30-2,66	2,40	2,23-2,58
Faixa etária						
60 anos ou mais	1,00		1,00		1,00	
35 a 59 anos	2,32	2,05-2,63	2,15	1,90-2,44	2,10	1,85-2,38
18 a 34 anos	2,70	2,36-3,09	2,43	2,12-2,79	2,30	2,00-2,64
Estado Civil						
Com companheira (o)	1,00		1,00		1,00	
Sem companheira (o)	1,62	1,51-1,74	1,52	1,41-1,64	1,51	1,41-1,63
Escolaridade						
Sem instrução	1,00		1,00		1,00	
Fundamental incompleto / Completo	1,64	1,43-1,89	1,70	1,49-1,96	1,71	1,49-1,96
Ensino Médio incompleto / Completo	1,60	1,39-1,86	1,77	1,53-2,05	1,76	1,51-2,04
Ensino Superior incompleto / Completo	1,51	1,27-1,79	1,72	1,45-2,04	1,70	1,43-2,02
Renda domiciliar per capita						
Até 1/2 salário mínimo	1,00		1,00		1,00	
>1/2 à 1 salário mínimo	1,11	1,02-1,20	1,10	1,02-1,19	1,11	1,02-1,20
>1 à 2 salários mínimo	1,23	1,39-1,86	1,23	1,12-1,36	1,24	1,13-1,36
>2 salários mínimo	1,47	1,27-1,79	1,47	1,30-1,67	1,46	1,29-1,66
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,53	1,42-1,65	1,46	1,35-1,57	1,43	1,33-1,55
Bloco Estilo de vida						
Atividade física						
Não			1,00		1,00	
Sim			1,28	1,19-1,38	1,28	1,19-1,38
Uso de Tabaco						
Não			1,00		1,00	
Sim			1,73	1,60-1,86	1,73	1,60-1,87
Coexistência de hábitos alimentares não saudáveis						
Nenhum hábito inadequado			1,00		1,00	
1 hábito inadequado			1,16	1,05-1,28	1,15	1,05-1,27
2 hábitos inadequados			1,16	1,05-1,28	1,15	1,05-1,27
3 a 4 hábitos inadequados			1,50	1,33-1,69	1,50	1,33-1,69

Continuação tabela 4. Modelo hierarquizado dos fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool na população negra, da Região Nordeste do Brasil, segundo estrato de raça/cor Negra, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Bloco saúde Doença					
Busca dos serviços de saúde					
Sim				1,00	
Não				1,23	1,12-1,35
Autoavaliação de Saúde					
Muito boa/ Boa				1,00	
Regular/Ruim/Muito ruim				0,87	0,81-0,93
	Akaike	19476,41	Akaike	19229,55	Akaike
					16110,28

RP- Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; †p-valor: <0,05; IMC- Índice de massa corporal; DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis; teste estatístico- Regressão de Poisson.

Modelo 1: ajustado entre as variáveis sociodemográficas; Modelo 2: ajustado entre as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida; Modelo 3: ajustado entre as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e saúde/doença.

**CONDUÇÃO DE VEÍCULOS APÓS O CONSUMO DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS EM RESIDENTES DO NORDESTE, PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE 2019**

INTRODUÇÃO

O álcool é uma droga lícita, amplamente utilizada pelos indivíduos e difundida em diversas culturas, estando associada às festividades, cerimônias religiosas e celebrações. Apesar de favorecer a socialização e integração entre os indivíduos, o consumo de bebidas alcoólicas em grandes quantidades pode acarretar consequências prejudiciais para a saúde do indivíduo e para a sociedade^{1,2}.

A prática de dirigir após ingerir bebidas alcoólicas é uma das principais causas de acidentes de trânsito em escala global². Em países de renda elevada, aproximadamente 20% dos motoristas envolvidos em acidentes fatais apresentavam álcool no sangue, enquanto em alguns países de baixa e média renda, esse percentual era três vezes maior².

Mesmo em quantidades reduzidas, o álcool induz modificações psicomotoras, como a deterioração das funções visuais e motoras, além da diminuição da capacidade de discernimento, resultando em riscos substanciais para o condutor, passageiros e pedestres^{3,4}. Quanto aos fatores de risco associados ao comportamento de beber e dirigir, destacam-se o sexo masculino, faixas etárias mais jovem e maior renda^{4,5}. No Brasil, no ano de 2021, os acidentes de trânsito se destacaram como a principal razão para internações relacionadas ao álcool, correspondendo a 22,6% do total, e como a segunda causa mais prevalente de mortalidade associada ao uso dessa substância, representando 15,8%⁶.

Ainda sobre a mortalidade e às incapacidades decorrentes de acidentes de trânsito no Brasil, observou-se uma redução de 43% nas taxas de mortalidade entre 1990 e 2019, conforme dados do *Global Burden of Disease* (GBD). As maiores taxas de mortalidade foram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, afetando principalmente homens, jovens, e aqueles com maiores níveis de renda. Apesar da diminuição das taxas de mortalidade, a meta da ONU de reduzir as mortes por acidente de trânsito em 50% até 2030 no Brasil pode não ser alcançada⁷.

Além do aumento da mortalidade no trânsito, especialmente entre os motociclistas, a Região Nordeste enfrenta profundas desigualdades entre sua população,

sobretudo relacionadas às desigualdades sociais e econômicas. A região é conhecida por possuir menor índice de escolaridade e renda e piores condições de saúde, a coexistência desses fatores não apenas estão associados ao consumo elevado de álcool, mas também representam riscos para o comportamento de beber e dirigir⁸⁻¹⁰.

O consumo de álcool é um problema de saúde pública significativo em todo o mundo, e a região nordeste do Brasil não está imune a essa questão. Elevadas morbimortalidades por acidentes de trânsito em decorrência do uso de bebidas alcoólicas e suas consequências que produzem efeitos que vão para além dos gastos hospitalares e os custos com cuidado à saúde^{4,11}. Apesar da evidente relevância e dos potenciais impactos negativos na saúde e na sociedade, há uma lacuna notável na literatura científica que investiga especificamente esse fenômeno nessa região. A escassez de estudos sobre o consumo de álcool no nordeste brasileiro limita a compreensão dos padrões de consumo, dos fatores de risco envolvidos e das consequências para a saúde pública. Diante disso, objetivou-se nesse estudo identificar prevalência e os fatores associados ao comportamento de beber e dirigir segundo variáveis sociodemográficas na população Região Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, que foi realizado com dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde- PNS (PNS, 2019) de adultos da Região Nordeste do Brasil¹². A edição da PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (parecer de nº 3.529.376).

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2019 e março de 2020 e foi adotado delineamento amostral por conglomerado em três estágios: setores censitários; domicílios; um indivíduo com 15 anos ou mais, escolhido de forma aleatória, dentre do domicílio^{12,13}.

A PNS 2019, em sua totalidade, contou com 91.683 respondentes, que tinham idade de 18 anos ou mais. Desse total de, 31.800 eram moradores da Região Nordeste do Brasil¹². Para amostra deste estudo foram considerados os indivíduos residentes da região Nordeste do Brasil, que afirmaram consumir bebidas alcoólicas e conduzir carro e/ou moto, com idade de 18 anos ou mais, totalizando 6.339 indivíduos.

A variável dependente deste estudo foi o comportamento de beber e dirigir. Esse indicador foi construído utilizando a seguinte pergunta da PNS: “Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?”. Com as seguintes opções de respostas: 1) Sim; 2) Não. Essa pergunta foi feita apenas aos indivíduos que informaram consumir bebida alcoólica e aqueles que dirigiam automóvel ou motocicleta. Os condutores foram identificados na pesquisa a partir das seguintes perguntas: “Atualmente, o(a) Sr(a) dirige automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transportes e similares)?” e “Atualmente, o(a) Sr(a) dirige motocicleta?”.

A análise foi estratificada pela variável sexo (masculino e feminino). O comportamento de beber e dirigir foi analisado segundo características sociodemográficas: faixa etária (18–34 anos; 35–59 anos; 60 anos ou mais); raça/cor dicotomizada em brancos (categoria branca) e negros (categorias parda ou preta); estado civil (viver sem companheiro (a) ou com companheiro(a)); escolaridade (sem instrução, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo); renda domiciliar per capita (até $\frac{1}{2}$, $>\frac{1}{2}$ à 1, >1 à 2, >2 salários mínimos), local de residência (rural/urbano), dirigir automóvel (sim/não) e dirigir motocicleta (sim/não).

A análise de dados foi realizada com o software Stata/SE em sua versão 15 e utilizado o modulo Survey, que considera o desenho complexo da amostra e o peso amostral. A prevalência do evento foi estimada com intervalo de 95% de confiança (IC95%). Foram realizadas análises bivariada e multivariada com estimativas de Razões de Prevalência (RP), cálculo dos respectivos p-valor e IC95% por meio de regressão de Poisson com variância robusta. Para a análise múltipla, foi ajustado o modelo cheio, ou seja, com todas as variáveis sociodemográficas conjuntamente. Foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Neste estudo, do total de entrevistados (n= 6.339 indivíduos), 79,0% eram do sexo masculino e 21,0% do sexo feminino. A prevalência do comportamento de beber e dirigir foi de 21,0% (IC95%: 19,9-23,2) para o total, sendo de 24,6% (IC95%: 22,7-26,5) entre os homens e 10,1% (IC95%: 7,9-12,7) entre as mulheres (p-valor $<0,001$).

Para o sexo masculino a maioria tinha entre 35-59 anos, foi classificada como negros e vivia sem companheira (o). A maior parte dos entrevistados relataram ter ensino

fundamental incompleto/completo e renda de até meio salário mínimo. Mais da metade dos homens relataram não residir na capital, 65,6% afirmaram dirigir automóvel e 75,7% motocicleta. Maiores prevalências do comportamento de beber e dirigir foram observadas nas faixas etárias mais jovens, entre os que relataram viver sem companheira (o), nos que viviam em área rural e entre aqueles que afirmaram dirigir motocicleta (Tabela 1).

Quanto a população feminina, a maioria tinha entre 18 a 34 anos, foi classificada como negra e viviam sem companheiro (a). A maior parte tinha ensino superior incompleto/completo e renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo. Em relação ao local de residência e condução de veículos, 81,6% vivia em área urbana, 54,1% dirigiram automóvel e 60,4% motocicleta. Nenhuma das variáveis sociodemográficas apresentaram associação com o comportamento de beber e dirigir entre as mulheres (Tabela 2).

A Figura 1 apresenta a representação dos grupos por meio do diagrama de Venn. Os resultados indicam que, no grupo masculino, 75,6% dos homens dirigiam motocicletas, 65,5% dirigiam carros e 24,5% praticavam a combinação de beber e dirigir. No grupo feminino, 60,4% das mulheres dirigiam motocicletas, 54,0% dirigiam carros e 10,0% bebiam e dirigiam (Figura 1). As interseções entre beber e dirigir na população masculina, foram mais frequentes entre os que dirigiam carros e motocicletas (10,7%), seguido por quem só dirigia motocicletas (9,0%) e quem só dirigia carros (4,8%). Já na população feminina, as interseções mais frequentes eram entre as que só dirigia motocicletas (4,8%), seguido das quem só dirigia carros (3,3%) e que dirigiam carros e motocicletas (1,9%).

A análise multivariada dos fatores associados foi realizada apenas para o estrato de sexo masculino. Após ajuste do modelo múltiplo, permaneceu associado ao comportamento de beber e dirigir no modelo final: faixa etária de 18 a 34 anos (RP:1,70; IC95%:1,29-2,24) e 35 a 59 anos (RP:1,34; IC95%:1,02-1,74); renda domiciliar per capita >1/2 a 1 (RP:1,33; IC95%:1,10-1,61), >1 a 2 (RP:1,45; IC95%:1,17-1,79) e maior de 2 salários mínimos (RP:1,74; IC:1,33-2,28); residir em zonal rural (RP:1,48; IC95%:1,26-1,74) e dirigir motocicleta (RP:1,29; IC95%:1,05-1,58) [Tabela 3].

DISCUSSÃO

Neste estudo a prevalência do comportamento de beber e dirigir foi significativamente maior entre os homens do que nas mulheres. No sexo masculino foram

observadas associações da faixas etária mais jovens, dos maiores níveis de renda domiciliar per capita, de residir em área rural e dirigir motocicletas com o comportamento de beber e dirigir. Não foram observadas associações significativas entre as características sociodemográficas no sexo feminino com o comportamento de beber e dirigir.

A prevalência do comportamento de beber e dirigir identificada nesta pesquisa foi substancialmente superior, atingindo 22,1%, em comparação com a prevalência encontrada entre os brasileiros de 5,4%⁶. Um estudo produzido por Guimarães et al., (2020), sobre a direção sob efeito do álcool nas macrorregiões brasileiras, também observaram uma prevalência elevada do comportamento de beber e dirigir na macrorregião Nordeste (29,4%), em contraste com outras regiões do Brasil¹⁴. As disparidades regionais existentes, como as características socioeconômicas, o acesso à educação e as nuances culturais, podem justificar as distintas prevalência desse comportamento de risco nas regiões¹⁴. Também deve-se considerar as fragilidades existentes nas legislações e nas políticas de fiscalização do consumo de álcool e da vida no trânsito no Brasil^{15,16}. Somado a isso, tem-se o consumo de álcool, que entre as macrorregiões brasileiras, em 2023, constata-se prevalências mais elevadas nas regiões Sul (47%) e Nordeste (26%), quando comparada as demais regiões⁶. É reconhecido que o consumo de álcool está associado aos acidentes de trânsito mesmo quando fatores como sexo, idade, renda e cor da pele são considerados⁵.

A Região Nordeste é conhecida especialmente por suas festas populares e eventos tradicionais, em que, o consumo de bebidas alcoólicas pode ser mais evidente. A participação ativa no consumo de álcool durante esses eventos sociais, aliada à prática de dirigir ao retornar para casa após a celebração, podem contribuir com a prevalência elevada do comportamento de beber e dirigir nessa região^{14,17,18}. Apesar da alta prevalência desse comportamento identificada nesta pesquisa, é importante ressaltar que Malta e colaboradores observaram uma tendência temporal de redução no hábito de dirigir veículos após o consumo de bebidas alcoólicas na Região Nordeste entre os anos de 2007 e 2018³. Esse fenômeno pode ser resultados da implantação e fiscalização da lei seca¹⁹ e de programas como o programa vida no trânsito no Brasil²⁰.

O comportamento de beber e dirigir foi mais prevalente entre indivíduos do sexo masculino, no presente trabalho. É conhecido que esse grupo populacional apresenta não apenas uma maior frequência de consumo de bebidas alcoólicas, mas também uma maior participação em acidentes de trânsito^{4,14}. Essa associação pode ser explicada pela maior

exposição histórica dos homens à direção de veículos, aliada à representação cultural de virilidade associada à adoção de comportamentos agressivos ao volante¹⁰. Além disso, a influência do álcool tende a aumentar a impulsividade e o comportamento arriscado ao dirigir, fomentando ações imprudentes no trânsito²¹.

Homens mais jovens (faixa etária entre 18 a 59 anos) também apresentaram maiores prevalências do comportamento de beber e dirigir. Estudos anteriores também evidenciaram um aumento no relato desse comportamento entre os mais jovens, seguido de uma diminuição à medida que a idade avança^{4,5,22}. A literatura já aborda o aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre adultos jovens^{1,23}. Explicado pela falta de fiscalização no consumo de álcool, somada ao estímulo da sociedade por meio de estratégias de *marketing* da indústria do álcool voltadas para esse público específico, justificando a adoção desse comportamento de risco nesse grupo²⁴.

Maiores níveis de renda domiciliar per capita foram positivamente associadas ao comportamento de beber e dirigir em indivíduos do sexo masculino. Uma possível explicação, é o maior poder aquisitivo, que favorece a aquisição de veículos automotores e o consumo habitual de bebidas alcoólicas⁴. Somado a isso, tem-se uma maior participação em eventos de socialização com a presença de bebidas alcoólicas, e a condução de veículos para o deslocamento para suas residências após o consumo^{17,18}.

Em relação ao local de residência, homens que viviam em área rural apresentaram maior prevalência do comportamento de beber e dirigir. As motivações para essa prática em áreas rurais podem ser diferentes das áreas urbanas, em que, estradas longas e pouco movimentadas, poucas alternativas de transporte e ausência de fiscalização podem explicar a eleva prevalência de beber e dirigir na área rural²⁵. Nas áreas rurais da Região Nordeste, a carência em educação associada ao intenso processo de urbanização dessas áreas desempenham papéis significativos. A baixa escolaridade não apenas dificulta a compreensão das normas de trânsito, mas também impede a aquisição e regularização da carteira nacional de habilitação, requisito essencial por lei para a condução de veículos^{9,26}. Além disso, com a evolução das ferramentas utilizadas nas atividades agrárias e o aumento do uso de máquinas agrícolas, muitos residentes nessas áreas, mesmo sem capacitação formal, assumem práticas como a condução de veículos⁸.

A condução de veículos após o consumo de bebidas alcoólicas é uma das principais causas de acidentes de trânsito no Brasil, sobretudo entre os motociclistas, como indicado pelo Ministério da Saúde em 2023²⁷. No período de 2019 a 2021, foi

registrado 13.415 óbitos relacionados a acidentes de motocicleta na Região Nordeste do Brasil²⁷. Um grande contingente populacional na Região Nordeste está imerso em contextos de vulnerabilidade socioeconômica, marcados por taxas elevadas de desemprego. Para muitos, a motocicleta tornou-se uma alternativa para obtenção de renda, conforme discutido nos estudos de Dantas e colaboradores e de Rios et al.^{10,28}.

O trabalho informal no Brasil é uma realidade marcante, e o uso de motocicletas desempenha um papel significativo nesse contexto. Muitos trabalhadores informais, como motoboys e entregadores, dependem das motocicletas para realizar suas atividades diárias. Essa escolha está muitas vezes relacionada à agilidade, mobilidade e baixo custo operacional das motocicletas²⁹. O serviço de entregas, tem crescido, impulsionado pelo aumento do comércio online e pela demanda por serviços de entrega rápida. No entanto, essa expansão também traz desafios, como a falta de proteção social para os trabalhadores informais, que muitas vezes enfrentam condições precárias de trabalho e falta de benefícios²⁹.

Segundo Souza e colaboradores, o uso das motocicletas como ferramenta de trabalho tem gerado impactos significativos na mortalidade no trânsito. Mototaxistas e *motoboys* frequentemente desempenham suas funções em condições precárias e/ou na informalidade, sendo remunerados por produção. Jornadas de trabalho que ultrapassam dez horas diárias, excesso de velocidade e o uso de dispositivos celulares durante a pilotagem ampliam substancialmente as chances de acidentes e óbitos nessa população³⁰. Adicionalmente, fatores socioeconômicos, como baixa remuneração e escolaridade, podem propiciar a adoção de comportamentos de risco, incluindo o consumo excessivo de bebidas alcoólicas^{10,28}. A combinação desses elementos justificam possivelmente, a maior prevalência do comportamento de beber e dirigir observada neste estudo, especialmente entre os adultos jovens do sexo masculino na Região Nordeste.

Torna-se importante destacar, que beber e dirigir é uma das principais causas de acidentes de trânsito em todo o mundo². Estudo sobre acidentes de trânsito em uma cidade do Nordeste do Brasil, evidenciou maiores proporções de envolvimento em acidentes de trânsito entre indivíduos que referiram beber e dirigir¹⁰. Reafirmando, que a combinação de direção de veículos e o consumo de bebidas alcoólicas ainda é muito frequente no cotidiano dos indivíduos, apesar das medidas de fiscalização de trânsito e controle do consumo de álcool existentes, em especial no Brasil^{2,6,10}.

No que se refere as limitações do presente estudo, destaca-se o fato dos indicadores terem sido autorreferidos, há possibilidade de subestimação do comportamento de beber e dirigir. No entanto, é importante destacar que a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), visando mitigar possíveis falhas, implementou procedimentos de padronização e ofereceu treinamentos aos entrevistadores responsáveis pela coleta das informações. Essas medidas visam assegurar a qualidade dos dados obtidos¹³.

A Região Nordeste destaca-se por apresentar um cenário preocupante no que concerne aos acidentes envolvendo motociclistas. As raízes desse problema revelam-se complexas, abarcando determinantes macroeconômicos, como a baixa escolaridade, que exerce influência direta na educação para o trânsito e na adoção de comportamentos de risco^{10,26,28}. Considerando as implicações sociais e econômicas dos agravos atribuídos ao uso de bebidas alcoólicas associada à direção de veículos, sugere-se o estabelecimento de ações intersetoriais envolvendo órgão de saúde, educação, regulação que visem cessar esse comportamento de risco, somado a expansão de investimentos em saúde e educação que alcancem de maneira equitativa todos os grupos populacionais. Reitera-se a necessidade de medidas de fiscalização mais efetivas para o cumprimento das leis e ações de educação em saúde e no trânsito, em especial para os jovens, a fim de que cessem essa prática.

Os resultados do presente estudo fortalecem a necessidade de implementação de políticas públicas mais efetivas destinadas a esse grupo específico. Além disso, ressaltam a importância crucial do aumento nas fiscalizações por parte das autoridades de trânsito. Essas medidas emergem como imperativas para mitigar os impactos negativos dos acidentes envolvendo motociclistas, contribuindo para a construção de um ambiente viário mais seguro e equitativo na Região Nordeste.

REFERÊNCIAS

1. Abreu MNS, Eleotério AE, Oliveira FDA, Pedroni LCBDR, Lacena EE de. Prevalência e fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool entre adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200092.
2. WHO. Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, editor. GENEVA; 2022.
3. Malta DC, Bernal RTI, da Silva AG, Lima CM de, Machado ÍE, da Silva MMA. Temporal trend in the prevalence of indicators related to driving a motor vehicle after alcohol consumption, between 2007 and 2018. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:1–12.
4. Ribeiro LS, Damacena GN, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. O hábito de beber e dirigir no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Rev Saude Publica*. 2022;56:115.
5. Damacena GN, Malta DC, Boccolini CS, de Souza Júnior PRB, de Almeida W da S, Ribeiro LS, et al. Alcohol abuse and involvement in traffic accidents in the Brazilian population, 2013. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(12):3777–86.
6. CISA. Álcool E a Saúde Dos Brasileiros: Panorama 2023. Cent Informações sobre Saúde e Álcool. 2023;104.
7. Malta DC, Neto OL de M, Cardoso LS de M, Veloso GA, de Andrade FMD, Vasconcelos AMN, et al. Road traffic injuries and deaths and the achievement of UN Sustainable Development Goals in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study, 1990 to 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55(Suppl I):1–10.
8. BEZERRA JA, SILVA CNM. Between Rural and the Inner Urban Areas. *Mercator*. 2018;17(09):1–13.
9. Abreu DR de OM, de Souza EM, Mathias TA de F. Impact of the brazilian traffic code and the law against drinking and driving on mortality from motor vehicle

- accidents. *Cad Saude Publica*. 2018;34(8).
10. Rios PAA, Mota ELA, Ferreira LN, Cardoso JP, Ribeiro VM, Souza BS de. Fatores associados a acidentes de trânsito entre condutores de veículos: achados de um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Colet (Impr) [Internet]*. 2020;25(3):943–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300943
 11. Coutinho ESF, Bahia L, Barufaldi LA, de Azevedo Abreu G, Malhão TA, Pepe CR, et al. Cost of diseases related to alcohol consumption in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2016;50:1–8.
 12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Questionário Pesquisa Nacional de Saúde. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento- 2019. 2019. p. 1–52.
 13. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(5):e2020315.
 14. Guimarães RA, Neto OLM. Prevalence and factors associated with driving under the influence of alcohol in Brazil: An analysis by macroregion. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3).
 15. Oliveira CWL, Mendes CV, Kiepper A, Monteiro MG, Wagner GA, Sanchez ZM. Analysis of gaps in alcohol policies in Brazil using the Pan American Health Organization’s Alcohol Policy Scoring. *Int J Drug Policy [Internet]*. 2021;97:103322. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103322>
 16. Oliveira CWL, Mendes C V., Wagner GA, Sanchez ZM. Have countries offered the best data to the Pan American Health Organization? Evidence of potential inconsistencies found in a study on alcohol policies in Brazil. *Public Health [Internet]*. 2021;195:39–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.013>
 17. Garcia GAF, Da Silva EKP, Giatti L, Barreto SM. The intersection race/skin

- color and gender, smoking and excessive alcohol consumption: Cross sectional analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cad Saude Publica*. 2021;37(11).
18. Wendt A, Costa CS, Costa FS, Malta DC, Crochemore-Silva I. Time trend in inequalities in smoking and abusive alcohol consumption in Brazil's state capitals. *Cad Saude Publica*. 2021;37(4):1–14.
 19. Nunes HR de C, Murta-Nascimento C, Lima MCP. Impact of the dry law on road traffic mortality in brazilian states: An interrupted time series analysis. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:1–13.
 20. Bazílio GS, Guimarães RA, Nazif-Munoz JI, Ouimet MC, Mamri A, Morais Neto OL. Estimate of the magnitude of risky and protective behaviors associated with road traffic injuries in capitals participating in the Life in Traffic Project of Brazil. *PLoS One*. 2022;17(10 October):1–17.
 21. Filmore MT, Dyke N Van. DUI Offenders Display Reduced Perception of Intoxication and Heightened Impulsive Choice in Response to Alcohol. 2021;28(3):337–47.
 22. Macinko J, Mullachery P, Silver D, Jimenez G, Neto OLM. Patterns of alcohol consumption and related behaviors in Brazil: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *PLoS One*. 2015;10(7):1–12.
 23. Freitas MG de, Stopa SR, Silva EN da. Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: estimativa de razões de prevalências – 2013 e 2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57(1):17.
 24. Machado ÍE, Monteiro MG, Malta DC, Lana FCF. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):408–22.
 25. Greene KM, Murphy ST, Rossheim ME. Context and culture: Reasons young adults drink and drive in rural America. *Accid Anal Prev [Internet]*. 2018;121(April):194–201. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2018.09.008>

26. Brasil CN de T. Código de Trânsito Brasileiro. Secr Espec Ed e Publicações. 2009;2.
27. Ministério da Saúde. Cenário brasileiro das lesões de motociclistas no trânsito de 2011 a 2021. 2023;54.
28. Dantas MNP, Silva M de F dos S, Barbosa IR. Reflections on the COVID-19 mortality among the Black population and racial inequality in Brazil. Saude e Soc. 2022;31(3):1–13.
29. Macedo AR, Costa FTB, Justo JS. O Mototaxista no mundo do Trabalho: Precarização, Desemprego e Informalidade. Rev Subjetividades. 2019;19(1):1.
30. de Souza CDF, Machado MF, Quirino TRL, Leal TC, de Paiva JPS, de Magalhães APN, et al. Spatial and temporal patterns of mortality among motorcyclists in a state of the Brazilian northeast in the 21st century. Cienc e Saude Coletiva. 2021;26(4):1501–10.

Tabela 1 - Distribuição do comportamento de beber e dirigir segundo variáveis sociodemográficas na população do sexo masculino da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	%	P	RP	IC95%	P-valor
Faixa etária					
60 anos ou mais	8,2	17,8	1,00		
35-59 anos	49,3	22,2	1,25	0,96-1,63	0,101
18-34 anos	42,5	28,5	1,60	1,22-2,11	0,001
Raça/cor					
Negros	73,8	24,4	1,00		
Branços	26,2	25,1	1,03	0,89-1,87	0,738
Estado civil					
Viver com companheira (o)	38,5	22,3	1,00		
Viver sem companheira (o)	61,5	26,0	1,16	1,01-1,35	0,045
Escolaridade					
Superior incompleto/completo	17,6	23,9	1,00		
Médio incompleto/completo	37,4	23,6	0,98	0,80-1,21	0,887
Fundamental incompleto/completo	39,8	25,4	1,06	0,86-1,32	0,575
Sem instrução	5,2	26,9	1,12	0,79-1,60	0,517
Renda domiciliar per capita					
Até 1/2 salário mínimo	36,7	22,6	1,00		
>1/2 á 1 salário mínimo	28,5	25,7	1,14	0,94-1,37	0,188
>1 a 2 salários mínimo	19,5	25,6	1,31	0,92-1,40	0,250
>2 salários mínimo	15,3	25,7	1,13	0,90-1,42	0,280
Local de residência					
Urbana	73,7	22,5	1,00		
Rural	26,3	30,3	1,34	1,49-1,57	<0,001
Dirigir automóvel					
Não	34,4	26,2	1,00		
Sim	65,6	23,7	0,91	0,78-1,05	0,189
Dirigir motocicleta					
Não	24,3	19,9	1,00		
Sim	75,7	26,1	1,31	1,09-1,57	0,004

%: total da amostra; P: Prevalência; RP: Razão de Prevalência; Regressão de Poisson

Tabela 2- Distribuição do comportamento de beber e dirigir segundo variáveis sociodemográficas na população do sexo feminino da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	%	P	RP	IC95%	P-valor
Faixa etária					
60 anos ou mais	5,6	6,9	1,00		
35-59 anos	43,9	9,2	1,35	0,46-3,93	0,586
18-34 anos	50,5	11,1	1,62	0,56-4,71	0,371
Raça/cor					
Negra	66,9	11,4	1,00		
Branca	33,1	7,6	0,67	0,42-1,07	0,093
Estado civil					
Viver com companheiro (a)	29,5	7,5	1,00		
Viver sem companheiro (a)	70,5	11,1	1,48	0,91-2,42	0,112
Escolaridade					
Superior incompleto/completo	42,4	9,0	1,00		
Médio incompleto/completo	39,2	11,2	1,25	0,76-2,04	0,374
Fundamental incompleto/completo	17,3	10,5	1,17	0,64-2,15	0,609
Sem instrução	1,2	2,4	0,26	0,03-2,28	0,226
Renda domiciliar per capita					
Até 1/2 salário mínimo	29,9	12,7	1,00		
>1/2 á 1 salário mínimo	24,3	8,8	0,70	0,37-1,30	0,260
>1 a 2 salários mínimo	18,6	7,1	0,56	0,29-1,10	0,094
>2 salários mínimo	27,2	10,3	0,81	0,44-1,53	0,526
Local de residência					
Urbana	81,6	9,0	1,00		
Rural	18,4	14,7	1,64	0,89-3,00	0,112
Dirigir automóvel					
Não	45,9	10,5	1,00		
Sim	54,1	9,7	0,93	0,61-1,40	0,725
Dirigir motocicleta					
Não	39,6	8,4	1,00		
Sim	60,4	11,1	1,32	0,81-2,14	0,262

%: total da amostra; P: Prevalência; RP: Razão de Prevalência; Regressão de Poisson.

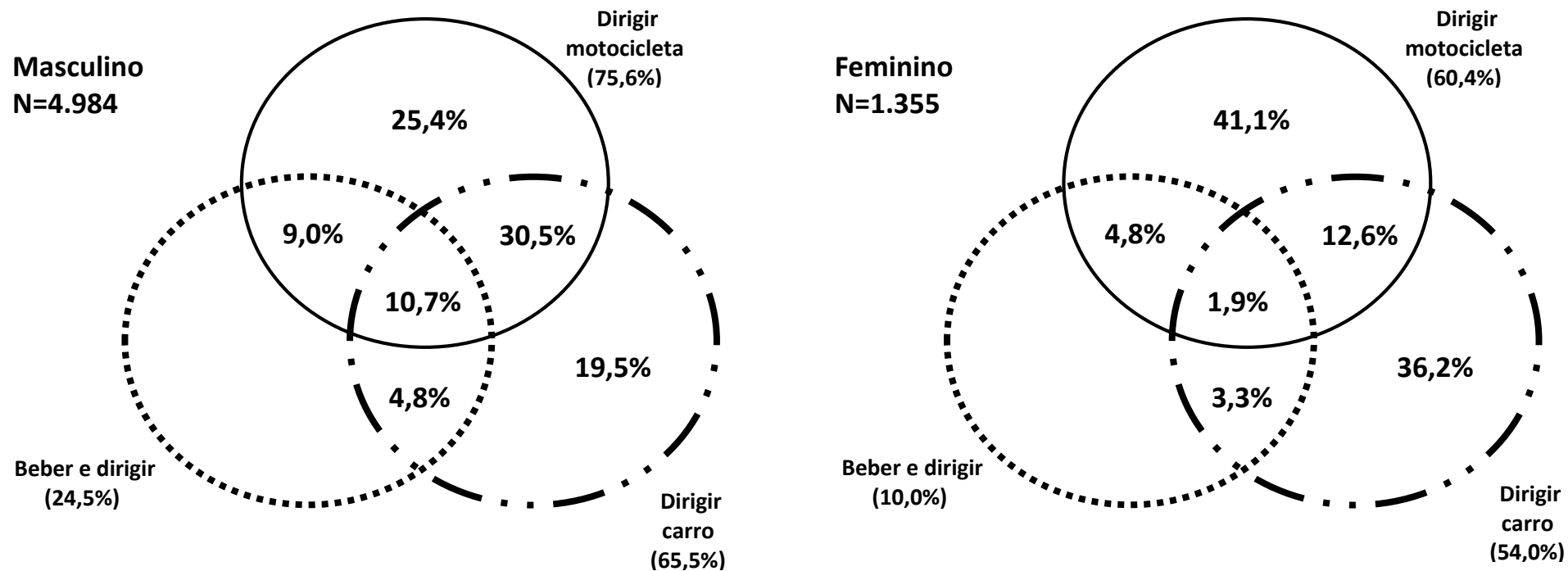


FIGURA 1. Consumo de bebidas alcoólicas e condução de veículos, na população com 18 anos ou mais, da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 3- Análise multivariada do fator associado ao comportamento de beber e dirigir na população do sexo masculino da Região Nordeste do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Modelo final	
	RP	IC 95%
Faixa etária		
60 anos ou mais	1,00	
35-59 anos	1,34	1,02-1,74
18-34 anos	1,70	1,29-2,24
Renda domiciliar per capita		
Até 1/2 salário mínimo	1,00	
>1/2 á 1 salário mínimo	1,33	1,10-1,61
>1 a 2 salários mínimo	1,45	1,17-1,79
>2 salários mínimo	1,74	1,33-2,28
Local de residência		
Urbana	1,00	
Rural	1,48	1,26-1,74
Dirigir motocicleta		
Não	1,00	
Sim	1,29	1,05-1,58

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de confiança de 95%

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar os fatores associados ao CEEA e ao comportamento de beber e dirigir na população com 18 anos ou mais, da Região Nordeste. A utilização dos dados da PNS, com recorte local, é um relevante passo para compreender os fatores que levaram aos indivíduos, considerando o componente raça/cor, a consumirem o álcool de forma excessiva e episódica, assim como, dirigir automóveis e/ou motocicletas após o consumo de bebidas alcoólicas.

Os fatores associados ao CEEA em ambos os estratos foram, o sexo masculino; faixa etária mais jovens; viver sem companheira (o); maior renda domiciliar per capita; presença de trabalho remunerado; prática de AF; uso de tabaco e a presença de hábitos alimentares inadequados. Apesar da semelhança das associações e da direção das associações entre os estratos, algumas diferenças foram observadas. As variáveis escolaridade, buscar os serviços de saúde e autoavaliação da saúde, mantiveram-se associadas ao CEEA somente no estrato de negros e presença de três ou mais doenças crônicas e sobrepeso/obesidade somente entre os brancos.

Ao comportamento de beber e dirigir, somente no estrato de sexo masculino foram observadas associações significativas com faixa etária mais jovens, renda domiciliar per capita acima de meio salário mínimo, residir em área rural e dirigir motocicleta foram associadas ao desfecho.

Neste estudo, constataram-se prevalências elevadas dos comportamentos de risco entre a população da Região Nordeste do Brasil. Essa constatação representa uma preocupação significativa, especialmente para a saúde dos indivíduos negros, que enfrentam maiores vulnerabilidades sociais e de saúde, reafirmando o papel dos determinantes sociais no processo de saúde e doença dos diversos grupos.

Os resultados do presente estudo demonstram a importância da adaptação da teoria da interseccionalidade aos estudos epidemiológicos, que visam mostrar a relação entre comportamentos de riscos e os grupos de identidade social construídos a partir do gênero e da raça/cor. Ao analisar os comportamentos de risco considerando, possibilita compreender toda a complexidade das experiências das identidades interseccionais e seus resultados na saúde. Estudos que utilizam a abordagem interseccional para investigar como as múltiplas dimensões sociais podem se combinar para aprofundar a exposição a comportamentos de risco no país, podem delinear rotas potenciais e adicionais para

melhorar a saúde da população mediante adequações de intervenções mais eficazes para reduzir as disparidades raciais na saúde. Em países como o Brasil, marcado pelo racismo e por significativas iniquidades sociais e raciais, podem significar uma oportunidade para redefinir as políticas de saúde pública e os cuidados ofertados a populações socialmente marginalizadas, impulsionados por gestores, formuladores de políticas públicas, profissionais e pessoas comprometidas com redução das iniquidades raciais no país. Mas, resultados específicos do Brasil devem ser interpretados com cautela, pois as culturas de consumo de álcool podem variar substancialmente entre os subgrupos demográficos dentro dos países.

Diante do exposto, recomenda-se a formação de parcerias intersetoriais para fortalecer as iniciativas de prevenção e fiscalização desses comportamentos de risco, acompanhadas da ampliação dos investimentos em saúde, visando alcançar de forma equitativa todos os segmentos da população. Os resultados do presente estudo possibilita o fortalecimento da perspectiva da atenção integral à saúde, reforçando ações que vão desde a promoção da saúde até a melhoria da rede de atenção à saúde, pela qualificação do rastreamento e diagnóstico do consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

8. REFERÊNCIAS

- ABBAFATI, C. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204–1222, 2020.
- ABREU, D. R. DE O. M.; DE SOUZA, E. M.; MATHIAS, T. A. DE F. Impact of the Brazilian traffic code and the law against drinking and driving on mortality from motor vehicle accidents. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 8, 2018.
- ABREU, M. N. S. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool entre adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 23, p. e200092, 2020.
- Álcool e Discriminação Racial - CISA**. Disponível em: <<https://cisa.org.br/sua-saude/informativos/artigo/item/360-alcool-e-discriminacao-racial>>. Acesso em: 5 maio. 2023.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309–2319, 2009.
- ANUNCIACÃO, D. et al. Ways and detours in guarantee of health for the black population and the confrontation of racism in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3861–3870, 2022.
- ARAÚJO, E. M. DE et al. A utilização da variável raça/corem Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 13, n. 31, p. 383–394, 2009.
- ARMELI, S.; LITT, M.; TENNEN, H. A daily level analysis of drinking to cope motivation and interpersonal stress. **Addictive Behaviors**, v. 122, p. 107030, 1 nov. 2021.
- BARBOSA, C. et al. Assessing Pandemic-Driven Changes in Alcohol Consumption. n. 0217815, 2021.
- BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. DE. **Raça/core saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Edufrn ed. Natal: [s.n.].
- BAZÍLIO, G. S. et al. Estimate of the magnitude of risky and protective behaviors associated with road traffic injuries in capitals participating in the Life in Traffic Project of Brazil. **PLoS ONE**, v. 17, n. 10 October, p. 1–17, 2022.
- BEZERRA, J. A.; SILVA, C. N. M. Between Rural and the Inner Urban Areas.

Mercator, v. 17, n. 09, p. 1–13, 2018.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde**. [s.l: s.n.].

BRASIL. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997- Institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**, 1997.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2008.

BRASIL. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. **População Negra População Negra uma política do SUS**. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Guia Vida no Trânsito/ Ministério da Saúde, Brasília – DF 2017**. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Enfrentamento Das Doenças Crônicas E Agravos**. [s.l: s.n.]. v. 1

BRASIL, C. N. DE T. Código de Trânsito Brasileiro. **Secretaria Especial de Editoração e Publicações**, v. 2, 2009.

BRASIL, M. DA S. **Por Inquérito Telefônico Vigitel Brasil 2023 Vigitel Brasil 2023**. [s.l: s.n.].

CAMELO, L. DO V. et al. Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: Tendência temporal de 2008 a 2013. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1011–1021, 1 abr. 2016.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017.

CHICONATO, A. G. et al. A variável raça/corem estudos epidemiológicos brasileiros sobre atividade física (2015-2019): formas de estratificação e principais resultados.

Pensar a Prática, v. 25, 2022.

CISA. **Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2021**. 2021.

CISA. **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2022 - CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool**. **CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool**, 2022.

CISA. **Álcool E a Saúde Dos Brasileiros: Panorama 2023**. **Centro de Informações sobre Saúde e Álcool**, p. 104, 2023.

CONTRERAS, J. C. Z. et al. Causas básicas de óbito e sobrevivência segundo a raça/core sexo na Bahia, no período 2010-2020. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, p. e84111739014, 2022.

COSTA, J. S. D. DA et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284–291, 2004.

COUTINHO, E. S. F. et al. Cost of diseases related to alcohol consumption in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saude Publica**, v. 50, p. 1–8, 2016.

DAMACENA, G. N. et al. Alcohol abuse and involvement in traffic accidents in the Brazilian population, 2013. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3777–3786, 2016.

DANTAS, M. N. P.; SILVA, M. DE F. DOS S.; BARBOSA, I. R. Reflections on the COVID-19 mortality among the Black population and racial inequality in Brazil. **Saude e Sociedade**, v. 31, n. 3, p. 1–13, 2022.

DAVID, E. DE C. Saúde Mental e Racismo: A atuação de um Centro Psicossocial em um CAPS II Infantojuvenil. In: **Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018**. [s.l: s.n.]. p. 168.

DE BONI, R. B. et al. Would the Brazilian population support the alcohol policies recommended by the World Health Organization? **Revista de Saude Publica**, v. 56, p. 1–14, 2022.

DE SOUZA, C. D. F. et al. Spatial and temporal patterns of mortality among motorcyclists in a state of the Brazilian northeast in the 21st century. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1501–1510, 2021.

DESALU, J. M.; GOODHINES, P. A.; PARK, A. Racial discrimination and alcohol use and negative drinking consequences among Black Americans: a meta-analytical review. **Addiction**, v. 114, n. 6, p. 957–967, 1 jun. 2019.

DONATO, T. A. A. et al. Periodic occupational examination: An opportunity for diagnosis and monitoring of chronic noncommunicable diseases in men. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 11, 2020.

DOS SANTOS, M. P. A. et al. População negra e Covid-19: Reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avancados**, v. 34, n. 99, p. 225–244, 2020.

DUALIBI et al. **Álcool e direção: beber ou dirigir: um guia prático para educadores, profissionais da saúde e gestores de políticas públicas**. São Paulo: [s.n.].

FAN, A. Z. et al. Drinking and driving among adults in the United States: Results from

the 2012–2013 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III Amy. **HHS Public Access**, p. 49–55, 2020.

FREITAS, M. G. DE; STOPA, S. R.; SILVA, E. N. DA. Consumption of alcoholic beverages in Brazil: estimation of prevalence ratios - 2013 and 2019. **Revista de saude publica**, v. 57, p. 17, 2023.

GARCIA, G. A. F. et al. The intersection race/skin color and gender, smoking and excessive alcohol consumption: Cross sectional analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 11, 2021.

GARCIA, L. P. et al. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 38, n. 5, p. 418–424, 2015.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. DE. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227–237, 2015.

GERALDO, R. M. et al. Filling out the race/skin color item in the patient identification form: aspects of its implementation in a university hospital. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3871–3880, 2022.

GRIGSBY, T. J. et al. Predictors of alcohol-related negative consequences in adolescents: A systematic review of the literature and implications for future research. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 1, p. 100–106, 2016.

GUIMARÃES, B. E. DE B. et al. Sistematização Da Produção Científica Sobre O Consumo Excessivo De Álcool Na População Adolescente E Jovem: Uma Revisão De Literatura. **Ciências da Saúde: desafios, perspectivas e possibilidades - Volume 3**, p. 322–341, 2021.

HAENYA, A. M. . et al. The association between racial and socioeconomic discrimination and two stages of alcohol use in blacks*. **Drug Alcohol Depend.**, v. 176, n. 1, p. 139–148, 2019.

HALLAL, P. C. et al. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1894–1900, 2003.

HARPER, A. E. Dietary guidelines for Americans. **The American journal of clinical nutrition**, v. 34, n. 1, p. 121–123, 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Questionário Pesquisa**

Nacional de Saúde. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento- 2019.

- IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça/corno Brasil: 2a edição. **Estudos e Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômicas**, v. 48, p. 16, 2022.
- KELLY, L. M.; SHEPHERD, B. F.; BECKER, S. J. Elevated risk of substance use disorder and suicidal ideation among Black and Hispanic lesbian, gay, and bisexual adults. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 226, p. 1–13, 2021.
- KLINGER, M.; SCHWARTZMAN, G.; MORAES, M. A. DE. Perfil da população adulta quanto ao consumo de álcool segundo dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) – São Paulo , nas edições 2012 / 2013 , 2014 e 2020 Profile of the adult . v. 19, p. 1–10, 2022.
- KRIEGER, N. et al. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. **American journal of preventive medicine**, v. 9, n. 6 Suppl, p. 82–122, 1993.
- LARANJEIRA, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.**, 2014.
- LEVINSON, D. et al. Binge drinking among young adults in an urban tertiary care emergency department in Israel. **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 6, n. 1, p. 1–7, 2017.
- LIPARI, R. N. et al. National Surveys on Drug Use and Health : Model-Based Estimated Totals (in Thousands) (50 States and the District of Columbia). **Annals of Family Medicine**, v. 54, n. 6, p. 9–17, 2020.
- LOBSTEIN, T. et al. World Obesity Atlas 2023. **World Obesity Federation**, n. March, p. 5–25, 2023.
- MACHADO, Í. E. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 408–422, 2017.
- MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção de doenças e agravos não transmissíveis em adolescentes segundo raça/cor: Pesquisa nacional de saúde do escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 247–259, 2017.
- MALTA, D. C. et al. Temporal trend in the prevalence of indicators related to driving a motor vehicle after alcohol consumption, between 2007 and 2018. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–12, 2020.

MALTA, D. C. et al. Convergence in alcohol abuse in brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: What population surveys show. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1–13, 2021.

MALTA, D. C. et al. Road traffic injuries and deaths and the achievement of UN Sustainable Development Goals in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study, 1990 to 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, n. Suppl I, p. 1–10, 2022.

MANGUEIRA, S. DE O. et al. Promoção Da Saúde E Políticas Públicas Do Álcool No Brasil: Revisão Integrativa Da Literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 157–168, 2014.

MARQUES, M. V. et al. Distribuição espacial das mortes atribuíveis ao uso de álcool no Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1, 2020.

MARTINOTTI, G. et al. Alcohol drinking patterns in young people: A survey-based study. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 14, p. 1889–1896, 2017.

MELLER, F. DE OLIVEIRA et al. Inequalities in risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: Vigitel, 2019. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 6, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados Vigitel**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cenário brasileiro das lesões de motociclistas no trânsito de 2011 a 2021. v. 54, 2023.

MONTEIRO, M. G. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 1, p. e2020000, 2020.

NASCIMENTO, A. DOS S. POLÍTICA DE CONTENÇÃO AO BEBER E DIRIGIR: 21 ANOS DE CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO. **6º Encontro Internacional de Política Social 13º Encontro Nacional de Política Social**, n. 2010, p. 1–15, 2018.

NIAA 2023. **Drinking Levels Defined | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism**. Disponível em: <[84](https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-</p>
</div>
<div data-bbox=)

alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>. Acesso em: 9 nov. 2020.

NIE, P. et al. Socioeconomic position and the health gradient in Cuba: Dimensions and mechanisms. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1–14, 2020.

NUNES, H. R. DE C.; MURTA-NASCIMENTO, C.; LIMA, M. C. P. Impact of the dry law on road traffic mortality in brazilian states: An interrupted time series analysis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1–13, 2021.

OLIVEIRA, C. W. L. et al. Analysis of gaps in alcohol policies in Brazil using the Pan American Health Organization’s Alcohol Policy Scoring. **International Journal of Drug Policy**, v. 97, p. 103322, 2021a.

OLIVEIRA, C. W. L. et al. Have countries offered the best data to the Pan American Health Organization? Evidence of potential inconsistencies found in a study on alcohol policies in Brazil. **Public Health**, v. 195, p. 39–41, 2021b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU | As Nações Unidas no Brasil**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/79061-negros-têm-maior-incidência-de-problemas-de-saúde-evitáveis-no-brasil-alerta-onu>>. Acesso em: 5 jun. 2023.

PNAD - CONTÍNUA. **Atenção Primária à Saúde 2022**. [s.l: s.n.].

PNS. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. [s.l: s.n.].

PNUD. **Relatório de desenvolvimento humano 2020 A próxima fronteira O desenvolvimento humano e o Antropoceno**. [s.l: s.n.].

RACHE, B.; ROSA, L.; ROCHA, R. A Saúde dos Estados em Perspectiva Comparada : Uma Análise dos Indicadores Estaduais do Portal IEPS Data. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)**, p. 1–6, 2022.

REICHENBACH, A. et al. **EUROPEAN REGIONAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2019**. [s.l: s.n.]. v. 561

RIBEIRO, L. S. et al. O hábito de beber e dirigir no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 115, 2022.

RIBEIRO, L. S.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência e fatores sociodemográficos associados ao beber pesado no Brasil: análises transversais da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

RIOS, P. A. A. et al. Factors associated with traffic accidents among drivers: Findings

from a population-based study. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 943–955, 2020a.

RIOS, P. A. A. et al. Fatores associados a acidentes de trânsito entre condutores de veículos: achados de um estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**, v. 25, n. 3, p. 943–955, 2020b.

SÁ DA SILVA, L. E. et al. Prevalence of heavy episodic drinking in the Brazilian adult population: National Health Survey 2013 and 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saude**, v. 31, n. Special Issue 1, p. 1–15, 2022.

SANTOS, T. M. B. et al. Implementation of the life in Traffic Program in 31 Brazilian municipalities. **Journal of Transport and Health**, v. 16, n. November 2019, 2020.

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | SESAB. **Saúde da População Negra | Sesab**. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-da-populacao-negra/>>. Acesso em: 5 maio. 2023.

SILVA, J. J. DA; BRUNO, M. A. P.; SILVA, D. B. D. N. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 40, n. 1, p. 138–160, 2020.

SILVA, N. N. DA et al. Access of the black population to health services: integrative review. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 4, p. e20180834, 2020.

SOUSA, N. F. DA S. et al. Social inequalities in the prevalence of indicators of active aging in the Brazilian population: National health survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. Suppl 2, 2019.

STOPA, S. R. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020315, 2020.

SU, J. et al. Racial Discrimination, Depressive Symptoms, Ethnic-Racial Identity and Alcohol Use among Black American College Students. **Psychol Addict Behav**, v. 14, n. 4, p. 535–562, 2021.

TRIACA, L. et al. Estilos de vida saudável e autoavaliação de saúde como boa: uma análise dos dados da PNS/2013. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 260–266, dez. 2017.

VARONA PÉREZ, P. et al. Tobacco and alcohol use in Cuban women. **MEDICC Review**, v. 13, n. 4, p. 38–44, 2011.

VIGITEL, M. DA et al. **VIGITEL BRASIL 2021 VIGITEL BRASIL 2021**. [s.l.: s.n.].

VINHOLES, D. B. et al. Association of workplace and population characteristics with prevalence of hypertension among Brazilian industry workers: A multilevel analysis. **BMJ Open**, v. 7, n. 8, 2017.

WENDT, A. et al. Time trend in inequalities in smoking and abusive alcohol consumption in Brazil's state capitals. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 4, p. 1–14, 2021.

WHITE, A. M. Gender differences in the epidemiology of alcohol use and related harms in the United States. **Alcohol Research: Current Reviews**, v. 40, n. 2, p. 1–13, 2020.

WHO. **boa prática Beber e Dirigir**. [s.l: s.n.].

WHO. **Global status report on road safety**. [s.l: s.n.]. v. 6

WHO et al. **Global status report on alcohol and health 2018**. [s.l: s.n.]. v. 65

WHO. **SAFER - alcohol control initiative**. Disponível em: <<https://www.who.int/initiatives/SAFER>>. Acesso em: 3 maio. 2023b.

WHO. guidelines on physical activity and sedentary behavior. **Sports Medicine and Health Science**, v. 3, n. 2, p. 115–118, 2020.

WHO. **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners**. GENEVA: [s.n.].

WILLIAMS, E. C. et al. Comparison of Substance Use Disorder Diagnosis Rates From Electronic Health Record Data With Substance Use Disorder Prevalence Rates Reported in Surveys Across Sociodemographic Groups in the Veterans Health Administration. **JAMA network open**, v. 5, n. 6, p. e2219651, jun. 2022.

WITBRODT, J. et al. Racial/Ethnic disparities in alcohol-related problems: Differences by gender and level of heavy drinking. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 6, p. 1662–1670, 2014.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – recorte das questões utilizadas para criação dos eventos e variáveis explicativas.

C12. O informante desta parte foi:

C012

1. A própria pessoa

2. Outro morador

C01201

3. Não morador

(Se idade >= 5, siga D1, caso contrário, passe D2a.)

Módulo D - Características de educação dos moradores

<p>D1. ____ sabe ler e escrever? D001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga D2a)</p>	<p>D2a. ____ frequenta escola ou creche? (Para C8<6) ou ____ frequenta escola? (Escola incluiu desde a pré-escola até o doutorado)? (Para C8>=6) D00201</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga D2b)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D8)</p>	<p>D2b. A escola que frequenta é da: D00202</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Rede privada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Rede pública</p> <p>(siga D3a)</p>															
<p>D3a. Qual é o curso que ____ frequenta? D00301</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> 1. Creche</td><td><input type="checkbox"/> 5. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental</td><td><input type="checkbox"/> 9. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2. Pré-escola</td><td><input type="checkbox"/> 6. Regular do ensino médio</td><td><input type="checkbox"/> 10. Mestrado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 3. Alfabetização de jovens e adultos</td><td><input type="checkbox"/> 7. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio</td><td><input type="checkbox"/> 11. Doutorado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 4. Regular do ensino fundamental</td><td><input type="checkbox"/> 8. Superior - graduação</td><td></td></tr></table> <p>(Se D3a = 1 a 3 ou 9 a 11, passe D15. Se D3a = 4 ao 7, passe D6. Se D3a = 8, passe D5a.)</p>			<input type="checkbox"/> 1. Creche	<input type="checkbox"/> 5. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental	<input type="checkbox"/> 9. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)	<input type="checkbox"/> 2. Pré-escola	<input type="checkbox"/> 6. Regular do ensino médio	<input type="checkbox"/> 10. Mestrado	<input type="checkbox"/> 3. Alfabetização de jovens e adultos	<input type="checkbox"/> 7. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio	<input type="checkbox"/> 11. Doutorado	<input type="checkbox"/> 4. Regular do ensino fundamental	<input type="checkbox"/> 8. Superior - graduação				
<input type="checkbox"/> 1. Creche	<input type="checkbox"/> 5. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental	<input type="checkbox"/> 9. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)															
<input type="checkbox"/> 2. Pré-escola	<input type="checkbox"/> 6. Regular do ensino médio	<input type="checkbox"/> 10. Mestrado															
<input type="checkbox"/> 3. Alfabetização de jovens e adultos	<input type="checkbox"/> 7. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio	<input type="checkbox"/> 11. Doutorado															
<input type="checkbox"/> 4. Regular do ensino fundamental	<input type="checkbox"/> 8. Superior - graduação																
<p>D5a. Esse curso que ____ frequenta é dividido em: D00501</p> <p>1. Períodos semestrais</p> <p>2. Anos</p> <p>3. Outra forma</p> <p>(siga D6)</p>	<p>D6. Se (D3a = 4) ou (D3a = 8 e D5a = 2 ou 3) Qual é o ano que ____ frequenta? D006</p> <p>Se D3a = 8 e D5a = 1: Qual é o semestre que ____ frequenta?</p> <p>Para os demais casos: Qual é a série que ____ frequenta?</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)</td><td><input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)</td><td><input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)</td><td><input type="checkbox"/> 10. Décimo</td><td><input type="checkbox"/> 13. Curso não classificado em séries ou anos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)</td><td><input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)</td><td><input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)</td><td><input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)</td><td><input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)</td><td><input type="checkbox"/> 9. Nona(o)</td><td><input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo</td><td></td></tr></table> <p>(Se D3a = 8 (Superior - graduação), siga D7. Se D3a = 4 ou 5 e D6 = 13, siga D6a. Caso contrário, passe D15)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)	<input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)	<input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)	<input type="checkbox"/> 10. Décimo	<input type="checkbox"/> 13. Curso não classificado em séries ou anos	<input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)	<input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)	<input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)	<input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro		<input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)	<input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)	<input type="checkbox"/> 9. Nona(o)	<input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo	
<input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)	<input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)	<input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)	<input type="checkbox"/> 10. Décimo	<input type="checkbox"/> 13. Curso não classificado em séries ou anos													
<input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)	<input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)	<input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)	<input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro														
<input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)	<input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)	<input type="checkbox"/> 9. Nona(o)	<input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo														

<p>D6a. Qual é a etapa do ensino fundamental que _____ frequenta? (Anos iniciais – do 1º ao 5º ano do ensino fundamental) (Anos finais – do 6º ao 9º ano do ensino fundamental)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Anos iniciais (1º segmento) D00601</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Anos finais (2º segmento) (passe D15)</p>	<p>D7. _____ já concluiu algum outro curso superior de graduação?</p> <p>D007</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe D11a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15)</p>	<p>D8. Anteriormente _____ frequentou escola ou creche? (Escola incluiu desde a pré-escola até o doutorado)</p> <p>D008</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga D9a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15)</p>
---	---	---

<p>D9a. Qual foi o curso mais elevado que _____ frequentou?</p> <p>D00901</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Creche</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Antigo ginásial (médio 1º ciclo)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do 2º grau</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Pré-escola</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Superior - graduação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Classe de alfabetização - CA</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do 1º grau</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Alfabetização de jovens e adultos</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Mestrado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Antigo primário (elementar)</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Regular do ensino médio ou do 2º grau</td> <td><input type="checkbox"/> 15. Doutorado</td> </tr> </table> <p>(Se D9a = 1 ou 2, passe D15. Se D9a = 3, 4, 13 ao 15, passe D14. Se D9a = 5 a 6, 8 ao 11, passe D12a. Se D9a = 7, siga D10. Se D9a = 12, passe D11a.)</p>			<input type="checkbox"/> 1. Creche	<input type="checkbox"/> 6. Antigo ginásial (médio 1º ciclo)	<input type="checkbox"/> 11. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do 2º grau	<input type="checkbox"/> 2. Pré-escola	<input type="checkbox"/> 7. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau	<input type="checkbox"/> 12. Superior - graduação	<input type="checkbox"/> 3. Classe de alfabetização - CA	<input type="checkbox"/> 8. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do 1º grau	<input type="checkbox"/> 13. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)	<input type="checkbox"/> 4. Alfabetização de jovens e adultos	<input type="checkbox"/> 9. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)	<input type="checkbox"/> 14. Mestrado	<input type="checkbox"/> 5. Antigo primário (elementar)	<input type="checkbox"/> 10. Regular do ensino médio ou do 2º grau	<input type="checkbox"/> 15. Doutorado
<input type="checkbox"/> 1. Creche	<input type="checkbox"/> 6. Antigo ginásial (médio 1º ciclo)	<input type="checkbox"/> 11. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do 2º grau															
<input type="checkbox"/> 2. Pré-escola	<input type="checkbox"/> 7. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau	<input type="checkbox"/> 12. Superior - graduação															
<input type="checkbox"/> 3. Classe de alfabetização - CA	<input type="checkbox"/> 8. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do 1º grau	<input type="checkbox"/> 13. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)															
<input type="checkbox"/> 4. Alfabetização de jovens e adultos	<input type="checkbox"/> 9. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)	<input type="checkbox"/> 14. Mestrado															
<input type="checkbox"/> 5. Antigo primário (elementar)	<input type="checkbox"/> 10. Regular do ensino médio ou do 2º grau	<input type="checkbox"/> 15. Doutorado															

<p>D10. A duração deste curso que _____ frequentou anteriormente era de:</p> <p>D010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 8 anos <input type="checkbox"/> 2. 9 anos (siga D12a)</p>	<p>D11a. Este curso que _____ frequentou anteriormente era dividido em:</p> <p>D01101</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Períodos semestrais <input type="checkbox"/> 2. Anos <input type="checkbox"/> 3. Outra forma (Se D7 = 1, passe D13a. Caso contrário, siga D12a)</p>
--	---

<p>D12a. Se (D9a = 7 e D10 = 2) OU (D9a = 12 e D11a = 2 ou 3) _____ concluiu, com aprovação, pelo menos o primeiro ano deste curso que frequentou? (Se D9a = 12 e D11a = 1) _____ concluiu, com aprovação, pelo menos o primeiro semestre deste curso que frequentou?</p> <p>Para os demais casos: _____ concluiu, com aprovação, pelo menos a primeira série deste curso que frequentou?</p> <p>D01201</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga D13a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15) <input type="checkbox"/> 3. Curso não classificado em séries ou anos (Se D9a = 7 ou 8, passe D13b. Caso contrário passe D14).</p>		
---	--	--

<p>D13a. D01301</p> <p>Se (D7 = 1 e D11a = 2 ou 3) ou (D9a = 7 e D10 = 2) ou (D9a = 12 e D11a = 2 ou 3) Qual foi o último ano que _____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? OU Se (D7 = 1 e D11a = 1) ou (D9a = 12 e D11a = 1) Qual foi o último semestre que _____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? Para os demais casos: Qual foi a última série que _____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Décimo(o)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro(o)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Nona(o)</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo(o)</td> </tr> </table> <p>(Se D7 = 1, passe D15. Caso contrário, siga D14)</p>				<input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)	<input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)	<input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)	<input type="checkbox"/> 10. Décimo(o)	<input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)	<input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)	<input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)	<input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro(o)	<input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)	<input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)	<input type="checkbox"/> 9. Nona(o)	<input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo(o)
<input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)	<input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)	<input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)	<input type="checkbox"/> 10. Décimo(o)												
<input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)	<input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)	<input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)	<input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro(o)												
<input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)	<input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)	<input type="checkbox"/> 9. Nona(o)	<input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo(o)												

<p>D13b. Qual foi a etapa do ensino fundamental que _____ frequentou? (Anos iniciais – da 1ª a 4ª série do ensino fundamental de 8 anos ou do 1º ao 5º ano do ensino fundamental de 9 anos) (Anos finais – da 5ª a 8ª série do ensino fundamental de 8 anos ou do 6º ao 9º ano do ensino fundamental de 9 anos)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Anos iniciais (1º segmento) (siga D13c)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Anos finais (2º segmento) (passe D14)</p> <p>D01302</p>	<p>D13c. _____ concluiu os anos iniciais deste curso que frequentou?</p> <p>D01303</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15 e impute 2 na D14.)</p>	<p>D14. _____ concluiu este curso que frequentou?</p> <p>D014</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (siga D15)</p>
--	--	---

<p>D15. O informante desta parte foi: D015</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa <input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Passe Módulo E.) D01501</p>		
--	--	--

Módulo E – Características de trabalho das pessoas 14 anos ou mais de idade

Ocupação

<p>E1. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E001 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E2)</p>	<p>E2. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em produtos, mercadorias, moradia, alimentação, treinamento ou aprendizado etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E002 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E3)</p>
<p>E3. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ____ fez algum bico ou trabalhou em alguma atividade ocasional remunerada durante pelo menos 1 hora? <i>(EXEMPLOS: Na semana de referência a pessoa pode ter preparado doces ou salgados para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço etc.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E003 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E4)</p>	<p>E4. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ____ ajudou durante pelo menos uma hora, sem receber pagamento, no trabalho remunerado de algum morador do domicílio ou de parente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E004 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E5)</p>
<p>E5. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ____ tinha algum trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastado? <i>(ATENÇÃO: Trabalho remunerado é aquele pelo qual a pessoa recebia dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, tais como moradia, alimentação, experiência profissional etc.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga E6a) E005</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe E22)</p>	<p>E6a. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), porque motivo ____ estava afastado desse trabalho? E006011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Férias, folga ou jornada de trabalho variável <input type="checkbox"/> 5. Afastamento do próprio negócio/empresa por motivo de gestação, doença, acidente etc., sem ser remunerado por instituto de previdência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Licença maternidade ou paternidade <input type="checkbox"/> 6. Fatores ocasionais (mau tempo, paralisação Nos serviços de transporte etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Licença remunerada por motivo de saúde ou acidente da própria pessoa <input type="checkbox"/> 7. Outro motivo (Especifique: <u> E 0060 10 </u>)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de licença remunerada (estudo, casamento, licença prêmio etc.)</p> <p>(Se E6a = 1, 2 ou 4, passe E11. Se E6a = 3, siga E8. Se E6a = 5 a 7, passe E10a.)</p>
<p>E8. A doença ou acidente foi relacionado ao trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim E008</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe E11)</p>	<p>E10a. Em 27 de julho de 2019 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que ____ estava afastado desse trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês E010010 E010012</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 mês a menos de 1 ano <input type="text"/> meses E010011 E010013</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos (1 ano e <input type="text"/> meses)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 anos ou mais <input type="text"/> anos</p> <p>(Se E10a = 1 ou (E10a = 2 e E010011 = 1 ao 3), siga E11. Caso contrário, passe E22.)</p>

Pessoas ocupadas

<p>E11. Quantos trabalhos ____ tinha na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência)? E011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um <input type="checkbox"/> 2. Dois <input type="checkbox"/> 3. Três ou mais</p> <p>(Se E11 = 1, siga para E12. Se E11 = 2 ou 3, leia o texto abaixo e siga E12.)</p>
--

As próximas perguntas são referentes ao trabalho principal.

Critério para definir trabalho principal:

- . normalmente trabalhava o maior número de horas.
- . recebia normalmente maior rendimento mensal.
- . trabalhava há mais tempo, contando até o dia 27 de julho de 2019 (último dia da semana de referência).

Trabalho principal

<p>E12. Qual era a ocupação (cargo ou função) que ____ tinha nesse trabalho?</p> <p>E01201 E01202</p> <p><input type="text"/></p> <p>Código (siga E14a)</p>

Pessoas não ocupadas - Procura de trabalho

E25. Até o dia 27 de julho de 2019 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que _____ estava sem qualquer trabalho e tentando conseguir trabalho?

ATENÇÃO: O tempo de procura deve ser contínuo. Se a pessoa teve qualquer trabalho ou parou de procurar por 2 semanas ou mais, comece a contar a partir da data que reiniciou a procura.

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês E025</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 mês a menos de 1 ano <input style="width: 40px;" type="text"/> meses E02501</p> | <p><input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos (1 ano e <input style="width: 40px;" type="text"/> meses) E02502</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 anos ou mais <input style="width: 40px;" type="text"/> anos E02503</p> |
| (siga E26) | |

E26. Se tivesse conseguido um trabalho _____ poderia ter começado a trabalhar na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência)?

1. Sim **E026** 2. Não
- (siga E26a)

E26a. No período de 28 de julho de 2018 a 20 de julho de 2019 (período de referência 358 dias), _____ trabalhou, por pelo menos 1 hora??

1. Sim **E02601** 2. Não
- (siga E28)

Outras formas de trabalho

Cuidado de pessoas

E28. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), _____ realizou tarefas de cuidados de moradores deste domicílio que eram crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidades especiais, tais como:

1. Auxiliar nos cuidados pessoais (alimentar, vestir, pentear, dar remédio, dar banho, colocar para dormir)? **E02801**
 1. Sim 2. Não
(siga E02802)
2. Auxiliar em atividades educacionais? **E02802**
 1. Sim 2. Não
(siga E02803)
3. Ler, jogar ou brincar? **E02803**
 1. Sim 2. Não
(siga E02804)
4. Monitorar ou fazer companhia dentro do domicílio? **E02804**
 1. Sim 2. Não
(siga E02805)
5. Transportar ou acompanhar para escola, médico, exames, parque, praça, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas? **E02805**
 1. Sim 2. Não
(siga E02806)
6. Outras tarefas de cuidados de moradores do domicílio? **E02806**
 1. Sim (Especifique: **E028061**) 2. Não

(Se E02801 ou E02802 ou E02803 ou E02804 ou E02805 ou E02806 = 1, siga E29. Caso contrário, passe ao E30)

E29. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), a qual (ais) morador (es) _____ dedicou esse (s) cuidado (s)?

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|----------------|
| Morador 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sim | <input type="checkbox"/> | 2. Não | E029001 |
| Morador 2 | <input type="checkbox"/> | 1. Sim | <input type="checkbox"/> | 2. Não | E029002 |
| Morador 3 | <input type="checkbox"/> | 1. Sim | <input type="checkbox"/> | 2. Não | E029003 |
| ... | | ... | | | |
| Morador 30 | <input type="checkbox"/> | 1. Sim | <input type="checkbox"/> | 2. Não | E029030 |

(siga E30)

E30. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), _____ cuidou de parentes que não moravam neste domicílio e que precisavam de cuidados (crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidades especiais)?

1. Sim

E030

2. Não

(siga E31)

Afazeres domésticos

E31. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), _____ fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como:

a. Preparar ou servir alimentos, arrumar a mesa ou lavar as louças? **E03101**

1. Sim

2. Não

(siga E03102)

b. Cuidar da limpeza ou manutenção de roupas e sapatos? **E03102**

1. Sim

2. Não

(siga E03103)

c. Fazer pequenos reparos ou manutenção do domicílio, do automóvel, de eletrodomésticos ou outros equipamentos? **E03103**

1. Sim

2. Não

(siga E03104)

d. Limpar ou arrumar o domicílio, a garagem, o quintal ou o jardim? **E03104**

1. Sim

2. Não

(siga E03105)

e. Cuidar da organização do domicílio (pagar contas, contratar serviços, orientar empregados etc.)? **E03105**

1. Sim

2. Não

(siga E03106)

f. Fazer compras ou pesquisar preços de bens para o domicílio? **E03106**

1. Sim

2. Não

(siga E03107)

g. Cuidar dos animais domésticos? **E03107**

1. Sim

2. Não

(siga E03108)

h. Outras tarefas domésticas? **E03108**

1. Sim (Especifique:

2. Não

_____ **E031081** _____)

(siga E32)

E32. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), _____ fez alguma tarefa doméstica em domicílio de parente?

1. Sim

E032

2. Não

Se (E02801 ou E02802 ou E02803 ou E02804 ou E02805 ou E02806 = 1) ou (E03101 ou E03102 ou E03103 ou E03104 ou E03105 ou E03106 ou E03107 ou E03108 = 1) ou E030 = 1 ou E032 = 1, siga E33. Caso contrário, passe E27.

E33. Quantas horas dedicava normalmente, por semana, às atividades de cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos?

E033

(Horas)

(siga E27)

OBS.: Contar *apenas uma vez o tempo em horas dedicado simultaneamente a mais de uma atividade*

E27. O informante desta parte foi:

E027

1. A própria pessoa

2. Outro morador

E02701

3. Não morador

(Passe Módulo F.)

O17a. Quem lhe prestou atendimento no local do acidente? **O01702**

1. SAMU

2. Bombeiros

3. Equipe de resgate do setor privado (particular ou convênio)

4. Equipe de resgate da concessionária da rodovia

5. Outro (Especifique O017021)

(siga O19)

O19. Por causa deste acidente de trânsito o(a) Sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais? **O019**

1. Sim

2. Não

(siga O20a)

O20a. O(a) Sr(a) tem alguma seqüela física permanente decorrente deste acidente de trânsito? **O02001**

1. Sim

2. Não

(Se E11 = 1 ao 3, siga O21. Caso contrário encerre o Módulo)

Entrevistador leia: Agora vamos perguntar sobre acidentes de trabalho

O21. Nos últimos doze meses o(a) Sr(a) se envolveu em algum acidente de trabalho (sem considerar os acidentes de trânsito e/ou de deslocamento para o trabalho)? **O02101**

1. Sim Quantos

2. Não **O021**

3. Não se aplica

(Se O21 = 1, siga O22a)(Se O21 = 2 ou 3, encerre Módulo O e passe Módulo P.)

O22a. Como consequência desse acidente de trabalho, o(a) Sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, etc.)? (Se houver mais de um, considere o mais grave) **O02201**

1. Sim

2. Não

(siga O23)

O23. Por causa deste acidente de trabalho, o(a) Sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais? (Se houver mais de um, considere o mais grave) **O023**

1. Sim

2. Não

(siga O24a)

O24a O(a) Sr(a) tem alguma seqüela física permanente decorrente desse acidente de trabalho? **O02401**

1. Sim

2. Não

(Encerre Módulo O)

Módulo P - Estilos de Vida

Entrevistador leia: Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física uso de bebidas alcoólicas e fumo.

P1a. O(a) Sr(a) sabe seu peso? **P00102**

1. Sim, qual?

P00103

Quilogramas

2. Não sabe / Não lembra

(siga P2a)

P2a. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez? **P00201**

1. Menos de uma semana

2. De uma semana até menos de um mês

3. De um mês até menos de três meses

4. De três meses até menos de seis meses

5. De seis meses ou mais

6. Nunca se pesou

(siga P4a)

P4a. O(a) Sr(a) sabe sua altura? **P00402**

1. Sim, qual?

P00403

Centímetros

2. Não sabe / Não lembra

(Se C006 = 1, passe P6a. Se C006 = 2, siga P5)

P5. A Sra está grávida no momento? **P005**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe

(siga P6a)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Agora vamos conversar sobre sua alimentação. Vou fazer algumas perguntas sobre alimentos que você consumiu ONTEM.
Vamos começar com alimentos naturais ou básicos.

P6a. Ontem, o(a) Sr(a) comeu:

a. Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde? P00601 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00602) <input type="checkbox"/> 2. Não	h. Abóbora, cenoura, batata doce ou quiabo/caruru? P00608 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00609) <input type="checkbox"/> 2. Não
b. Batata comum, mandioca/aipim/macaxeira, cará ou inhame? P00602 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00603) <input type="checkbox"/> 2. Não	i. Tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba? P00609 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00610) <input type="checkbox"/> 2. Não
c. Feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico? P00603 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00604) <input type="checkbox"/> 2. Não	j. Mamão, manga, melão amarelo ou pequi? P00610 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00611) <input type="checkbox"/> 2. Não
d. Carne de boi, porco, frango ou peixe? P00604 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00605) <input type="checkbox"/> 2. Não	k. Laranja, banana, maçã ou abacaxi?? P00611 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00612) <input type="checkbox"/> 2. Não
e. Ovo (frito, cozido ou mexido)? P00605 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00607) <input type="checkbox"/> 2. Não	l. Leite? P00612 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00613) <input type="checkbox"/> 2. Não
g. Alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre? P00607 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00608) <input type="checkbox"/> 2. Não	m. Amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará? P00613 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P6b) <input type="checkbox"/> 2. Não

Agora vou fazer perguntar sobre produtos industrializados consumidos

P6b. Ontem, o(a) Sr(a) tomou ou comeu:

a. Refrigerante? P00614 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00615) <input type="checkbox"/> 2. Não	f. Sorvete, chocolate, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada? P00619 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00620) <input type="checkbox"/> 2. Não
b. Suco de fruta em caixinha ou lata ou refresco em pó? P00615 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00616) <input type="checkbox"/> 2. Não	g. Salsinha, linguiça, mortadela ou presunto? P00620 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00621) <input type="checkbox"/> 2. Não
c. Bebida achocolatada ou iogurte com sabor? P00616 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00617) <input type="checkbox"/> 2. Não	h. Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer? P00621 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00622) <input type="checkbox"/> 2. Não
d. Salgadinho de pacote ou biscoito/bolacha salgado? P00617 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00618) <input type="checkbox"/> 2. Não	i. Margarina, maionese, ketchup ou outros molhos industrializados? P00622 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00623) <input type="checkbox"/> 2. Não
e. Biscoito/bolacha doce ou recheado ou bolo de pacote? P00618 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P00619) <input type="checkbox"/> 2. Não	j. Macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato congelado comprado pronto industrializado? P00623 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga P6) <input type="checkbox"/> 2. Não

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu hábito de consumo de alguns alimentos. Considere sempre o consumo médio desses alimentos

<p>P6. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão? P006</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana (siga P9a)</p>	<p>P9a. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? P00901</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana (Se P9a >= 5, siga P10a. Se P9a < 5, passe P11a)</p>
<p>P10a. Em geral, o(a) Sr(a) costuma comer esse tipo de verdura ou legume: P01001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Uma vez por dia (no almoço ou no jantar) <input type="checkbox"/> 3. Três vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Duas vezes por dia (no almoço ou no jantar) (siga P11a)</p>	<p>P11a. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito, bode, ovelha etc.)? P01101</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana (siga P13)</p>
<p>P13. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango/galinha? P013</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana (siga P15)</p>	<p>P15. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer peixe? P015</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana (siga P20a)</p>

P20a. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de caixinha/lata ou refresco em pó? **P02001**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(Se P20a>0, siga P21a. Se P20a = 0, passe P16a.)

P21a. Que tipo de suco de caixinha/lata ou refresco em pó o(a) Sr(a) costuma tomar? **P02101**

1. Diet/Light/Zero 2. Normal 3. Ambos

(siga P16a)

P16a. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de fruta natural (incluída a polpa de fruta congelada)? **P01601**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(siga P18)

P18. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas? **P018**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(Se P18 >= 5, siga P19. Se P18 < 5, passe P20b)

P19. Em geral, quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come frutas? **P019**

1. Uma vez por dia 3. Três vezes ou mais por dia
 2. Duas vezes por dia

(siga P20b)

P20b. Em quantos dia da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante? **P02002**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(Se P20b > 0, siga P21b. Se P20b = 0, passe P23)

P21b. Que tipo de refrigerante o(a) Sr(a) costuma tomar? **P02102**

1. Diet/Light/Zero 2. Normal 3. Ambos

(siga P23)

P23. Em quantos dia da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (de origem animal: vaca, cabra, búfala etc.) **P023**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(Se P23 > 0, siga P24a. Se P23 = 0, passe P25a)

P24a. Que tipo de leite o(a) Sr(a) costuma tomar? **P02401**

1. Desnatado ou semidesnatado 2. Integral 3. Os dois tipos

(siga P25a)

P25a. Em quantos dia da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces como biscoito/bolacha recheado, chocolate, gelatina, balas e outros? **P02501**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(siga P26b)

P26b. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma substituir a refeição do almoço por lanches rápidos como sanduíches, salgados, pizzas, cachorro quente etc.? **P02602**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
Dias

(siga P26a)

P26a. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é: (Leia as opções de resposta abaixo) **P02601**

1. Muito alto 4. Baixo
 2. Alto 5. Muito baixo
 3. Adequado

(siga P27)

Entrevistador leia: Vamos conversar agora sobre consumo de bebidas alcoólicas

P27. Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? **P027**

1. Não bebo nunca 2. Menos de uma vez por mês 3. Uma vez ou mais por mês
(Se P27 = 3, siga P28a. Se P27 = 2, passe P29. Se P27 = 1, passe P34)

P28a. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? **P02801**

Dias

0. Nunca ou menos de uma vez por semana

(siga P29)

P29. Em geral, no dia que o(a) Sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr(a) consome? (uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) **P029**

Doses

(siga P32a)

Entrevistador leia: Agora vou fazer algumas perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas no último mês

P32a. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) chegou a consumir cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião? (uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) **P03201**

1. Sim (siga P32b)

2. Não (Se O1a = 1 ou O2a = 1, siga P30a
Se O1a = 2 e O2a = 2, passe P33a)

P32b. Quando isso ocorreu, qual foi o número máximo de doses consumido em uma única ocasião? (uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada. Registre somente doses inteiras) **P03202**

Doses

(Se O1a = 1 ou O2a = 1, siga P30a. Se O1a = 2 e O2a = 2, passe P33a)

Entrevistador leia: Agora vamos conversar sobre consumo de bebidas alcoólicas nos últimos doze meses

P30a. Nos últimos doze meses, quando consumiu bebida alcoólica, o(a) Sr(a) dirigiu logo depois de beber? **P03001**

1. Sim (siga P33a) 2. Não

P33a. Nos últimos doze meses, quantas vezes o(a) Sr(a) deixou de trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, curso ou faculdade, fazer compras etc. porque bebeu demais? **P03301**

1. Nenhuma vez 4. Duas a três vezes por semana
 2. Uma vez por mês ou menos 5. Quatro ou mais vezes por semana
 3. Duas a quatro vezes por mês (siga P33b)

P33b. Nos últimos doze meses, quantas vezes, depois / após ter bebido, o(a) Sr(a) não conseguiu lembrar o que aconteceu? **P03302**

1. Nenhuma vez 4. Duas a três vezes por semana
 2. Uma vez por mês ou menos 5. Quatro ou mais vezes por semana
 3. Duas a quatro vezes por mês (siga P33c)

P33c. Nos últimos doze meses, algum parente, amigo ou profissional de saúde disse que você estava bebendo demais ou para você parar de beber? **P03303**

1. Não 2. Sim, em uma ocasião (siga P34) 3. Sim, em mais de uma ocasião

P34. Nos últimos doze meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia) **P034**

1. Sim (siga P35) 2. Não (Se E11 = 1 ao 3, passe P38. Caso contrário, passe ao P42.)

P35. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma (costumava) praticar exercício físico ou esporte? **P035**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana
(Se P35 > 0, siga P37. Se P35 = 0 e E11 = 1 ao 3, passe P38. Caso contrário, siga P42)

P37. Em geral, no dia que o(a) Sr(a) pratica (praticava) exercício físico ou esporte quanto tempo dura (durava) essa atividade?

P03701 P03702

Hqras

Mihutgs

(siga P36)

P36. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) pratica(praticava) com mais frequência? (Anotar apenas o primeiro citado) **P036**

<input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)	<input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/ <i>spinning/step/jump</i>	<input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta	<input type="checkbox"/> 14. Voleibol
<input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira	<input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica	<input type="checkbox"/> 11. Bicicleta ou bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> 15. Tênis
<input type="checkbox"/> 03. Corrida ou <i>cooper</i>	<input type="checkbox"/> 08. Ginástica localizada/pilates, alongamento ou ioga	<input type="checkbox"/> 12. Futebol	<input type="checkbox"/> 16. Aula de dança
<input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira	<input type="checkbox"/> 09. Natação	<input type="checkbox"/> 13. Basquetebol	<input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 05. Musculação			

P03601

(Se E11 = 1 ao 3, siga P38. Caso contrário, passe P42)

Entrevistador leia: Agora vamos conversar sobre atividades físicas que o(a) Sr(a) faz enquanto está trabalhando (As questões P38 a P41 são dirigidas às pessoas ocupadas)

P38. No seu trabalho, o(a) Sr(a) anda bastante a pé? **P038**

1. Sim (siga P39) 2. Não

P39. No seu trabalho, o(a) Sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso? **P039**

1. Sim (Se P38 = 1 ou P39 = 1, siga P39c. Se P38 = 2 e P39 = 2, passe P40) 2. Não

P39c. Em uma semana normal, em quantos dias, o(a) Sr(a) anda bastante a pé ou faz essas atividades pesadas ou que requerem esforço físico no seu trabalho?

P03904

Número de dias

(Se P39c > 0, siga P39d. Se P39c = 0, passe P40)

P39d. Em um dia normal, quanto tempo o(a) Sr(a) passa andando bastante a pé ou realizando essas atividades pesadas ou que requerem esforço físico no seu trabalho?

P03905 **P03906**

Horas Minutos

(siga P40)

P40. Para ir ou voltar do trabalho, o(a) Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? **P040**

1. Sim, todo o trajeto 2. Sim, parte do trajeto 3. Não

(Se P40 ≠ 3, siga P40a. Se P40 = 3, passe P42)

P40a. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? **P04001**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana

Dias

(Se P40a > 0, siga P41. Se P40a = 0, passe P42)

P41. Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta, por dia, para percorrer este trajeto a pé ou de bicicleta, considerando a ida e a volta do trabalho?

P04101 **P04102**

Horas Minutos

(siga P42)

Entrevistador leia: Agora vamos conversar sobre atividades físicas que o(a) Sr(a) faz nas suas atividades habituais

P42. Nas suas atividades habituais (tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém a algum curso, escola ou clube), quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou de bicicleta? (Exeto o trabalho) **P042**

0. Nunca ou menos de uma vez por semana

Dias

(Se P42 > 0, siga P43. Se P42 = 0, passe P44)

P43. No dia em que o(a) Sr(a) faz essa(s) atividades, quanto tempo o(a) Sr(a) gasta, no deslocamento a pé ou de bicicleta, considerando ida e volta?

P04301 **P04302**

Horas Minutos

(siga P44)

P44. Nas suas atividades domésticas, o(a) Sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada) **P044**

1. Sim (siga P44a) 2. Não (passe P45a)

P44a. Em uma semana normal, nas suas atividades domésticas, em quantos dias o(a) Sr(a) faz faxina pesada ou realiza atividades que requerem esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada)

P04401 Número de dias

(4c)

P44c. Quanto tempo gasta, por dia, realizando essas atividades domésticas pesadas ou que requerem esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada)

P04405 P04406
Horas Minutos
(siga P45a)

P45a. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma ficar assistindo televisão? P04501

1. Menos de uma hora 4. De três horas a menos de seis horas
 2. De uma hora a menos de duas horas 5. Seis horas ou mais
 3. De duas horas a menos de três horas 6. Não assisto televisão
(siga P45b)

P45b. Em um dia, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), o(a) Sr(a) costuma usar computador, *tablet* ou celular para lazer, tais como: utilizar redes sociais, para ver notícias, vídeos, jogar etc.?

P04502

1. Menos de uma hora 4. De três horas até menos de seis horas
 2. De uma hora até menos de duas horas 5. Seis horas ou mais
 3. De duas horas até menos de três horas 6. Não costuma usar computador, *tablet* ou celular no tempo livre
(siga P46)

Entrevistador leia: Agora vou fazer algumas perguntas sobre a existência de locais, perto de seu domicílio, para fazer atividades físicas.

P46. Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada, praia) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte? P046

1. Sim 2. Não
(siga P47a)

P47a. O(a) Sr(a) conhece algum programa público de estímulo à prática de atividade física no seu município? P04701

1. Sim (siga P48a) 2. Não (passe P50)

P48a. O(a) Sr(a) participa desse programa público de estímulo à prática de atividade física no seu município? P04801

1. Sim (passe P50) 2. Não (siga P49a)

P49a. Qual o principal motivo de não participar? P04902

1. Não é perto do meu domicílio 4. O espaço não é seguro / iluminado
 2. O horário de funcionamento do programa é incompatível com minhas atividades de trabalho ou domésticas 5. Problemas de saúde ou incapacidade física
 3. Não tem interesse nas atividades oferecidas 6. Outro (Especifique: P049021)

(siga P50)

Agora vamos conversar um pouco sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como cigarros de palha ou enrolados a mão, cigarros de cravo ou de Bali, cachimbos, cigarrilhas, narguilé ou cachimbos d'água etc. (Por favor, NÃO RESPONDA sobre produtos de tabaco que NÃO fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. NÃO CONSIDERE também, cigarros de maconha.)

<p>P50. Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco? P050</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente <input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente <input type="checkbox"/> 3. Não fumo atualmente</p> <p>(Se P50 = 1, passe P53. Se P50 = 2, siga P51. Se P50 = 3, passe P52.)</p>	<p>P51. E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco diariamente? P051</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe P53) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe P54)</p>	<p>P52. E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco? P052 (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente <input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente <input type="checkbox"/> 3. Não, nunca fumei</p> <p>(Se P52 = 1, siga P53. Se P52 = 2, passe P58. Se P52 = 3, passe P67.)</p>	<p>P53. Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar produto do tabaco diariamente? P053</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Anos</p> <p>(Se P52 = 1, passe P58. Caso contrário, siga P54.)</p>
---	---	--	--

P54. Em média, quantos dos seguintes produtos o(a) sr(a) fuma por dia ou por semana atualmente?

<p>a. Cigarros industrializados? P05401</p> <p style="text-align: center;">P05402</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(siga P54b)</p>	<p>b. Cigarros de palha ou enrolados a mão? P05404</p> <p style="text-align: center;">P05405</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(siga P54c)</p>
<p>c. Cigarros de cravo ou de Bali? P05407</p> <p style="text-align: center;">P05408</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">P05409</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(siga P54d)</p>	<p>d. Cachimbos (considere cachimbos cheios)? P05410</p> <p style="text-align: center;">P05411</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">P05412</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(siga P54e)</p>
<p>e. Charutos ou cigarrilhas? P05413</p> <p style="text-align: center;">P05414</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">P05415</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(siga P54f)</p>	<p>f. Narguilé (sessões)? P05416</p> <p style="text-align: center;">P05417</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">P05418</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(siga P54g)</p>
<p>g. Outro? (Especifique <u> P05420 </u>) P05419</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia Quantos por dia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana Quantos por semana <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(Se P50 = 1, siga P55. Se P50 = 2 e P54a ≠ 5, passe P56. Se P50 = 2 e P54a = 5, passe P59a.)</p>	

P55. Quanto tempo depois de acordar o(a) Sr(a) normalmente fuma pela primeira vez? **P055**

<input type="checkbox"/> 1. Até cinco minutos	<input type="checkbox"/> 3. De 31 a 60 minutos
<input type="checkbox"/> 2. De seis a 30 minutos	<input type="checkbox"/> 4. Mais de 60 minutos

(Se P54 item a = 5, passe P59a. Caso contrário, siga P56.)

Entrevistador leia: As próximas perguntas são referentes à última vez que o(a) Sr(a) comprou cigarros industrializados para consumo próprio.

P56. Na última vez em que o(a) Sr(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou? (Registre a quantidade e, quando necessário, registre os detalhes da unidade.) **P056**

UNIDADE	QUANTIDADE	DETALHE DA UNIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	DETALHE DA UNIDADE
<input type="checkbox"/> 1. Cigarros	P05601		<input type="checkbox"/> 3. Pacotes	P05604	P05605 Quantos maços havia em cada pacote
<input type="checkbox"/> 2. Maços	P05602	P05603	<input type="checkbox"/> 4. Nunca comprei cigarros para uso próprio		

(Se P56 = 1 ao 3, siga P57. Se P56 = 4, passe P59a.)

P57. No total, quanto o(a) Sr(a) pagou por essa compra? **P057**

R\$

(siga P57a)

P57a. Na última vez que comprou cigarros para uso próprio, qual marca de cigarros comprou? **P05701**

(inserir código da marca)

(passe P59a)

As próximas perguntas são sobre tentativas de parar de fumar

P58. Em média, quantos cigarros industrializados o(a) Sr(a) fumava por dia ou por semana? **P058**

P05801

1. Um ou mais por dia

Quantos por dia

4. Menos do que um por mês

2. Um ou mais por semana

P05802

Quantos por semana

5. Não fumava este produto

3. Menos que uma vez por semana

6. Não sabe

(siga P59)

P59. Há quanto tempo o(a) Sr(a) parou de fumar?

P05901 P05902 P05903 P05904

Anos

Meses

Semanas

Dias

(Se há menos de um ano, passe ao P59a. Se há um ano ou mais, passe ao P67.)

Entrevistador leia: As próximas perguntas são sobre tentativas de parar de fumar que o(a) Sr(a) fez nos últimos doze meses

P59a. Nos últimos doze meses, durante algum atendimento, por médico ou outro profissional de saúde, foi perguntado se o(a) Sr(a) fumava? **P05905**

1. Sim

3. Não passou por atendimento com profissional de saúde nos últimos doze meses

2. Não

(Se P59a = 1, siga P59b. Se P59a = 2 ou 3, e P52 = 1 ou 2, passe ao P61a. Caso contrário passe ao P60.)

P59b. Nos últimos doze meses, durante algum desses atendimentos, o(a) Sr(a) foi aconselhado a parar de fumar? **P05906**

1. Sim

(Se P52 = 1 ou 2, passe ao P61a. Caso contrário, siga P60.)

(Se P59b ignorado e (P52 = 1 ou 2), passe ao P61a. Caso contrário, siga P60.)

2. Não

P60. Durante os últimos doze meses, o(a) Sr(a) tentou parar de fumar?

P060

1. Sim (siga P61a)

2. Não (passe P67)

P61a. Durante os últimos doze meses, quando o(a) Sr(a) tentou parar de fumar, usou aconselhamento por profissional de saúde, incluindo unidades de saúde que oferecem tratamento para parar de fumar? **P06101**

1. Sim (siga P61b)

2. Não (passe P61d)

P61b. O(a) Sr(a) pagou algum valor por esse aconselhamento? **P06102**

1. Sim (siga P61c)

2. Não (passe P61d)

P61c. Esse aconselhamento foi feito pelo SUS? **P06103**

1. Sim

(siga P61d)

2. Não

P61d. Durante os últimos doze meses, quando o(a) Sr(a) tentou para de fumar, usou medicamento(s) que auxilia(m) as pessoas no processo de deixar de fumar, tais como: adesivo, pastilha, spray, inalador, goma de mascar, bupropiona, champix / vareniclina, nortriptilina, Clonidina etc.? **P06104**

1. Sim

(Se P61d = 1, siga P61e. Se P61d = 2 e P61a = 2, passe P63a. Se P61d = 2 e P61a = 1, passe P67)

2. Não

P61e. O(a) Sr(a) pagou algum valor por esse(s) medicamento(s)? **P06105**

1. Sim (siga P61f)

2. Não (passe P67)

P61f. Algum desses medicamentos foi obtido em serviço público de saúde? **P06106**

1. Sim, todos

2. Sim, alguns

3. Não, nenhum

(passe P67)

P63a. Durante os últimos doze meses, por que o(a) Sr(a) não usou nem aconselhamento nem medicamento para tentar parar de fumar? **P06302**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada | <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobria o tratamento |
| <input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande | <input type="checkbox"/> 7. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte |
| <input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu marcar | <input type="checkbox"/> 8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas |
| <input type="checkbox"/> 4. Não sabia quem procurar ou onde ir | <input type="checkbox"/> 9. Não quis/Estou tentando para sem ajuda de médico ou outro profissional de saúde |
| <input type="checkbox"/> 5. Estava com dificuldades financeiras | <input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique <u>P06303</u>) |

(passe P67)

Entrevistador leia: A próxima pergunta é sobre o uso de tabaco que não fazem fumaça, como fumo para mascar ou para aspirar **NÃO CONSIDERE** o uso de cocaína e outras drogas.

P67. ATUALMENTE, o(a) Sr(a) masca fumo, usa rapé ou algum outro produto do tabaco que não faz fumaça? **P067**

1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não usa

(siga P67a)

A próxima pergunta é sobre o uso de aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado, tais como cigarro eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo eletrônico para fumar ou vaporizar. **NÃO CONSIDERE** o uso de aparelhos eletrônicos em que são utilizados produtos diferentes da nicotina líquida ou folha de tabaco picado (e.g., maconha).

P67a. O(a) Sr(a) usa aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado (cigarro eletrônico, narguilê eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo Eletrônico para fumar ou vaporizar)? **P06701**

1. Sim, diariamente 3. Não, mas já usei no passado
2. Sim, menos do que diariamente 4. Nunca usei

(siga P68)

Entrevistador leia: As próximas perguntas são sobre fumo no domicílio e propagandas de cigarros

P68. Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio? **P068**

1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Mensalmente 4. Menos que mensalmente 5. Nunca

(siga P69)

P69. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de venda de cigarros? **P069**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga P69a)

P69a. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros na Internet, incluindo redes sociais (*Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, YouTube, Snapchat* etc.)? **P06901**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga P70a)

P70a. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) viu ou ouviu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar nos seguintes meios de comunicação?

a. Nos jornais ou revistas? **P07004**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga P07005)

b. Na televisão? **P07005**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga P07006)

c. No rádio? **P07006**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga P07007)

d. Na Internet, incluindo redes sociais (*Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, YouTube, Snapchat* etc.)?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga P71a)

P71a. Nos últimos trinta dias, viu alguma foto ou advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros? **P07101**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se P71a = 2 ou 3, encerre o Módulo P. Se P71a = 1 e P50 = 1 ou 2, siga P72. Se P71a = 1 e P50 = 3, encerre o Módulo P.)

P72a. Nos últimos trinta dias, as advertências nos maços de cigarro que o(a) Sr(a) viu o levaram a pensar em parar de fumar? **P07201**

1. Sim 2. Não

(Encerre o Módulo P)

Módulo Q - Doenças Crônicas

Q1a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) teve sua pressão arterial medida? **Q00101**

1. Menos de 6 meses 2. De 6 meses a menos de 1 ano 3. De 1 ano a menos de 2 anos 4. De 2 anos a menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca

(Se Q1a = 1 a 5, siga Q2a. Se Q1a = 6, passe ao Q29a.)

Q2a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00201**

1. Sim (Se Q2a = 1 e mulher, siga Q2b. Se Q2a = 1 e homem, siga Q3) 2. Não (Se Q2a = 2, passe Q29a)

Q2b. Essa hipertensão arterial (pressão alta) ocorreu apenas durante algum período de gravidez? **Q00202**

1. Sim (passe Q29a) 2. Não (siga Q3)

Q3. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? **Q003**

Anos 0. Menos de 1 ano

(siga Q4a)

Q4a. O(A) Sr(a) vai ao médico /serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00401**

1. Sim, regularmente 2. Não, só quando tem algum problema 3. Nunca vai ao médico para acompanhamento da hipertensão arterial

(Se Q4a = 2 ou 3, siga Q5a. Se Q4a = 1, passe Q5b)

Q5a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00502**

1. O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande 3. Tem dificuldades financeiras 4. Não acha necessário 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas 6. Não conseguiu marcar consulta pelo plano 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir 8. Não tem quem o(a) acompanhe 9. O serviço de saúde não tem médico ou não funciona regularmente 10. A pressão está controlada 11. Outro (Especifique: Q005021)

(siga Q5b)

Q5b. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para a hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00503**

1. Sim (siga Q6a) 2. Não (passe Q11a)

Q6a. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos para controlar a hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00601**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum

(Se Q6a = 1, passe Q8a. Se Q6a = 2 ou 3, siga Q6b)

Q6b. Qual o principal motivo para o(a) Sr(a) não ter tomado os medicamentos receitados para a hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00602**

<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde	<input type="checkbox"/> 5. Não tinha dinheiro para comprar
<input type="checkbox"/> 2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular"	<input type="checkbox"/> 6. Não achou necessário
<input type="checkbox"/> 3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 7. Não precisa mais tomar medicamentos Porque a pressão está controlada
<input type="checkbox"/> 4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos para comprar na farmácia	<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <u>Q006021</u>)

(Se Q6a = 2, siga Q8a. Se Q6a = 3, passe Q11a.)

Q8a. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no "Aqui tem farmácia popular"? **Q00801**

<input type="checkbox"/> 1. Sim, todos (passe Q10)	<input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns (siga Q9)	<input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum (siga Q9)
--	---	---

Q9. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no serviço público de saúde? **Q009**

<input type="checkbox"/> 1. Sim, todos	<input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns (siga Q10)	<input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum
--	--	---

Q10. O(a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? **Q010**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q11a)
---------------------------------	---

Q11a. Quando foi a última que (o) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da hipertensão arterial? **Q01101**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca

(Se Q11a = 1 a 4, siga Q12a. Se Q11a = 5 ou 6, passe Q28.)

Q12a. Na última vez que recebeu atendimento médico para hipertensão arterial, onde o(a) Sr(a) foi atendido? **Q01202**

<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
<input type="checkbox"/> 3. Policlínica pública, PAM (posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	<input type="checkbox"/> 8. No domicílio
<input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 9. Outro serviço (Especifique: <u>Q012021</u>)
<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público	(siga Q14)

Q14. O(a) Sr(a) pagou algum valor por este atendimento? **Q014**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q15)
---------------------------------	--

Q15. Esse atendimento foi feito pelo SUS? **Q015**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q16)	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe
---------------------------------	--	--------------------------------------

Q16. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? **Q016**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q17)
---------------------------------	--

Q17. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas? **Q017**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames
<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q18a)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Q18a. Em algum desses atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Orientações para manter uma alimentação saudável **Q018010**

1. Sim 2. Não

(siga Q018011)

e. Não fumar **Q018014**

1. Sim 2. Não

(siga Q018015)

b. Manter o peso adequado **Q018011**

1. Sim 2. Não

(siga Q018012)

f. Não beber em excesso **Q018015**

1. Sim 2. Não

(siga Q018016)

c. Ingerir menos sal **Q018012**

1. Sim 2. Não

(siga Q018013)

g. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q018016**

1. Sim 2. Não

(siga Q018017)

d. Praticar atividade física regular **Q018013**

1. Sim 2. Não

(siga Q018014)

h. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, *tai chi chuan, liang gong* ou alguma outra prática integrativa e complementar

1. Sim 2. Não

Q018017

(siga Q19a)

Q19a. Em algum desses atendimentos para hipertensão arterial foi pedido:

a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) **Q01910**

1. Sim 2. Não

a1. Realizou o exame? **Q019101**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q01911)

b. Exame de urina **Q01911**

1. Sim 2. Não

b1. Realizou o exame? **Q019111**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q01912)

c. Eletrocardiograma **Q01912**

1. Sim 2. Não

c1. Realizou o exame? **Q019121**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q01913)

d. Teste de esforço **Q01913**

1. Sim 2. Não

d1. Realizou o exame? **Q019131**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q22)

Q22. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista?

Q022

1. Sim

2. Não

3. Não houve encaminhamento, pois, todas as consultas para hipertensão foram com médico especialista

(Se Q22 = 1, siga Q23a. Se Q22 = 2 ou 3, passe Q26.)

Q23a. O(a) Sr(a) foi às consultas com o médico especialista?

Q02301

1. Sim, todas

2. Sim, algumas

3. Não, nenhuma

(siga Q26)

Q26. Alguma vez o(a) Sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação?

Q026

1. Sim (siga Q27a)

2. Não (passe Q28)

Q27a. Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?

Q02701

1. Menos de 6 meses

4. De 2 anos a menos de 3 anos

2. De 6 meses a menos de 1 ano

5. 3 anos ou mais

3. De 1 ano a menos de 2 anos

(siga Q28)

Q28. Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais (como trabalhar, estudar, realizar afazeres domésticos, etc)?

Q028

1. Não limita

4. Intensamente

2. Um pouco

5. Muito intensamente

3. Moderadamente

(siga Q29a)

Q29a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? **Q02901**

1. Menos de 6 meses 4. De 2 anos a menos de 3 anos

2. De 6 meses a menos de 1 ano 5. 3 anos ou mais

3. De 1 ano a menos de 2 anos 6. Nunca fez

(Se Q29a = 1 a 5, siga Q30a. Se Q29a = 6, passe Q59.)


Q30a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? **Q03001**

1. Sim (Se Q30a = 1 e mulher, siga Q30b. Se homem, passe Q31) 2. Não (Se Q30a = 2, passe Q59)

Q30b. Esse diabetes ocorreu apenas durante algum período da gravidez? **Q03002**

1. Sim (passe Q59). 2. Não (siga Q31)

Q31. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes? **Q031**

 0. Menos de 1 ano

(siga Q32a)

Q32a. O(a) Sr(a) vai ao médico /serviço de saúde regularmente para acompanhamento da diabetes? **Q03201**

1. Sim, regularmente 3. Nunca vai ao médico para acompanhamento do diabetes

2. Não, só quando tem algum problema

(Se Q32a = 1 passe Q33b. Se Q32a = 2 ou 3, siga Q33a)

Q33a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento do diabetes? **Q03302**

1. O local de atendimento é distante ou tem dificuldade de transporte 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas 9. O serviço de saúde não tem médico ou não funciona regularmente

2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande 6. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde 10. O diabetes está controlado

3. Dificuldades financeiras 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir 11. Outro(Especifique: **Q033021**)

4. Não acha necessário 8. Não tem quem o(a) acompanhe (siga Q33b)

Q33b. Algum médico já lhe receitou algum medicamento oral para o diabetes? **Q03303**

1. Sim (siga Q34c). 2. Não (passe Q38a1)

Q34c. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos orais para baixar o açúcar? **Q03403**

1. Sim, todos (passe Q36a) 2. Sim, alguns (siga Q34d) 3. Não, nenhum (siga Q34d)

Q34d. Qual o principal motivo para não ter tomado os medicamentos orais receitados para controlar o diabetes? **Q03404**

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde 5. Não tinha dinheiro para comprar

2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular" 6. Não achou necessário

3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte 7. Não precisa mais tomar medicamentos porque o diabetes está controlada

4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos para comprar na farmácia 8. Outro (Especifique: **Q034041**)

(Se Q34c = 2, siga Q36a. Se Q34c = 3, passe Q38a1)

Q36a. Algum dos medicamentos orais para diabetes foi obtido no "Aqui Tem Farmácia Popular"? **Q03403**

1. Sim, todos (passe Q38a) 2. Sim, alguns (siga Q37a) 3. Não, nenhum (siga Q37a)

Q37a. Algum dos medicamentos orais para diabetes foi obtido em serviço público de saúde? **Q03701**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns (siga Q38a) 3. Não, nenhum

Q38a. O(a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos orais para diabetes? **Q03801**

1. Sim 2. Não (siga 8a1)

Q38a1. Algum médico já lhe receitou insulina para controlar o diabetes? Q03802		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q38a3)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q39a)	
Q38a3. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, usou a insulina receitada na última prescrição? Q03803		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (passe Q38a5)	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q38a4)	
Q38a4. Qual o principal motivo de _____ não ter usado a insulina para controlar o diabetes? Q03804		
<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde	<input type="checkbox"/> 5. Não tinha dinheiro para comprar	
<input type="checkbox"/> 2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular"	<input type="checkbox"/> 6. Não achou necessário	
<input type="checkbox"/> 3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 7. Não precisa mais tomar porque o diabetes está controlado sem insulina	
<input type="checkbox"/> 4. Não conseguiu encontrar insulina para comprar na farmácia	<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <u>Q038041</u>)	
(passe Q39a)		
Q38a5. A insulina foi obtida no Aqui tem Farmácia Popular (PFP)? Q03805		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (passe Q38a7)	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q38a6)	
Q38a6. A insulina foi obtida em serviço público de saúde? Q03806		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
(siga Q38a7)		
Q38a7. O(a) Sr(a) pagou pela insulina para controlar o diabetes? Q03807		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
(siga Q39a)		
Q39a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa do diabetes? Q03901		
<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos	
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais	
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez	
(Se Q39a = 1 ao 4, siga Q40a. Se Q39a = 5 ou 6, passe Q58.)		
Q40a. Na última vez que recebeu atendimento médico para diabetes, onde o(a) Sr(a) foi atendido? Q04002		
<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado	
<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	
<input type="checkbox"/> 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	<input type="checkbox"/> 8. No domicílio	
<input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 9. Outro serviço (Especifique: <u>Q040021</u>)	
<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público		
(siga Q42)		
Q42. O(a) Sr(a) pagou algum valor por este atendimento?(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2) Q042		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
(siga Q43)		
Q43. Esse atendimento foi feito pelo SUS? Q043		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe/ Não lembra
(siga Q44)		
Q44. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? Q044		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
(siga Q45)		
Q45. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas? Q045		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames	
<input type="checkbox"/> 2. Não		
(siga Q46a)		

Q46a. Em algum desses atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Orientações para manter uma alimentação saudável **Q046011**

1. Sim 2. Não

(siga Q046012)

g. Evitar o consumo de açúcar, bebidas açucaradas e doces **Q046017**

1. Sim 2. Não

(siga Q046018)

b. Manter o peso adequado **Q046012**

1. Sim 2. Não

(siga Q046013)

h. Medir a glicemia em casa **Q046018**

1. Sim 2. Não

(siga Q046019)

c. Praticar atividade física regular **Q046013**

1. Sim 2. Não

(siga Q046014)

i. Examinar os pés regularmente **Q046019**

1. Sim 2. Não

(siga Q046020)

d. Não fumar **Q046014**

1. Sim 2. Não

(siga Q046015)

j. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, *tai chi chuan*, *liang gong* ou alguma outra prática integrativa e complementar

1. Sim 2. Não

(siga Q046021)

Q046020

e. Não beber em excesso **Q046015**

1. Sim 2. Não

(siga Q046016)

k. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q046021**

1. Sim 2. Não

(siga Q047a)

f. Diminuir o consumo da massas e pães **Q046016**

1. Sim 2. Não

(siga Q046017)

Q47a. Em algum desses atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?

a. Glicemia (açúcar no sangue) **Q04707**

1. Sim 2. Não

a1. Realizou o exame? **Q047071**

1. Sim

2. Não
(siga Q04708)

3. Não, mas está marcado

b. Hemoglobina glicada **Q04708**

1. Sim 2. Não

b1. Realizou o exame? **Q047081**

1. Sim

2. Não
(siga Q04709)

3. Não, mas está marcado

c. Curva glicêmica **Q04709**

1. Sim 2. Não

c1. Realizou o exame? **Q047091**

1. Sim

2. Não
(siga Q04710)

3. Não, mas está marcado

d. Exame de urina **Q04710**

1. Sim 2. Não

d1. Realizou o exame? **Q047101**

1. Sim

2. Não
(siga Q04711)

3. Não, mas está marcado

e. Colesterol e / ou triglicérides **Q04711**

1. Sim 2. Não

e1. Realizou o exame? **Q047111**

1. Sim

2. Não
(siga Q050)

3. Não, mas está marcado

Q50. Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tal como cardiologista, endocrinologista, nefrologista ou oftalmologista?

1. Sim

Q050

3. Não houve encaminhamento, pois, todas as consultas para diabetes foram com médico especialista

2. Não

(Se Q50 = 1, siga Q51a. Se Q50 = 2 ou 3, passe Q53a.)

Q51a. O(a) Sr(a) foi às consultas com médico especialista? **Q05101**

1. Sim, todas

2. Sim, algumas

3. Não, nenhum

(siga Q53a)

Q53a. Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila? **Q05301**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez

(siga Q54a)

Q54a. Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar sensibilidade ou presença de feridas ou irritações? **Q05401**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados

(siga Q55a)

Q55a. O(a) Sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?

a. Problemas na vista Q055011	d. Úlcera/ferida nos pés ou amputação de membros(pés, pernas,mãos ou braços) Q055014
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
(siga Q055012)	(siga Q055015)
b. Infarto ou AVC(Acidente Vascular cerebral) /derrame ou outro problema circulatório Q055012	e. Coma diabético Q055015
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
(siga Q055013)	(siga Q055016)
c. Problemas nos rins Q055013	f. Outro (Especifique: <u>Q0550161</u>) Q055016
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
(siga Q055014)	(siga Q056)

Q56. Alguma vez o(a) Sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação? **Q056**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q57a)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q58)
---	---

Q57a. Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação? **Q05701**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	

(siga Q58)

Q58. Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)? **Q058**

<input type="checkbox"/> 1. Não limita	<input type="checkbox"/> 4. Intensamente
<input type="checkbox"/> 2. Um pouco	<input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente
<input type="checkbox"/> 3. Moderadamente	

(siga Q59a)

Q59a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicerídeos? **Q05901**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez

(Se Q59a = 1 ao 5, siga Q60. Se Q59a = 6, passe Q63)

Q60. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto? **Q060**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q61)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q63a)
--	--

Q61. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto? **Q061**

<input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano
--

(siga C a)

Q62a. Em algum atendimentos para colesterol alto, o médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Manter uma alimentação saudável **Q06207**

1. Sim 2. Não
(siga Q06208)

d. Tomar medicamentos **Q06210**

1. Sim 2. Não
(siga Q06211)

b. Manter o peso adequado **Q06208**

1. Sim 2. Não
(siga Q06209)

e. Não fumar **Q06211**

1. Sim 2. Não
(siga Q06212)

c. Praticar atividade física regular **Q06209**

1. Sim 2. Não
(siga Q06210)

f. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q06212**

1. Sim 2. Não
(siga Q063a)

Q63a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? **Q06306**

1. Sim 2. Não

(Se Q063 = 2, passe Q68. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

a. Infarto **Q06307**

1. Sim 2. Não
(siga Q06308)

d. Arritmia **Q06310**

1. Sim 2. Não
(siga Q063011)

b. Angina **Q06308**

1. Sim 2. Não
(siga Q06309)

e. Outra (Especifique: **Q06312** **Q06311**)

1. Sim 2. Não
(siga Q064)

c. Insuficiência cardíaca **Q06309**

1. Sim 2. Não
(siga Q06310)

Q64. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração? **Q064**

Anos

0. Menos de 1 ano
(siga Q065a)

Q65a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?

a. Dieta **Q06506**

1. Sim 2. Não
(siga Q06507)

c. Tomar medicamentos regularmente **Q06508**

1. Sim 2. Não
(siga Q06509)

b. Praticar atividade física regular **Q06507**

1. Sim 2. Não
(siga Q06508)

d. Faz acompanhamento regular com um profissional de saúde **Q06509**

1. Sim 2. Não
(siga Q066a)

Q66a. O(a) Sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou cateterismo com colocação de stent ou angioplastia? **Q06601**

1. Sim 2. Não
(siga Q067)

Q67. Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)? **Q067**

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente
(siga Q068)

Q68. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame? **Q068**

1. Sim (siga Q70) 2. Não (passe Q74)

Q70. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do derrame (ou AVC)? **Q070**

Anos

0. Menos de 1 ano
(siga Q072a)

Q77h. O (a) Sr(a) pagou algum valor pelos aerossóis (bombinha) para asma? Q07711

1. Sim 2. Não

(siga Q078)

Q78. Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? Q078

1. Não limita 4. Intensamente

2. Um pouco 5. Muito intensamente


3. Moderadamente

(siga Q079)

Q79. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo? Q079

1. Sim (siga Q80) 2. Não (passe Q84)

Q80. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite ou reumatismo? Q080

 Anos

(siga Q081a) 0. Menos de 1 ano

Q81a. Em algum dos atendimentos para artrite ou reumatismo, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Praticar atividade física regular Q08107

1. Sim 2. Não

(siga Q08108)

b. Fazer fisioterapia Q08108

1. Sim 2. Não

(siga Q08109)

c. Usar medicamentos ou injeções Q08109

1. Sim 2. Não

(siga Q08110)

d. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, *tai chi chuan* ou alguma outra prática integrativa e complementar Q08110

1. Sim 2. Não

(siga Q08111)

e. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde Q08111

1. Sim 2. Não

(siga Q082)

Q82. O (a) Sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite ou reumatismo? Q082

1. Sim 2. Não

(siga Q083)

Q83. Em geral, em que grau a artrite ou reumatismo limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? Q083

1. Não limita 4. Intensamente

2. Um pouco 5. Muito intensamente


3. Moderadamente

(siga Q084)

Q84. O(a) Sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco? Q084

1. Sim (siga Q85) 2. Não (passe Q88)

Q85. Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou o problema de coluna? Q085

 Anos

(siga Q086a) 0. Menos de 1 ano

Q86a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?

a. Praticar exercícios regularmente Q08607

1. Sim 2. Não

(siga Q08608)

b. Fazer fisioterapia Q08608

1. Sim 2. Não

(siga Q08609)

c. Usa medicamentos ou injeções Q08609

1. Sim 2. Não

(siga Q08610)

d. Faz uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, *tai chi chuan* ou alguma outra prática integrativa e complementar Q08610

1. Sim 2. Não

(siga Q08611)

e. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde Q08611

1. Sim 2. Não

(siga Q087)

Q87. Em geral, em que grau o problema de coluna limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q087**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Não limita | <input type="checkbox"/> 4. Intensamente |
| <input type="checkbox"/> 2. Um pouco | <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente |
| <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente | (siga Q088) |

Q88. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de DORT (*distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho*)? **Q088**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q89a) | <input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q92) |
|---|---|

Q89a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de DORT? **Q08901**

Anos

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano |
| (siga Q090a) |

Q90a. Em algum dos atendimentos para DORT, algum médico ou profissional de saúde lhe deu algumas dessas recomendações?

a. Praticar atividade física regularmente **Q09007**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| (siga Q09008) | |

d. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, Yoga, *Tai chi chuan* ou alguma outra prática integrativa e complementar

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | Q09010 |
| (siga Q09011) | | |

b. Fazer fisioterapia **Q09008**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| (siga Q09009) | |

e. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q09011**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| (siga Q091) | |

c. Usar medicamentos ou injeções **Q09009**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| (siga Q09010) | |

Q91. Em geral, em que grau o DORT limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q091**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Não limita | <input type="checkbox"/> 4. Intensamente |
| <input type="checkbox"/> 2. Um pouco | <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente |
| <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente | (siga Q092) |

Q92. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão? **Q092**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q92a) | <input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q110a) |
|---|---|

Q92a. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para depressão? **Q09201**

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 3. Não Sabe / Não Lembra |
| (siga Q92b) | | |

Q92b. Nas duas últimas semanas o(a) Sr(a) usou algum medicamento para depressão? **Q09202**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos | <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum |
| <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns | <input type="checkbox"/> 4. Não sabe / Não respondeu |
| (siga Q093a) | |

Q93a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão? **Q09301**

Anos

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano |
| (siga Q094a) |

Q94a. O(a) Sr(a) vai ao médico / serviço de saúde regularmente por causa da depressão ou só quando tem algum problema? **Q094**

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 3. Nunca vai |
| <input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema | |
| (Se Q94a = 1, passe Q96a. Se Q094a = 2 ou 3, siga Q95a) | |

Q95a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico / serviço de saúde regularmente por causa da depressão? **Q09502**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Não está mais deprimido | <input type="checkbox"/> 4. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande | <input type="checkbox"/> 7. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde |
| <input type="checkbox"/> 2. O serviço de saúde é distante ou tem dificuldades de transporte | <input type="checkbox"/> 5. Tem dificuldade financeiras | <input type="checkbox"/> 8. Não sabe quem procurar ou aonde ir |
| <input type="checkbox"/> 3. Não tem ânimo | <input type="checkbox"/> 6. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas | <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: Q095021) |
| (siga Q09502) | | |

Q96a. Quais tratamentos o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da depressão?

a. Faz psicoterapia **Q09605**

1. Sim 2. Não

(siga Q09606)

c. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan, liang long ou alguma outra prática integrativa e complementar

1. Sim 2. Não

Q09607

(Se Q9606 = 2, passe Q101a. Caso contrário, siga Q98)

b. Toma medicamentos **Q09606**

1. Sim 2. Não

(siga Q09607)

Q98. Algum dos medicamentos para depressão foi obtido em serviço público de saúde?

Q098

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum

(siga Q100)

Q100. O (a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos?

Q100

1. Sim 2. Não

(siga Q101a)

Q101a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da depressão?

Q10101

1. Menos de 6 meses 4. De 2 anos a menos de 3 anos
 2. De 6 meses a menos de 1 ano 5. 3 anos ou mais
 3. De 1 ano a menos de 2 anos 6. Nunca recebeu

(Se Q101a = 1 ao 4, siga Q102a. Se Q101a = 5 ou 6, passe Q109)

Q102a. Na última vez que recebeu assistência médica para depressão, onde o(a) Sr(a) foi atendido?

Q010202

1. Farmácia 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
3. Policlínica pública, PAM (posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público 8. No domicílio
4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público 9. Outro (Especifique: Q010 2021)
5. Ambulatório de hospital público

(siga Q104)

Q104. O (a) Sr(a) pagou algum valor por esse atendimento? (Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)?

1. Sim 2. Não

Q104

(siga Q105)

Q105. Esse atendimento foi feito pelo SUS?

Q105

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga Q106)

Q106. Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para algum acompanhamento com profissional de saúde mental, como psiquiatra ou psicólogo?

1. Sim 3. Não houve encaminhamento, pois, todas as consultas para depressão foram com profissional de saúde mental
 2. Não

Q106

(Se Q106 = 1, siga Q107a. Se Q106 = 2 ou 3, passe Q109.)

Q107a. O (a) Sr(a) conseguiu ir às consultas com profissional especialista de saúde mental?

Q10701

1. Sim, todas 2. Sim, algumas 3. Não nenhuma

(siga Q109)

Q109. Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)?

Q109

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente

(siga Q110a)

Q110a. Algum médico ou profissional de saúde (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) etc.?

Q11006

1. Sim 2. Não

(Se Q110a = 2, passe Q116a. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

a. Esquizofrenia Q11007

1. Sim 2. Não

(siga Q11008)

c. TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) Q11009

1. Sim 2. Não

(siga Q11010)

b. Transtorno bipolar Q11008

1. Sim 2. Não

(siga Q11009)

d. Outro (Especifique: Q110101) Q11010

1. Sim 2. Não

(siga Q111)

Q111. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?

Q111

Anos

0. Menos de 1 ano
(siga Q112a)

Q112a. O(a) Sr(a) visita o médico / serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental ou só quando tem algum problema? Q11201

1. Sim 3. Não, só quando tenho algum problema
 2. Não (siga Q114a)

Q114a. Quais tratamentos o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença mental.?

a. Faz psicoterapia Q11405

1. Sim 2. Não

(siga Q11406)

c. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan ou alguma outra prática integrativa e complementar Q11407

1. Sim 2. Não

(siga Q11408)

b. Usa medicamentos ou injeções Q11406

1. Sim 2. Não

(siga Q11407)

d. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde Q11408

1. Sim 2. Não

(siga Q115)

Q115. Em geral, em que grau essa(s) doença(s) mental(is) limitam(m) as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? Q115

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente (siga Q116a)

Q116a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma outra doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Q11604

1. Sim 2. Não

(Se Q116a = 2, passe Q120. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

a. Enfisema pulmonar Q11605

1. Sim 2. Não

(siga Q11606)

c. Outro (Especifique: Q11607) Q11608

1. Sim 2. Não

(siga Q117a)

b. Bronquite crônica Q11606

1. Sim 2. Não

(siga Q11607)

Q117a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico dessa(s) doença(s) no pulmão? Q11701

0. Menos de 1 ano
(siga Q118a)

Q118a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?

a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos) Q11806

1. Sim 2. Não

(siga Q11807)

c. Fisioterapia respiratória Q11808

1. Sim 2. Não

(siga Q11809)

b. Usa oxigênios Q11807

1. Sim 2. Não

(siga Q11808)

d. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde Q11809

1. Sim 2. Não

(siga Q119)

Q119. Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q119**

1. Não limita 4. Intensamente

2. Um pouco 5. Muito intensamente

3. Moderadamente

(siga Q120)

Q120. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de câncer? **Q120**

1. Sim (siga Q121a) 2. Não (passe Q124)

Q121a. Foi um diagnóstico de câncer de pele? **Q12102**

1. Sim (siga Q121b) 2. Não (passe Q121c)

Q121b. O câncer de pele diagnosticado foi do tipo melanoma? **Q12103**

1. Sim 2. Não 3. Não sei

(siga Q121c)

Q121c. O(a) Sr(a) tem ou teve diagnóstico de outro câncer?

<p>a. Pulmão Q12104</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q12105)</p> <p>b. Cólon e reto (intestino) Q12105</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q12106)</p> <p>c. Estômago Q12106</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q12107)</p> <p>d. Mama (só para mulheres) Q12107</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q12108)</p> <p>e. Colo de útero (só para mulheres) Q12108</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q12109)</p> <p>f. Próstata (só para homens) Q12109</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121010)</p> <p>g. Boca, Orofaringe ou Laringe Q121010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121011)</p>	<p>h. Bexiga Q121011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121012)</p> <p>i. Linfoma ou leucemia Q121012</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121013)</p> <p>j. Cérebro Q121013</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121014)</p> <p>k. Ovário (só para mulheres) Q121014</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121015)</p> <p>l. Tireoide Q121015</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q121016)</p> <p>m. Outro (Especifique: Q121017) Q121016</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q12103 = 1 ou Q12104 = 1 ou Q12105 = 1 ou Q12106 = 1 ou Q12107 = 1 ou Q12108 = 1 ou Q12109 = 1 ou Q121010 = 1 ou Q121011 = 1 ou Q121012 = 1 ou Q121013 = 1 ou Q121014 = 1 ou Q121015 = 1 ou Q121016 = 1), siga Q122a. Caso contrário, passe Q124.)</p>
--	--

Q122a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de câncer (exceto o câncer de pele não melanoma)? **Q12201**

0. Menos de 1 ano

(siga Q123a)

Q123a. Em geral, seu tratamento, ou algum problema provocado pelo câncer, limita as suas atividades profissionais ou habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q12301**

1. Não limita 4. Intensamente

2. Um pouco 5. Muito intensamente

3. Moderadamente

(siga Q124)

Q124. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica? **Q124**

1. Sim (siga Q125) 2. Não (passe Q128)

Q125. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de insuficiência renal crônica? **Q125**

0. Menos de 1 ano

(siga Q125a)

Q125a. O(a) Sr(a) fez transplante de rim, por causa da insuficiência renal crônica?

1. Sim 2. Não

(siga Q126a)

Q126a. O que o(a) Sr(a) faz por causa da insuficiência renal crônica?

a. Toma medicamentos **Q12607**

1. Sim 2. Não

(siga Q12608)

c. Diálise peritoneal **Q12609**

1. Sim 2. Não

(siga Q12610)

b. Hemodiálise **Q12608**

1. Sim 2. Não

(siga Q12609)

d. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde **Q12610**

1. Sim 2. Não

(siga Q127)

Q127. Em geral, em que grau a insuficiência renal crônica limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)?

Q127

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente

(siga Q128)

Q128. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica (física ou mental), ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?

Q128

1. Sim 2. Não

(siga Q132)

Q132. Nas últimas duas semanas, o(a) Sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir? **Q132**

1. Sim (siga Q133) 2. Não (Encerre o Módulo Q. Se mulher, passe ao Módulo R. Se homem, passe ao Módulo U)

Q133. Nas últimas duas semanas, por quantos dias usou o medicamento para dormir?

Q133

--	--

Dias

(siga Q134)

Q134. O medicamento que o(a) Sr(a) usa(usou) para dormir foi receitado por médico?

Q134

1. Sim 2. Não

(Encerre o Módulo Q. Se mulher, passe Módulo R. Se homem, passe Módulo U)

Módulo R – Saúde da Mulher (Mulheres de 15 anos ou mais de idade)

Vamos fazer perguntas sobre a sua saúde e exames preventivos

R1a. Quando foi a última vez que a Sra fez um exame preventivo para câncer de colo do útero? **R00101**

1. Há menos de 1 ano 4. Há 3 anos ou mais
2. De 1 ano a menos de 2 anos 5. Nunca fez
3. De 2 anos a menos de 3 anos

(Se R1a = 1 ao 3, passe R4. Se R1a = 4 ou 5, siga R2a.)

R2a. Qual o principal motivo da Sra não ter feito um exame preventivo nos últimos três anos?

R002010

1. Nunca teve relações sexuais 8. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte
 2. Não acha necessário 9. O horário de funcionamento do serviço era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas
 3. Tem vergonha 10. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde
 4. Não foi orientada para fazer o exame 11. Esta marcado, mas ainda não realizou
 5. Não sabe quem procurar ou aonde ir 12. Fez cirurgia de retirada do útero / histerectomia
 6. Tem dificuldades financeiras 13. Outro (Especifique: **R0020101**)
 7. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande

(Se R1a = 5, passe R13. Se R1a = 4, siga R4)