

Elaine Fernandes Viellas

Equivalência de mensuração das versões em português dos instrumentos *CAGE*, *T-ACE* e *TWEAK* utilizados para rastrear consumo abusivo de álcool em mulheres grávidas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Michael E. Reichenheim
Co-orientadora: Claudia Leite Moraes

Rio de Janeiro

2003

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**EQUIVALÊNCIA DE MENSURAÇÃO DAS VERSÕES EM PORTUGUÊS
DOS INSTRUMENTOS *CAGE*, *T-ACE* E *TWEAK*
UTILIZADOS PARA RASTREAR CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL
EM MULHERES GRÁVIDAS**

ELAINE FERNANDES VIELLAS

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde
Coletiva – área de concentração em Epidemiologia
do Instituto de Medicina Social da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

**ORIENTADOR: MICHAEL EDUARDO REICHENHEIM
CO-ORIENTADORA: CLAUDIA LEITE MORAES**

**RIO DE JANEIRO
2003**

ELAINE FERNANDES VIELLAS

EQUIVALÊNCIA DE MENSURAÇÃO DAS VERSÕES EM PORTUGUÊS
DOS INSTRUMENTOS *CAGE*, *T-ACE* E *TWEAK*
UTILIZADOS PARA RASTREAR CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL
EM MULHERES GRÁVIDAS

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva,
Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área
de concentração em Epidemiologia do Instituto de
Medicina Social da Universidade do Estado do Rio
de Janeiro.

Aprovada em 10 de abril de 2003

BANCA EXAMINADORA

Prof. José Ueleres Braga
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Evandro S. F. Coutinho
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Maria do Carmo Leal
Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2003

Ao meu marido Marcelo, por todo o amor que tem me dedicado.

Aos meus pais, Ubirajara e Magna, pela educação oferecida e por tudo que puderam me mostrar e ensinar nesta vida.

A Deus, pela família que tenho

AGRADECIMENTOS

Ao professor Michael Eduardo Reichenheim, por todos os ensinamentos, pela compreensão, pelos incentivos constantes e exemplo de profissional e mestre;

A professora Claudia Leite Moraes, pela confiança que sempre depositou na realização desta dissertação, por sempre estar presente nos momentos mais desesperadores do trabalho e por todo apoio e dedicação demonstrados;

Ao meu marido Marcelo Oliveira, pela paciência, apoio e compreensão, sem o qual nada disto teria sido possível;

A minha querida mãe, Magna Viellas, por tudo o que fez para poder me oferecer um futuro melhor;

As minhas irmãs, Elisabeth e Eliane, por tornarem possível a minha caminhada até aqui.

Aos amigos Armando Cypriano, Claudia March, Mônica Mascarenhas e Cintia Pinho, pelo incentivo fundamental à conclusão do Mestrado e por todo carinho demonstrado nestes anos de convivência;

A todos aqueles que participaram da fase de coleta de dados do estudo principal, pelo trabalho dedicado e carinhoso;

Às mulheres vítimas de maus tratos e usuárias de bebidas alcoólicas, pela valiosa participação neste trabalho;

Aos professores do Instituto de Medicina Social da UERJ, pelo profissionalismo e conhecimentos adquiridos;

Aos amigos de turma do mestrado, pela colaboração incansável e tão preciosa;

Aos colegas da secretaria do IMS/UERJ, pela ajuda dedicada em alguns momentos;

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pela bolsa de estudo fornecida;

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

“Cultivemos o hábito de olhar à nossa volta com olhos de ver, ouvidos de ouvir, e coração pleno de ternura, capaz de movimentar nossas mãos na direção do sofrimento alheio, para socorrer quem padece mais que nós”.

Allan Kardec

APRESENTAÇÃO

A dissertação se insere no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF). O PIEVF faz parte do Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI), sediado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. As investigações em andamento no Núcleo se complementam e se articulam visando contribuir para construção de estratégias de prevenção e controle da violência no Brasil. Os estudos enfocam desde a violência ligada ao tráfico de drogas àquelas de caráter privado como a violência contra a criança, mulher e idoso no âmbito da família.

Atualmente o PIEVF concentra vertentes de atividades que abordam a violência familiar em diferentes perspectivas. Uma das vertentes trata a violência familiar como fator de propensão a efeitos deletérios à saúde da criança. Outra procura englobar os estudos sobre a violência familiar no âmbito dos serviços de saúde. Há ainda vertentes que são desenvolvidas em consonância com as necessidades metodológicas e processuais das investigações principais. Estas, por sua vez, procuram abordar questões sobre validade, confiabilidade e adaptação trans-cultural dos instrumentos utilizados na aferição da violência familiar e domínios afins, tais como, alcoolismo, uso de drogas e suporte social (Reichenheim, 1999). Este projeto está inserido nesta última vertente de atividades do PIEVF, sendo um dos vários sub-projetos aninhados ao estudo sobre violência familiar na gestação como um fator de propensão a prematuridade do recém-nascido (Moraes, 2001).

Muito se tem discutido a respeito do uso prejudicial de álcool pela gestante. No entanto, poucos estudos examinam as relações familiares como um dos seus determinantes. A literatura sugere que as famílias onde se encontram as gestantes usuárias ou dependentes do álcool sejam também aquelas famílias que possuem mais problemas em suas relações intrafamiliares, dentre estes, a violência familiar (Hillard, 1985; Campbell et al., 1992; Stewart & Cecutti, 1993; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997; Jasinski & Williams, 1998).

Como será descrito ao longo da dissertação tanto os estudos sobre abuso e dependência de álcool, como os que discutem as conseqüências da violência familiar na saúde materno-infantil identificam a heterogeneidade dos métodos de aferição utilizados e a insuficiência de pesquisas abordando a qualidade dos mesmos como alguns dos principais entraves ao crescimento do conhecimento nas respectivas áreas. A

necessidade de rigor em todo o processo de aferição, incluindo a elaboração de novos instrumentos de aferição mais sensíveis e específicos ou o aprimoramento dos já habitualmente utilizados, é enfatizada na literatura da área de epidemiologia (Moser & Kalton, 1984; Streiner & Norman, 1989; Reichenheim & Moraes, 1998). Entretanto, o esforço demandado na construção e avaliação de novas ferramentas diagnósticas e a perda de comparabilidade externa quando não se utiliza instrumental comum instigam a opção pelos já existentes desde que previamente validados e adaptados aos diferentes contextos sócio-culturais.

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo principal avaliar a equivalência de mensuração entre os originais concebidos em inglês e as versões propostas em português de três instrumentos rastreadores do abuso e dependência de álcool quando utilizados em populações obstétricas.

A dissertação está estruturada em três partes. A primeira (seção 1.1) se inicia oferecendo um pano de fundo para a discussão da importância e pertinência do desenvolvimento de estudos epidemiológicos sobre o fenômeno da violência familiar na saúde materno-infantil em concomitância ao mapeamento de comportamentos de risco durante o período gestacional. Assim, pretende-se contextualizar a presença do alcoolismo como um dos fatores que podem estar associados ou desencadeando as relações violentas (seção 1.1.1). Subseqüentemente, destacam-se algumas das estratégias diagnósticas mais utilizadas nos estudos sobre abuso e dependência de álcool, tanto no contexto internacional, quanto no Brasil. A finalidade é apresentar os instrumentos que serão avaliados, oferecendo uma perspectiva das principais vantagens e desempenho das ferramentas quando utilizadas na população hospitalar, geral e de mulheres grávidas (seção 1.1.2). Completando o cenário, são abordadas algumas questões envolvidas com a adaptação de instrumentos elaborados em outras línguas e contextos culturais e a importância da qualidade do processo de aferição em estudos epidemiológicos. Pretende-se oferecer um panorama das várias opções metodológicas/processuais sobre adaptação trans-cultural de instrumentos e um destaque para o melhor entendimento dos fundamentos do modelo adotado pelo estudo (seção 1.1.3). Na seqüência, a seção 1.2 aponta como justificativa do estudo a importância da utilização de instrumentos elaborados em outros contextos sócio-culturais na apreensão de conceitos e situações equivalentes na nova cultura. Os objetivos da pesquisa estão anunciados na seção 1.3.

A segunda parte consiste de um artigo. Este está dividido em cinco seções. A primeira compreende o resumo. Na segunda (introdução específica do artigo) são retomadas as questões sobre o problema na generalização dos achados de alcoolismo entre homens e mulheres baseado nas diferentes repercussões do uso da substância no organismo materno e fetal. Ainda nesta seção é oferecido um breve panorama das estratégias diagnósticas mais utilizadas na identificação dos casos de abuso e dependência alcoólica apresentando, dentre outros, os três instrumentos selecionados para estudo. A seção 2.3 descreve a metodologia da pesquisa, anunciando o modelo utilizado para adaptação trans-cultural dos instrumentos; as versões em português dos instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK; e a forma escolhida para avaliar a equivalência de mensuração. Os resultados (seção 2.4) indicam que as versões propostas podem ser recomendadas para uso no contexto brasileiro. No entanto, evidenciam alguns pontos que merecem ser apreciados com cautela. A seção 2.5, referente à discussão, pretende esclarecer tais pontos buscando contribuir com o debate sobre a performance dos instrumentos em gestantes. Aponta ainda as limitações encontradas e pontos que ainda requerem maior atenção.

A terceira parte da dissertação pretende fornecer algumas informações adicionais quanto aos principais achados e potenciais entraves e limitações do estudo.

SUMÁRIO

1.	PRIMEIRA PARTE: INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	14
1.1	Introdução.....	15
1.1.1	A violência familiar e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas: um breve pano de fundo	15
1.1.2	Identificando o abuso e dependência de álcool na gestação.....	17
1.1.3	Utilização de instrumentos elaborados em outras culturas e o processo de adaptação trans-cultural	26
1.2	Justificativa.....	29
1.3	Objetivos.....	31
1.3.1	Objetivo Geral	31
1.3.2	Objetivos Específicos	31
2.	SEGUNDA PARTE: ARTIGO.....	32
2.1	Resumo	33
2.2	Introdução.....	35
2.3	Material e Métodos.....	39
2.4	Resultados.....	45
2.5	Discussão.....	49
2.6	Referências bibliográficas	54
3.	TERCEIRA PARTE: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (GERAL).....	68

ANEXOS.....	83
ANEXO 1 – O Trabalho de campo do estudo principal.....	84
ANEXO 2 – Estimadores utilizados na análise.....	86
ANEXO 3 – Formulário.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-1 – Estudos de validação do CAGE quando utilizado em mulheres ou gestantes no Brasil.....	21
Tabela 1-2 – Estudos de validação do T-ACE.....	22
Tabela 1-3 – Estudos de validação do TWEAK.....	23
Tabela 2-1 – (1) Confiabilidade intra-observador e (2) Confiabilidade inter-observador das versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE.....	46
Tabela 2-2 – Consistência interna das versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE.....	47
Tabela 2-3 – Validade de construto das versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE de acordo com associações entre as variáveis que indicam suspeita de uso abusivo de álcool e variáveis de construto relacionadas à mulher ou ao casal.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 2-1 – Formulários originais e versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE usados para rastrear abuso e dependência de álcool	41
Quadro 2-1 – Hipóteses e associações a serem testadas na análise da validade de construto.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AUDADIS: *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule*

AUDIT: *Alcohol Use Disorder Identification Test*

CAGE: *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*. Apresentando ponto de corte padrão – maior ou igual a dois pontos

CAGE_1: *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*. Apresentando ponto de corte diferenciado – maior ou igual a um ponto

CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*

CTS2: *Revised Conflict Tactics Scale*

DIS: *Alcohol Module of the Diagnostic Interview Schedule*

DSM-III-R: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Thirst Edition, Revised*

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*

DUSI: *Drug Use Screening Inventory*

FAS: Síndrome do Alcoolismo Fetal

ICD-10: *International Classification of Disease, Tenth Revision*

MAST: *Michigan Alcoholism Screening Test*

MOS: *Medical Outcome Study*

NSDUQ: *Non-Student Drugs Use Questionnaire*

NUPEVI: Núcleo de Pesquisa das Violências

PIEVF: Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar

Se: valor encontrado para sensibilidade do instrumento

Sp: valor encontrado para especificidade do instrumento

T-ACE: *Tolerance, Annoyed, Cut-down, Eye-opener*

TWEAK: *Tolerance, Worry, Eye-opener, Annoyed, K/Cut-down*.

TWEAK_2: *Tolerance, Worry, Eye-opener, Annoyed, K Cut-down*. Apresentando ponto de corte maior ou igual a dois pontos.

TWEAK_3: *Tolerance, Worry, Eye-opener, Annoyed, K/Cut-down*. Apresentando ponto de corte maior ou igual a três pontos.

**1. PRIMEIRA PARTE: INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA
E OBJETIVOS**

1.1 Introdução

1.1.1 A violência familiar e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas: um breve pano de fundo

Em diferentes partes do mundo, a violência familiar tem tido um importante impacto na saúde e mortalidade de crianças, adolescentes e mulheres (Heise, 1994; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). Quanto à magnitude deste evento no Brasil, os resultados de algumas pesquisas apontam que a violência familiar na nossa sociedade apresenta grande expressividade. Embora as estatísticas sejam escassas e as conseqüências graves, a violência é tema a ser ainda melhor discutido e enfrentado (Deslandes, 1993; Assis, 1994).

Até o momento, poucos estudos epidemiológicos investigaram detalhadamente as prevalências e conseqüências dessa violência na saúde de gestantes e crianças. Os primeiros datam de pouco mais de dez anos. Estatísticas internacionais a esse respeito estimam que entre 4 e 20% das gestações sejam palco de violência física (Hillard, 1985; Amaro et al., 1990; Berenson et al., 1991; Schei et al., 1991; Parker et al., 1994; McFarlane et al., 1995). Moraes e Reichenheim (2002), em recente pesquisa nacional, encontraram valores semelhantes aos estudos de Berenson *et al.* (1991) e McFarlane *et al.* (1995). Em aproximadamente 18% das mulheres foi verificado o relato de violência física durante sua gravidez. Algumas pesquisas sugerem a possibilidade de associação do abuso físico na gestação com várias conseqüências deletérias à saúde do feto, tais como, aborto espontâneo, hemorragias intracranianas e morte fetal. Também é citado o descolamento prematuro de placenta, que aumentaria o risco de prematuridade e outras complicações maternas e fetais (Pugh, 1978; Goodwin & Breen, 1990; Berenson et al., 1994). As investigações que abordam as conseqüências do fenômeno na saúde das gestantes caracterizam as vítimas como sendo mulheres com maior envolvimento em relações de abuso de álcool e outras drogas e com número reduzido de consultas pré-natais (Hillard, 1985; Campbell et al., 1992; Stewart & Cecutti, 1993). Segundo os autores, o estresse permanente, a decepção com o companheiro e a falta de esperança de modificação da situação de violência são os principais precursores da aquisição ou intensificação destes hábitos de vida.

Ao se focar, especificamente, o uso de álcool por mulheres e gestantes vitimizadas, observa-se que ainda existem lacunas a serem esclarecidas. O papel do álcool como fator de risco para o desencadeamento da violência, por exemplo, ainda está em aberto. Apesar de serem problemas habitualmente concomitantes, ainda há discordâncias quanto a existência de uma associação causal entre os eventos (Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997; Jasinski & Williams, 1998).

Assim como a violência, o uso de bebidas alcoólicas por mulheres grávidas pode ocasionar prejuízos à saúde da própria gestante e da criança. As principais repercussões para gestante parecem estar associadas ao aumento das taxas de mortalidade, muitas vezes na forma de acidentes e suicídios; surgimento de doenças físicas e mentais; disfunção sexual; desordens alimentares e menor frequência aos serviços de saúde e consultas ao pré-natal (Anyanwu & Watson, 1997; Stein & Cyr, 1997). No feto a exposição à substância durante a gravidez pode contribuir para o aumento das taxas de abortos espontâneos, do baixo peso ao nascer, da prematuridade, aumento da mortalidade perinatal e Síndrome do Alcoolismo Fetal (FAS) (Barrison & Wright, 1984; Borges et al., 1993; Anyanwu & Watson, 1997; Stein & Cyr, 1997). Esta síndrome, um dos principais agravos à saúde do recém-nascido, é caracterizada por anormalidades específicas no sistema nervoso central. As crianças nascidas com FAS apresentam, entre outros, os seguintes sinais: peso e altura inferiores à média, diâmetro reduzido da cabeça, rosto assimétrico, anomalias cardíacas, deficiência da performance motora, retardo mental, dentre outras más-formações (Stein & Cyr, 1997). Ainda não se tem bem estabelecido qual o menor limite para o uso seguro de álcool durante a gravidez. Diante disso, a importância de reduzir o consumo da substância de modo que se alcance a total abstinência vem sendo enfatizada por vários autores (Weiner et al., 1989; Schorling & Buchsbaum, 1997; Stein & Cyr, 1997; West et al., 1998; Floyd et al., 1999).

Pode-se imaginar que em situações onde há ocorrência concomitante de violência familiar e uso de álcool as conseqüências se mostrem ainda maiores. Assim, torna-se fundamental que estudos abordem tanto fatores de risco para violência familiar quanto à questão da violência familiar como fator de propensão a efeitos deletérios à saúde, incorporando o mapeamento de situações de abuso de álcool. A necessidade deste mapeamento vem sendo motivada pelas altas prevalências de alcoolismo na população e pelas diferentes conseqüências já descritas (Silva et al., 1981; Barrison &

Wright, 1984; Iacoponi et al., 1989; Almeida & Coutinho, 1993; Borges et al., 1993; Anyanwu & Watson, 1997; Chaieb & Castellarin, 1998).

Como discutido na próxima seção, a identificação do abuso e dependência de álcool é um dos principais desafios destes estudos.

1.1.2 Identificando o abuso e dependência de álcool na gestação

Caracterizando um dos primeiros passos necessários ao enfrentamento do problema, a importância da identificação de gestantes usuárias de bebidas alcoólicas, preferencialmente em estágios mais iniciais, está na possibilidade de prover alguma forma de intervenção que reduza o consumo de álcool e o risco de desenvolver futuras complicações na saúde materno-infantil (Stein & Cyr, 1997; Abel et al., 1998; Aertgeerts et al., 2001).

Uma variedade de testes bioquímicos e marcadores biológicos têm sido utilizados no diagnóstico do consumo exagerado de álcool (Beresford et al., 1990; Aithal et al., 1998; Allemann, 2000). Porém, estes se revelam parâmetros pouco sensíveis para captar o problema, uma vez que a cessação ou diminuição na ingestão da substância provoca uma queda brusca nos valores séricos da maioria dos marcadores biológicos (Masur, 1986; Beresford et al., 1990; Stein & Cyr, 1997; Aertgeerts et al., 2001).

Perguntas diretas sobre o assunto durante a consulta no pré-natal também têm se mostrado pouco eficazes. Alguns autores questionam a acurácia desta estratégia já que negar o problema é comum entre mulheres que abusam de álcool (Masur et al., 1985; Schorling & Buchsbaum, 1997). Possivelmente, o estigma associado à utilização de álcool, a desaprovação social e o medo de represálias sejam alguns dos motivos para a negação.

Atualmente, duas classificações são propostas para o diagnóstico de uso abusivo, nocivo ou dependência de álcool: o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) e o *International Classification of Disease, Tenth Revision* (ICD-10) (World Health Organization, 1993). São amplamente utilizados em estudos quando o propósito é comparar um novo instrumento mediante um externo, reconhecido como de referência para captar o construto sob investigação. Entretanto, algumas pesquisas sugerem não ser

viável o uso destas classificações na prática diária dos serviços de saúde em virtude de sua extensão, complexidade e necessidade de pessoal especializado na sua administração (Bradley et al., 1998; Staab et al., 2001).

Entrevistas padronizadas como o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Wittchen, 1994); o *Alcohol Module of the Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981) e o *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule* (AUDADIS) (Grant et al., 1995) são também utilizadas no diagnóstico de uso abusivo e dependência alcoólica. As principais críticas as entrevistas abordam as mesmas questões apresentadas nas duas classificações anteriores (o DSM e o ICD).

Diante desse quadro, a elaboração de instrumentos de aferição mais breves, de simples administração e interpretação para detectar prováveis casos de dependência ou abuso de álcool tornou-se alvo de trabalho intenso de vários pesquisadores. De acordo com a revisão bibliográfica realizada, os instrumentos resultantes de programas de investigação bem estabelecidos na área são o *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) (Selzer et al., 1971) e suas versões mais breves, o *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener* (CAGE) (Ewing & Rouse, 1970), o *Tolerance, Annoyed, Cut-down, Eye-opener* (T-ACE) (Sokol et al., 1989), o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (Saunders et al., 1993) e o *Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, K/Cut-down* (TWEAK) (Russel, 1994).

O CAGE é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente. Suas principais vantagens envolvem brevidade e facilidade de administração, além de ser considerado menos intimidativo que os demais instrumentos na avaliação do evento. É composto por quatro perguntas estruturadas, sendo seu nome uma sigla resultante das palavras-chaves contidas em cada uma delas. Os itens abordam questões sobre a necessidade do indivíduo parar de beber; se as pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber; se o indivíduo se sente chateado consigo mesmo pela maneira que consome a bebida alcoólica e se ele costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca. O entrevistado é considerado suspeito de ter consumo exagerado de álcool quando responde afirmativamente a pelo menos duas das quatro questões (Mayfield et al., 1974).

O instrumento foi desenvolvido há mais de três décadas e vários estudos de validação foram realizados no exterior e no Brasil. A validação no formato original em inglês foi inicialmente realizada por Mayfield *et al.* (1974). Ainda no exterior, outras investigações foram realizadas ao longo dos anos e grande parte vem identificando valores de sensibilidade e especificidade acima de 68% para o CAGE na população geral ou hospitalar (King, 1986; Beresford *et al.*, 1990; Diez Martinez *et al.*, 1991; Chan *et al.*, 1993; Girela *et al.*, 1994; Joseph *et al.*, 1995; Hurme *et al.*, 1998; Saitz *et al.*, 1999; Bradley *et al.*, 2001; Hearne *et al.*, 2002).

Baseados nas diferentes repercussões bio-psico-sociais do abuso de álcool entre homens e mulheres, estudos alertam sobre o equívoco na extrapolação de resultados de avaliações psicométricas em populações gerais para populações específicas. Esses autores sugerem a necessidade de se estudar a validade e confiabilidade desses instrumentos de acordo com as diferentes clientela de interesse (Dawson, 1994; Bradley *et al.*, 1998). A literatura aponta que, utilizando o ponto de corte padrão de duas ou mais respostas positivas para caracterizar um CAGE-positivo, a sensibilidade do instrumento na população de mulheres em fase reprodutiva diminui consideravelmente (Sokol *et al.*, 1989; Russel *et al.*, 1994; Russell *et al.*, 1996; Bradley *et al.*, 1998). Este fato representa uma das principais críticas quanto à performance da ferramenta. Dados de sensibilidade e especificidade do instrumento em mulheres e gestantes americanas podem ser encontrados na Tabela 1-1.

No Brasil, poucas pesquisas foram realizadas com o objetivo de validar instrumentos para rastrear uso excessivo de álcool. Uma recente e breve busca realizada no MEDLINE, por exemplo, identificou somente quatro artigos. Dois destes se referem à validação do CAGE (Masur & Monteiro, 1983; Paz Filho *et al.*, 2001); um sobre o *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) para uso em adolescentes (De Micheli & Formigoni, 2000) e mais recentemente o MAST (Hirata *et al.*, 2001). Dentre estes, o CAGE vem se mostrando como o mais investigado, apresentando diferentes estudos sobre a prevalência de abuso e dependência alcoólica e/ou sobre a confiabilidade do instrumento na população brasileira (Iacoponi *et al.*, 1989; Sadek Mda, 1991; Vianna & Monteiro, 1991; Almeida & Coutinho, 1993; Moreira *et al.*, 1996; Trois *et al.*, 1997; Chaieb & Castellarin, 1998; Hasselmann *et al.*, 1998). Contudo, ainda não se tem conhecimento do seu uso em gestantes no país. Após uma ampla revisão da literatura não se identificou qualquer artigo que divulgasse a utilização do CAGE nesta

população. Os principais estudos de validação realizados no Brasil também podem ser observados na Tabela 1-1.

Questões relacionadas à validade dos instrumentos de rastreamento existentes em populações obstétricas levou à elaboração do T-ACE (Sokol et al., 1989). Esse instrumento também é composto por quatro itens. Sendo uma adaptação do CAGE, apenas uma pergunta difere do original. A questão sobre se o indivíduo se sente aborrecido consigo mesmo pela maneira que consome a bebida alcoólica é substituída por um item sobre a tolerância à ingestão de álcool. É importante salientar que o item pode apresentar duas versões, uma referente à quantidade de álcool que o entrevistado necessita para se sentir alto (versão *high*) e outra sobre o número de doses que necessita para começar a sentir os efeitos da substância (versão *hold*).

A Tabela 1-2 fornece um breve panorama sobre o T-ACE, apresentando uma síntese dos artigos encontrados em revistas científicas no Brasil. Na população de gestantes a sensibilidade do instrumento oscila entre 60% e 92% (Sokol et al., 1989; Russel et al., 1994; Russel et al., 1996; Bradley et al., 1998; Chang et al., 1998). Para Sokol *et al.* (1989) foi justamente a inclusão deste item sobre tolerância na nova ferramenta que a tornou mais sensível que os outros instrumentos na identificação do uso excessivo de bebidas alcoólicas por gestantes.

O TWEAK (Russel, 1994), também uma reformulação do CAGE, é outro instrumento rápido e de boa aceitabilidade que se mostrou apropriado à utilização em gestantes. É composto por cinco perguntas relativas à tolerância à bebida, à preocupação de amigos e parentes com o consumo exagerado da mesma, à necessidade de ingerir bebidas alcoólicas pela manhã, à ocorrência de amnésia em função do consumo de álcool e à vontade de diminuir o consumo de álcool ou parar de beber. Uma sinopse dos estudos de validação do TWEAK pode ser encontrada na Tabela 1-3. Vale apontar que nesta tabela são apresentados apenas os artigos que puderam ser encontrados em revistas científicas existentes no Brasil. Quanto a sua sensibilidade na população de mulheres grávidas, observa-se uma variação de 55% a 92%.

É importante destacar que em recente revisão bibliográfica não se conseguiu identificar qualquer estudo que apresentasse uma versão em português desses dois instrumentos para uso no Brasil.

Tabela 1-1 – Estudos de validação do CAGE quando utilizado em mulheres ou gestantes e no Brasil

AUTORES	ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	TAMANHO AMOSTRAL TIPO DE POPULAÇÃO	PADRÃO OURO	SENSIBILIDADE (Se) ESPECIFICIDADE (Sp)	COMENTÁRIOS
Paz Filho et al.	2001	BRA	Transversal	N = 374 pacientes População hospitalar	CIDI	Se = 84,7% Sp = 73,3%	Ponto de corte ≥ 2
Bradley et al.	1998	USA	Estudo de revisão	População feminina	-	Se = 38% – 83% Sp = 92% – 96%	Ponto de corte ≥ 2 A performance do CAGE foi melhor em mulheres negras
Russel et al.	1996	USA	Prospectivo	N = 2717 gestantes População de uma clínica de pré-natal	Método * proposto por Bowman et al. (1975)	Se = 46% e 66% Sp = 93% e 81%	Valores de Se e Sp referentes a dois pontos de corte: ≥ 2 e ≥ 1 , respectivamente. * ~Timeline folow-back
Russel et al	1994	USA	Transversal	N = 4743 mulheres População de uma clínica de pré-natal	Método proposto por Bowman et al.	Se = 49% e 68% Sp = 93% e 82%	Valores de Se e Sp referentes a dois pontos de corte: ≥ 2 e ≥ 1 , respectivamente.
Sokol et al.	1989	USA	Transversal	N = 971 gestantes População de uma clínica de pré-natal	Quantidade de álcool ingerida por dia**	Se = 38% e 59% Sp = 92% e 82%	Valores de Se e Sp referentes a dois pontos de corte: ≥ 2 e ≥ 1 , respectivamente. ** pelo menos 1 dose por dia
Masur & Monteiro	1983	BRA	Transversal	N = 114 homens População hospitalar	Diagnóstico confirmado de alcoolismo	Se = 88% Sp = 83%	Ponto de corte ≥ 2

Tabela 1-2 - Estudos de Validação do T-ACE

AUTORES	ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	TAMANHO AMOSTRAL TIPO DE POPULAÇÃO	PADRÃO OURO	SENSIBILIDADE (Se) ESPECIFICIDADE (Sp)	COMENTÁRIOS
Bradley et al.	1998	USA	Estudo de revisão	População feminina	-	Se = 69% - 88% Sp = 79% - 89%	Ponto de corte ≥ 2
Chang et al.	1998	USA	Transversal	N = 350 gestantes População hospitalar	DSM-III-R	Se = 60% - 92% Sp = 37% - 71%	Ponto de corte ≥ 2 Valores de Se e Sp para rastrear uso de álcool na vida, uso corrente ou algum risco para uso da substância.
Russel et al.	1996	USA	Prospectivo	N = 2717 gestantes População de uma clínica de pré-natal	Método proposto por Bowman et al.	Se = 88% Sp = 79%	Ponto de corte ≥ 2 para rastrear risco para uso de álcool
Russel et al.	1994	USA	Transversal	N = 4743 mulheres População de uma clínica de pré-natal	Método proposto por Bowman et al.	Se = 70% Sp = 85%	Ponto de corte ≥ 2 para rastrear risco para uso de álcool
Sokol et al.	1989	USA	Prospectivo	N = 971 gestantes População de uma clínica de pré-natal	Quantidade de álcool ingerida por dia	Se = 69% Sp = 89%	Ponto de corte ≥ 2 para rastrear risco para uso de álcool

Tabela 1-3 – Estudos de Validação do TWEAK

AUTORES	ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	TAMANHO AMOSTRAL TIPO DE POPULAÇÃO	PADRÃO OURO	SENSIBILIDADE (Se) ESPECIFICIDADE (Sp)	COMENTÁRIOS
Dawson et al.	2001	USA	Transversal	N = 404 gestantes População de uma clínica de pré-natal	Quantidade e frequência* do uso de álcool	Se = 71% e 66% Sp = 73% e 64%	Ponto de corte ≥ 2 Se e Sp, respectivamente, para alto risco e qualquer risco (alto ou moderado) do uso de álcool * Padrão=3 ou mais doses diárias
Borges & Cherpitel	2001	USA MÉXICO	Transversal	N = 869 pacientes População hospitalar	ICD-10 DSM-IV	Se = 38% - 81% Sp = 48% - 97%	Se e Sp de acordo com diferentes itens do TWEAK. "Tolerance" foi o mais sensível e "eye-opener" o mais específico
Chung et al.	2000	USA	Transversal	N = 261 adolescentes População hospitalar	DSM-IV	Se = 73% e 56% Sp = 90% e 96%	Se e Sp de acordo com ponto de corte ≥ 2 ou ≥ 3 , respectivamente, para identificar abuso ou dependência de álcool
Cherpitel & Borges	2000	USA MÉXICO	Transversal	N = 2003 pacientes População hospitalar	ICD-10 DSM-IV	Se = 27% - 96% Sp = 68% - 99%	Ponto de corte ≥ 3 para identificar dependência, uso nocivo e abuso de álcool.
Chang et al.	1999	USA	Prospectivo	N = 135 gestantes População hospitalar	DSM-III-R	Se = 55% - 92% Sp = 25% - 81%	Se e Sp de acordo com diferentes pontos de corte para o item "Tolerance" e também segundo diferentes classificações do consumo de álcool
Cherpitel	1999a	USA	Transversal	N = 2443 indivíduos População geral	ICD-10 DSM-IV	Se = 79% Sp = 89%	Ponto de corte ≥ 3 para dependentes correntes de álcool

Tabela 1.3 – Estudos de Validação do TWEAK (cont)

AUTORES	ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	TAMANHO AMOSTRAL TIPO DE POPULAÇÃO	PADRÃO OURO	SENSIBILIDADE (Se) ESPECIFICIDADE (Sp)	COMENTÁRIOS
Cherpitel	1999b	USA	Transversal	N = 586 pacientes População hospitalar	ICD-10 DSM-IV	Se = 91% e 72% Sp = 77% e 81%	Se e Sp respectivos para representar dependência de álcool e dependência ou uso nocivo ou abuso de álcool
Bradley et al.	1998	USA	Estudo de revisão	População feminina	-	Se = 59% – 89% Sp = 74% – 94%	Ponto de corte ≥ 3 Autores recomendam uso do ponto de corte ≥ 2 para gestantes
Cherpitel	1998a	USA	Transversal	N = 857 pacientes População hospitalar	ICD-10 DSM-IV	Se = 88% e 70% Sp = 81% e 86%	Para dependência de álcool e separadamente, dependência ou uso nocivo ou abuso de álcool.
Cherpitel	1998b	USA	Transversal	N = 2870 indivíduos População geral, hospitalar e de serviços primários	ICD-10 DSM-IV	Se = 75% -89% Sp = 84% - 91%	Ponto de corte ≥ 3 para rastrear dependência de álcool Valores de Se e Sp de acordo com população estudada
Cherpitel	1997	USA	Transversal	N = 2046 pacientes População hospitalar	ICD-10 DSM-IV	Se = 83% -91% Sp = 81% - 86%	Ponto de corte ≥ 3 para rastrear dependência de álcool Valores de Se e Sp de acordo com diferentes etnias
Russel et al.	1996	USA	Prospectivo	N = 2717 gestantes População hospitalar	Quantidade de álcool ingerida por dia	Se = 91% e 67% Sp = 77% e 92%	Se e Sp de acordo com ponto de corte ≥ 2 e ≥ 3 , respectivamente, para rastrear risco de uso de álcool

Tabela 1.3 – Estudos de Validação do TWEAK (cont)

AUTORES	ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	TAMANHO AMOSTRAL TIPO DE POPULAÇÃO	PADRÃO OURO	SENSIBILIDADE (Se) ESPECIFICIDADE (Sp)	COMENTÁRIOS
Cherpitel	1995(a)	USA	Transversal	N = 1330 pacientes População hospitalar	ICD-10	Se = 84% e 87% Sp = 86% e 86%	Se e Sp representando critério para dependência e uso nocivo de álcool, respectivamente
Cherpitel	1995(b)	USA	Transversal	N = 771 pacientes População hospitalar	ICD-10	Se = 84% - 95% Sp = 73% - 86%	Se e Sp de acordo com diferentes pontos de corte (≥ 2 ou ≥ 3) para rastrear dependência ou uso nocivo de álcool.
Cherpitel	1995(c)	USA	Transversal	N = 1330 pacientes População hospitalar	ICD-10	Se = 87% Sp = 76%	Se e Sp representando dependência ou uso nocivo de álcool
Cherpitel & Clark	1995	USA	Transversal	N = 1330 pacientes População hospitalar	ICD-10	Se = 68% - 94% Sp = 73% - 94%	Se e Sp representam dependência e uso nocivo de álcool em diferentes grupos étnicos e gênero
Russel et al.	1994	USA	Transversal	N = 4743 mulheres População de uma clínica de pré-natal	Quantidade de álcool ingerida por dia	Se = 79% e 59% Sp = 83% e 94%	Se e Sp de acordo com pontos de corte ≥ 2 e ≥ 3 , respectivamente, para rastrear risco para uso de álcool
Chan et al.	1993	USA	Transversal	N = 1635 indivíduos Diferentes populações de estudo	DSM-III-R	Se = 89% - 99% Sp = 74% - 95%	Ponto de corte ≥ 3 para rastrear dependência de álcool Se e Sp de acordo com diferentes populações estudadas e versões de tolerância (high e hold)

1.1.3 Utilização de instrumentos elaborados em outras culturas e o processo de adaptação trans-cultural

As diferenças existentes entre as definições, crenças e comportamentos relacionados ao construto impõem que a utilização de um instrumento elaborado em outros contextos culturais seja precedida de uma avaliação meticulosa da equivalência entre o original e sua versão. A necessidade de adaptação de instrumentos de aferição não se restringe às situações que envolvem países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem atenção. Em países com raízes culturais tão heterogêneas como o Brasil, a proposição de termos coloquiais típicos, facilmente aceitos e compreendidos no Rio de Janeiro, por exemplo, poderia não ser pertinente em outras regiões do País (Moraes & Reichenheim, 2002b).

Historicamente, a adaptação de instrumentos elaborados em um outro idioma se detinha à simples tradução do original ou, excepcionalmente, à comparação literal destes com versões retraduzidas. Mais recentemente, pesquisadores de diferentes áreas temáticas têm sugerido que a avaliação semântica deva ser apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação trans-cultural (Herdman et al., 1998; Perneger et al., 1999).

Apesar da maioria dos pesquisadores concordar que apenas uma tradução simples do original não seja suficiente, ainda restam muitas dúvidas sobre os passos essenciais no processo de adaptação. Segundo Perneger *et al.* (1999), mesmo os procedimentos mais minuciosos podem apresentar problemas. Ainda merecem reflexão e debate questões como o número de traduções necessárias, o perfil dos tradutores, o papel das retraduições, o que fazer se essa etapa não mostra bons resultados e como escolher entre termos semelhantes.

No contexto dos instrumentos de aferição sobre qualidade de vida, Herdman *et al.* (1998) apontam quatro perspectivas que tendem a reger esses programas de investigação. A primeira, denominada “ingênua” (*naïve*), se baseia apenas no processo de tradução simples e informal do instrumento original. A segunda, denominada “relativista” afirma a impossibilidade do uso de instrumentos padrões em diferentes culturas e propõe que somente aqueles concebidos localmente devam ser utilizados. Neste caso, a noção de equivalência de qualquer tipo não é pertinente. A terceira

perspectiva, cunhada de “absolutista”, assume que a cultura tem um impacto mínimo no construto a ser mensurado e que estes não variam em diferentes culturas. Em termos dos métodos, é dada ênfase ao processo de tradução e retradução do instrumento. A última perspectiva, nomeada de universalista, não assume, a priori, que os construtos são os mesmos em diferentes culturas. Nesse sentido, primeiro é necessário investigar se um conceito existe e se é interpretado similarmente na nova cultura, para depois se estabelecer sua equivalência trans-cultural através de uma metodologia própria.

Apontando uma certa confusão terminológica entre os diferentes pesquisadores da área, Herdman *et al.* (1998) propõem um roteiro básico a ser seguido visando sistematizar o conhecimento a respeito. Assumindo uma postura “universalista”, os autores propõem um modelo de avaliação de equivalência trans-cultural que abrange a apreciação de seis diferentes tipos de equivalência, quais sejam: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e equivalência funcional (Herdman *et al.*, 1998).

A avaliação da equivalência conceitual consiste na exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos diferentes domínios componentes deste no país de origem e na população onde o instrumento será utilizado. A avaliação da equivalência de itens se baseia na apreciação da pertinência dos itens utilizados para a captação dos domínios abarcados pelo instrumento original na cultura alvo. A avaliação da equivalência semântica concerne à reflexão sobre a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. A equivalência operacional se refere à possibilidade de utilização de um questionário similar ao original com relação ao formato, instruções, modo de administração e formas de medida na população alvo. A avaliação da equivalência de mensuração se baseia na investigação das propriedades psicométricas do novo instrumento e a comparação dessas medidas com as obtidas com o instrumento em sua língua original. Em geral, esse tipo de equivalência é avaliado através de estimadores de confiabilidade, validade de construto e aceitabilidade do instrumento. Dado que os outros aspectos da equivalência trans-cultural foram alcançados, assume-se que os mesmos apresentam equivalência funcional.

O procedimento adotado neste projeto de pesquisa será discutido à luz deste modelo proposto por Herdman *et al* (1998), calcado na premissa de que a equivalência

de mensuração é um dos alicerces da adaptação trans-cultural de instrumentos elaborados em outras culturas.

Neste contexto, é necessário fazer uma distinção entre os conceitos de confiabilidade e validade. Confiabilidade diz respeito ao processo de aferição específico de um estudo, não sendo, portanto, uma característica imanente ao instrumento de aferição. Pode-se pensar a confiabilidade como conotando a “robustez” da aferição (ou sua falta) em um certo estudo, apreendendo as “pressões” exercidas pelo aferidor e o aferido sobre o instrumento. Pelo caráter particular desta interação, a confiabilidade necessita ser investigada em cada estudo e seus resultados são intransferíveis (Reichenheim & Moraes, 2002).

Segundo Streiner & Norman (1989), o estudo da confiabilidade de um processo de mensuração é uma tentativa de quantificar a importância relativa dos erros sistemático e aleatório inerente a qualquer processo de aferição. Os estimadores tradicionais de confiabilidade refletem o quanto da variância entre os sujeitos contribui para a variância total observada. Na proporção em que estas medidas estão diretamente associadas às características da população estudada, não é possível arrolar um único e inflexível estimador a um determinado procedimento ou instrumento de aferição.

Uma outra forma de abordagem caracteriza a confiabilidade como a capacidade de reprodutibilidade de um instrumento de aferição (Rothman & Greenland, 1998). Classicamente, esta tem sido avaliada através da apreciação da confiabilidade intra-observador, que expressa a extensão em que uma medida se reproduz em diferentes momentos do tempo; da confiabilidade inter-observador, que indica o grau com que a aplicação de um instrumento de aferição gera uma mesma observação independente do observador; e da consistência interna, que indica a intensidade com que os vários itens de uma escala refletem um mesmo construto ou fator de interesse. As avaliações de confiabilidade além de servirem como indicativos da qualidade do processo de aferição, também exercem um papel importante na consolidação e aceitação de um instrumento (Streiner & Norman, 1989).

Já a validade de um instrumento pode ser considerada uma propriedade deste, havendo, pois, transponibilidade para uma população externa àquela onde o estudo de validação foi realizado. Porém, pesquisas anteriores chamam atenção para a necessidade

de cautela na extrapolação de resultados de avaliações psicométricas em populações gerais para populações específicas. Esses autores sugerem a necessidade de se estudar a validade e confiabilidade desses instrumentos de acordo com as diferentes clientela de interesse sempre que se suspeite de diferenças entre estas duas populações que possam influenciar a mensuração do conceito de interesse (Dawson, 1994; Bradley et al., 1998).

O conceito de validade de um instrumento expressa a extensão com que as medidas realizadas por um determinado instrumento captam os verdadeiros valores do construto de interesse. Apreciar a validade de um instrumento de aferição ou escala diagnóstica implica em estabelecer se, de fato, estes captam o que foi proposto originalmente (Streiner & Norman, 1989; Reichenheim & Moraes, 2002). Esta pode ser estabelecida mediante uma comparação com um instrumento externo reconhecido como de referência para captar o construto – o Padrão-Ouro – sendo denominada validade concorrente. Os métodos de análise mais comuns utilizados se baseiam nos estimadores de sensibilidade e especificidade. Quando este padrão de referência não existe estudos de validade de construto são essenciais. Avaliam-se as relações entre as dimensões supostamente captadas pelas diferentes dimensões do instrumento e os outros conceitos, atributos e características ligadas à teoria geral na qual se insere o construto sob escrutínio. Pode-se dizer que estudar a validade de construto de um instrumento é estudar a própria teoria que o embasa. É um processo no qual se determina o grau de confiança nas inferências sobre indivíduos que sejam baseadas em escores do instrumento que está sendo analisado (Streiner & Norman, 1989; Reichenheim & Moraes, 2002).

1.2 Justificativa

Diante das dificuldades encontradas ao lidar com a violência familiar e seus efeitos sobre a gestante e a criança, existe a necessidade de um olhar mais atento sobre o assunto quando a questão do abuso e dependência de álcool pela mulher grávida surge em concomitância (Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997; Jasinski & Williams, 1998). Como visto na seção 1.1.1, a violência familiar e o uso abusivo da substância durante a gravidez podem repercutir de forma prejudicial e deletéria sobre a saúde materno-infantil (Barrison & Wright, 1984; Campbell et al., 1992; Borges et al., 1993; Straus & Gelles, 1995; Anyanwu & Watson, 1997; Stein & Cyr, 1997; Jasinski &

Williams, 1998). Em virtude disso, é de vital importância que novas investigações sobre o tema sejam incentivadas.

Uma vez identificada a importância do desenvolvimento de programas de investigação na área, os esforços se concentram na exploração de aspectos metodológicos apontados em estudos anteriores como importantes entraves à geração de um conhecimento sistematizado e robusto na área. São questões relacionadas às distintas estratégias de aferição disponíveis para a identificação dos casos de abuso e dependência de álcool (Girela et al., 1994; Schorling & Buchsbaum, 1997; Stein & Cyr, 1997; Aertgeerts et al., 2001). Diante da insuficiência de estratégias para a identificação do problema que sejam acuradas, eficientes e que possam ser utilizadas no âmbito clínico e epidemiológico, muitos instrumentos têm sido elaborados para rastrear os indivíduos com maior risco de apresentar o problema (Ewing & Rose, 1970; Selzer et al., 1971; Sokol et al., 1989; Saunders et al., 1993; Russell, 1994).

Considerando o papel que o instrumental de aferição assume frente ao processo como um todo, torna-se fundamental que a utilização de instrumentos já existentes seja acompanhada de uma avaliação crítica de sua validade e confiabilidade. (Streiner & Norman, 1989; Hasselmann et al., 1998; Reichenheim & Moraes, 2002). Alguns autores sugerem a necessidade de se estudar tais propriedades, segundo as diferentes clientela de interesse e baseados nas diferentes repercussões bio-psico-sociais do abuso de álcool entre homens e mulheres (Dawson, 1994; Bradley et al., 1998).

Dentre os instrumentos elaborados para rastrear os indivíduos com maior risco de apresentar o problema, como já apresentado previamente, o CAGE, TWEAK e T-ACE vêm sendo frequentemente utilizados em alguns países (Masur et al., 1985; Sokol et al., 1989; Russell et al., 1994; Russell et al., 1996; Bradley et al., 1998; Gale et al., 1998; Chang et al., 1998; Cherpitel, 1999a; Chung et al., 2000). No Brasil, a maioria dos estudos que avaliou as propriedades psicométricas do CAGE evidenciaram uma boa confiabilidade e/ou validade do mesmo em populações gerais e hospitalares (Masur & Monteiro, 1983; Hasselmann et al., 1998; Paz Filho et al., 2001). No entanto, não há conhecimento de pesquisas que se tenha avaliado a qualidade de sua performance em populações de gestantes. Os demais instrumentos ainda são pouco explorados em nosso meio. Não se conseguiu identificar, na recente bibliografia consultada, qualquer estudo que apresentasse uma versão em português dos instrumentos T-ACE e TWEAK.

Parece pertinente e necessário avaliar a adequação dos novos instrumentos antes de ampliar seu uso no contexto brasileiro, assim como contribuir com os achados sobre a performance do CAGE na população de mulheres grávidas. Neste sentido, o estudo pretende gerar maiores informações quanto a utilização dos três instrumentos na identificação do abuso e dependência de bebidas alcoólicas por mulheres grávidas através da avaliação das propriedades psicométricas destas ferramentas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a equivalência de mensuração entre os originais concebidos em inglês e as versões em português dos instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK quando utilizados para rastrear uso abusivo e dependência de álcool por mulheres grávidas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a confiabilidade intra e inter-observador dos instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK.
- Avaliar a consistência interna dos instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK.
- Avaliar a validade de construto dos instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK.

2. SEGUNDA PARTE: ARTIGO

**EQUIVALÊNCIA DE MENSURAÇÃO DAS VERSÕES EM PORTUGUÊS
DOS INSTRUMENTOS *CAGE*, *T-ACE* E *TWEAK*
UTILIZADOS PARA RASTREAR CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL EM
MULHERES GRÁVIDAS**

*Measurement equivalence of the versions in Portuguese of the instruments
CAGE, T-ACE e TWEAK
utilized for to track the alcohol abuse and dependence in pregnancy women*

2.1 RESUMO

Aceitando-se que é de grande interesse fazer comparações de resultados e perfis epidemiológicos entre diferentes localidades e culturas, programas de investigação de equivalência trans-cultural são desejáveis e necessários. Adotando um modelo de adaptação trans-cultural de instrumentos na área da saúde e qualidade de vida, o objetivo deste artigo é apreciar a equivalência de mensuração entre os originais concebidos em inglês e as versões em português de três instrumentos utilizados para rastrear consumo abusivo de álcool – o *CAGE*, o *TWEAK* e o *T-ACE* – entre mulheres grávidas. A avaliação da confiabilidade intra-observador envolveu 97 replicações realizadas 24 a 48 horas após a primeira abordagem. Outras 38 entrevistas foram realizadas para avaliação da confiabilidade inter-observador. À exceção do instrumento *CAGE*, em situação específica, todas as estimativas de ponto do coeficiente *kappa* foram acima de 0,76. As estimativas do *alpha de Cronbach* para a análise de consistência interna variaram de 0,48 a 0,68 ($n = 774$). Para estudar a validade de construto ($n = 505$) foram avaliadas as associações entre o abuso de álcool, apontado pelos três instrumentos, e os supostos construtos relacionados. Os achados indicam que as versões do *CAGE* (ponto de corte 1), *TWEAK* (pontos de corte dois e três) e o *T-ACE* propostas apresentaram propriedades psicométricas satisfatórias e merecem ser recomendadas para uso no contexto brasileiro.

Palavras-chave: adaptação trans-cultural; questionários; confiabilidade; validade; alcoolismo; gravidez.

ABSTRACT

Since it is of great interest to compare epidemiological profiles between different settings and cultures, epidemiological research programs regarding their cross-cultural adaptation are essential. Using a cross-cultural equivalence model developed in the research area of health-related quality of life, the present article assesses the measurement equivalence between the Portuguese versions and the originals conceived in English of three instruments used to evaluate alcohol abuse and dependence – CAGE, TWEAK and T-ACE – among pregnancy women. An intra-observer reliability evaluation involved 97 replications carried out within a 24–48 hour period. Another 38 were carried out to assess inter-observer reliability. With exception of a few instances related to the instrument CAGE, all kappa point-estimates were above 0,76. *Cronbach's* α used to assess internal consistency ranged from 0,48 to 0,68 ($n = 774$). For the appraisal of construct validity ($n = 505$), the relationship between alcohol abuse and several putative underlying theoretically related dimensions were evaluated. The findings indicate that the version CAGE (score 1), TWEAK (score 2 or 3) and T-ACE can be recommended for use in the Brazilian context.

Key words: cross-cultural equivalence; screening; reliability; validity; alcoholism; pregnancy

2.2 INTRODUÇÃO

Em diferentes partes do mundo, o uso abusivo e a dependência de bebidas alcoólicas têm tido um importante impacto na saúde e mortalidade de adolescentes, adultos e idosos (Werner et al., 1994; Schorling & Buchsbaum, 1997; Bradley et al., 2001; Green & Polen, 2001). Estudos epidemiológicos apontam que a prevalência de alcoolismo é diferentes entre os países, variando entre 4% a 9% na população geral (Grant et al., 1991; Caetano & Tam, 1995; Grant, 1996; Dawson, 2000) e 20% a 35% na população atendida nos serviços de saúde (Cleary et al., 1988; Isaacson et al., 1994; Liskow et al., 1995; Schmidt et al., 1995). No Brasil, os estudos disponíveis, ainda que em menor quantidade, sugerem prevalências na população geral que oscilam entre 3% e 8% (Santana, 1982; Santana et al., 1989; Almeida & Coutinho, 1993; Almeida Filho et al., 1997), sendo bastante semelhante as encontradas nos serviços de saúde (Iacoponi et al., 1989; Almeida et al., 1997).

Baseados nas diferentes repercussões bio-psico-sociais do abuso e dependência de álcool entre homens e mulheres, alguns autores vêm alertando para o equívoco na generalização dos achados das pesquisas de prevalência para o universo feminino, uma vez que a maioria foi realizada em populações predominantemente masculinas (Cherpitel, 1997; Stein & Cyr, 1997; Chang et al., 1998; Chang et al., 1999; Cherpitel, 1999b). Estudos realizados fora do Brasil mostram que a prevalência do abuso e dependência de álcool em mulheres oscila entre 2% e 11% (Fleming & Barry, 1991; Grant et al., 1991; Stein & Cyr, 1997; Ebrahim et al., 1999). Em gestantes observam-se valores de 0,5% a 25%, variação que depende da metodologia empregada (Chasnoff et al., 1990; Vega et al., 1993; Stein & Cyr, 1997; Ebrahim et al., 1999). Até o momento, pouco se sabe sobre a prevalência de alcoolismo em mulheres não grávidas ou gestantes no Brasil. Os dados disponíveis sugerem taxas de 1,5% a 15% (Silva et al., 1981; Iacoponi et al., 1989; Vianna & Monteiro, 1991; Almeida & Coutinho, 1993; Chaieb & Castellarin, 1998).

Por muitos anos, a percepção da mulher como possível usuária de álcool e vítima das conseqüências de seu uso excessivo não obteve merecida relevância. Apenas recentemente, o tema vem sendo pouco mais explorado devido às altas prevalências e danos provocados pelo abuso da substância. O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode ocasionar diferentes conseqüências deletérias à saúde da mulher e do

recém-nascido. Quanto maior o consumo, maior a chance de prejudicar o feto. Muitos bebês de mães dependentes de álcool, que fizeram uso excessivo durante a gravidez, são afetados pela “Síndrome do Alcoolismo Fetal”. Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência). As crianças gravemente afetadas e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas físicos e mentais que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso. Desta forma, é recomendável que toda gestante evite o consumo de bebidas alcoólicas, não só ao longo da gestação como também durante a amamentação, já que o álcool pode ser encontrado no leite após o consumo materno (Barrison & Wright, 1984; Borges et al., 1993; Anyanwu & Watson, 1997; Schorling & Buchsbaum, 1997; Stein & Cyr, 1997).

A identificação dos casos de uso excessivo de álcool é um dos primeiros passos necessários ao enfrentamento do problema. A importância do diagnóstico, preferencialmente em estágios mais iniciais, se dá pela possibilidade de prover alguma forma de intervenção que reduza seu consumo e, conseqüentemente, o risco de desenvolver futuras complicações (Stein & Cyr, 1997; Abel et al., 1998; Aertgeerts et al., 2001).

Atualmente, diferentes marcadores biológicos estão disponíveis para a identificação do excesso de ingestão alcoólica pela gestante. Porém, além de serem caras, essas estratégias diagnósticas apresentaram baixas sensibilidades e especificidades em estudos anteriores (Girela et al., 1994; Stein & Cyr, 1997; Aertgeerts et al., 2001). A literatura aponta que a diminuição ou cessação na ingestão da substância provoca uma queda brusca nos valores séricos da maioria dos marcadores biológicos (Masur, 1986; Beresford et al., 1990; Stein & Cyr, 1997; Aertgeerts et al., 2001). Em função da conhecida desaprovação social do consumo exagerado de bebidas alcoólicas durante a gestação, a capacidade diagnóstica de perguntas diretas sobre o assunto deixa a desejar. A qualidade das informações a esse respeito é questionada em diferentes estudos, pois negar o problema é comum entre mulheres que abusam de álcool (Masur et al., 1985; Schorling & Buchsbaum, 1997)

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) e o *International Classification of Disease, Tenth Revision* (ICD-10) (World Health Organization, 1993), bem como

alguns instrumentos relacionados – *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Wittchen, 1994); o *Alcohol Module of the Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981) e o *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule* (AUDADIS) (Grant et al., 1995) – têm sido indicados pela literatura como referência no diagnóstico do consumo exagerado de álcool. No entanto, por serem extensos, complexos e necessitarem de pessoal especializado para sua administração, estas ferramentas não têm sido muito aplicadas na prática diária dos serviços de saúde, sendo o uso restrito a estudos de validação de novos instrumentos (Bradley et al., 1998; Staab et al., 2001).

Diante da insuficiência de estratégias para a identificação do problema que sejam acuradas, eficientes e que possam ser utilizadas no âmbito clínico e epidemiológico, muitos instrumentos têm sido elaborados para rastrear os indivíduos com maior risco de apresentar o problema (Masur et al., 1985; Sokol et al., 1989; Russell et al., 1994; Russell et al., 1996; Bradley et al., 1998; Chang et al., 1999). Estudos envolvidos com o processo de suspeição de abuso e dependência de álcool procuraram demonstrar que instrumentos curtos, de simples administração e interpretação podem ser capazes de captar o mesmo construto de interesse que os critérios diagnósticos padrões (Magruder-Habib et al., 1993; Fiellin et al., 2000). Instrumentos como o *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) (Selzer et al., 1971) e suas versões mais breves, o *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener* (CAGE) (Ewing & Rouse, 1970), o *Tolerance, Annoyed, Cut-down, Eye-opener* (T-ACE) (Sokol et al., 1989), o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (Saunders et al., 1993) e o *Tolerance, Worry, Eye-opener, Annoyed, K/Cut-down* (TWEAK) (Russel, 1994) representam as principais ferramentas utilizadas que resultam de programas de investigação robustos e bem estabelecidos.

Proposto por Ewing & Rose (1970), o CAGE tem sido apontado como o instrumento de rastreamento menos intimidativo e de mais simples aplicação. Consta de apenas quatro perguntas, sendo seu nome uma sigla resultante das palavras-chaves contidas em cada uma delas. O entrevistado é considerado suspeito de ter consumo exagerado de álcool quando responde afirmativamente a pelo menos duas das quatro questões (Mayfield et al., 1974; Masur et al., 1985). O instrumento foi inicialmente validado, no formato original em inglês, por Mayfield *et al.* (1974). Ao longo dos anos, o CAGE vem apresentando diferentes instâncias de validação e/ou estudos

psicométricos pelo mundo, inclusive no Brasil (Masur & Monteiro, 1983; Almeida & Coutinho, 1993; Russel et al., 1994; Cherpitel, 1997; Hasselmann et al., 1998; Myerholtz & Rosenberg, 1998; Paz Filho et al., 2001; Kelly et al., 2002). Embora bastante utilizado em estudos epidemiológicos, tem sofrido críticas quanto sua performance em mulheres e gestantes. Observa-se que, utilizando o ponto de corte padrão apontado acima, o CAGE tem se mostrado pouco sensível para uso nesta população (Russel et al., 1994; Russell et al., 1996; Cherpitel, 1997).

A discussão em torno da performance dos instrumentos utilizados para identificar uso excessivo da substância na população de mulheres, principalmente durante a gravidez, vem sendo abordada há pouco mais de uma década. No final dos anos 80, a elaboração e a construção de instrumentos específicos para uso em gestantes surgiu como uma tentativa de melhorar o diagnóstico inicial (Sokol et al., 1989; Russel, 1994; Russel et al., 1994). O T-ACE foi o pioneiro neste processo. Originalmente proposto por Sokol *et al.* (1989), é composto por quatro itens, sendo três oriundos do CAGE (*Annoyed, Cut-down e Eye-opener*), aos quais se adicionou um sobre tolerância aos efeitos do álcool – *Tolerance*. Segundo o autor, foi justamente a inclusão deste item que o tornou mais sensível na identificação do abuso de álcool em gestantes.

Com mesmo intuito, Russel (1994) propôs o TWEAK. O instrumento é composto por cinco itens, sendo dois provenientes do CAGE (*Eye-opener e C/Kut-down*) e outros dois do MAST, cobrindo as questões sobre a preocupação da pessoa com o seu consumo de álcool (*Worry*) e a ocorrência de episódios de amnésia (*Amnesia or blackouts*). O TWEAK, assim como o T-ACE, também aborda a questão da tolerância ao uso de álcool.

É interessante destacar que não há ainda o conhecimento de pesquisas que se tenha avaliado a performance do T-ACE e TWEAK no Brasil. Em recente revisão bibliográfica não foi possível identificar qualquer estudo, muito menos uma versão em português para os dois instrumentos. Aceitando-se que é de interesse se fazer comparações de resultados e perfis epidemiológicos entre diferentes localidades e culturas, parece oportuno e relevante elaborar uma versão para uso no Brasil, mediante um rigoroso processo de avaliação da equivalência entre os instrumentos no idioma original e a nova versão concebida (Guillemin et al., 1993; Herdman et al., 1998; Reichenheim e Moraes, 2002).

Desta forma, dando prosseguimento aos programas de avaliação psicométricas do CAGE e iniciando o processo de adaptação trans-cultural do T-ACE e TWEAK para uso no Brasil, o objetivo do artigo é avaliar a equivalência de mensuração entre as versões em português desses instrumentos e os originais em inglês quando utilizados para rastrear consumo abusivo de álcool por mulheres grávidas. Nesta perspectiva, pretende-se não só possibilitar o uso destas ferramentas no nosso contexto, como também, contribuir com o debate sobre a performance dos mesmos neste subgrupo populacional.

2.3 MATERIAL E MÉTODOS

Modelo Utilizado para Adaptação Trans-cultural dos Instrumentos

O estudo se baseia nas diretrizes do modelo proposto por Herdman *et al.* (1998) calcado na apreciação de diferentes tipos de equivalência. Segundo os autores, inicialmente, a adaptação deve contemplar uma apreciação da pertinência dos conceitos e domínios apreendidos pelo instrumento original na cultura alvo da nova versão (equivalência conceitual). O modelo também prescreve que se avalie a adequação de cada item do instrumento original em termos de sua capacidade para representar tais conceitos e domínios na população onde o instrumento pretende ser utilizado (equivalência de itens). Somente então, deve-se partir para a avaliação da equivalência semântica entre esta e o original (equivalência semântica). A adequação e pertinência de aspectos operacionais na nova cultura – forma de administração, número de opções de resposta, etc. – também devem ser observadas (equivalência operacional). Na seqüência, avalia-se a equivalência entre as propriedades psicométricas do instrumento original e de sua nova versão (equivalência de mensuração). Segundo os autores, somente após percorrer os diferentes aspectos de equivalência apontados acima, é possível declarar que está estabelecida a adaptação trans-cultural da nova versão (equivalência funcional).

Versões em Português dos Instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK

Em 1983, Masur & Monteiro propuseram uma versão para a língua portuguesa do instrumento CAGE. Apreciando a validade do instrumento mediante a comparação com um padrão de referência, os autores encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% para o novo instrumento. Os bons resultados das avaliações

psicométricas e a equivalência dos achados aos reportados em estudos internacionais justificam a utilização desta versão neste estudo.

Uma vez que os instrumentos T-ACE e TWEAK utilizam vários itens do CAGE, procedeu-se apenas a tradução dos itens adicionais para elaboração de suas versões em português, concedendo-se, assim, a existência de equivalência conceitual, de itens e semântica entre os originais e suas respectivas versões. Como o *layout* e o modo de aplicação dos originais foram mantidos, também se assume que haja equivalência operacional, nos termos proposto por Herdman *et al.* (1998).

O Quadro 2-1 apresenta os formulários originais em inglês e as versões em português dos três instrumentos. Vale salientar que a literatura apresenta duas versões para o item sobre tolerância abordado nos instrumentos T-ACE e TWEAK. Uma referente a quantidade de álcool que o indivíduo necessita para se sentir “alto” (versão *high*) e uma outra sobre o número de doses que necessita para começar a sentir os efeitos da substância (versão *hold*) (Chang et al., 1999; Russel et al., 1996; Chan et al., 1993). O presente estudo considera apenas a versão *high*, onde o item é considerado positivo quando o indivíduo necessita de pelo menos três doses para se sentir alto.

Quanto ao total de pontos atribuídos aos instrumentos, um entrevistado é considerado CAGE positivo quando responde afirmativamente a pelo menos dois dos seus quatro itens. Um T-ACE positivo é obtido quando dois ou mais pontos são alcançados pelo entrevistado em um total de cinco. Nesta ferramenta, o item sobre tolerância aos efeitos do álcool (T) recebe peso dois se respondido afirmativamente. Para caracterizar o TWEAK, a literatura propõe dois pontos de corte diferentes. Um entrevistado é considerado positivo quando obtém dois ou mais pontos (TWEAK_2) ou pelo menos três (TWEAK_3) em um total de sete. Caso respondidos de forma afirmativa, os itens sobre tolerância (T) e preocupação da pessoa com o seu consumo de álcool (W) também apresentam peso dois.

Quadro 2-1 – Formulários originais e versões em português dos instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK usados para rastrear abuso e dependência de álcool

FORMULÁRIO ORIGINAL	VERSÃO EM PORTUGUÊS	CAGE	T-ACE	TWEAK
<i>How many drinks does it take to make you feel high? This is how much it takes before you start to feel different than you usually do? (Tolerance) (T)</i>	Quantas doses você precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?	-	X	X
<i>Have you ever felt that you should cut down (C/K) on your drinking?</i>	Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	X	X	X
<i>Have people annoyed (A) you by criticizing your drinking?</i>	As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	X	X	-
<i>Have you ever felt bad or guilty (G) about your drinking?</i>	O Sr. (a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	X	-	-
<i>Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (eye-opener) (E)?</i>	O Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	X	X	X
<i>Does your spouse (or parents) ever worry (W) or complain your drinking?</i>	Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	-	-	X
<i>Have you ever awakened the morning after some drinking the night before and found that you could not remember a part of the evening before? (Amnesia or Blackouts) (A).</i>	Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	-	-	X

X = item presente no instrumento

- = item não pertence ao instrumento

Trabalho de Campo¹

Este estudo é um dos subprojetos aninhados ao estudo caso-controle sobre violência familiar na gestação como fator de propensão a prematuridade do recém-nascido (Moraes, 2001). A coleta de dados ocorreu entre março e setembro de 2000 em três maternidades públicas do Rio de Janeiro (Brasil) – Maternidade Municipal

¹ Mais detalhes sobre o trabalho de campo se encontram no Anexo 1, página 84

Carmela Dutra, Maternidade Oswaldo Nazareth e Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. As entrevistas foram realizadas nas primeiras 72 horas de puerpério, antes da alta hospitalar, em local reservado, sem a presença do marido ou companheiro. Os mesmos profissionais realizaram as replicações necessárias à avaliação da confiabilidade logo nas 24 a 48 horas posteriores a primeira abordagem.

Avaliação da Equivalência de Mensuração^{2,3}

A equivalência de mensuração foi avaliada através da comparação das estimativas de confiabilidades intra e inter-observadores, consistência interna e validade de construto das versões em português com as reportadas pelas pesquisas que utilizaram os instrumentos originais (Nunnally & Bernstein, 1994).

Para análise da confiabilidade intra-observador foram realizadas 97 replicações 24 a 48 horas após a primeira entrevista. Outras 38 entrevistas foram realizadas por dois entrevistadores em paralelo e de forma independente para se avaliar a confiabilidade inter-observador. Na análise foram utilizados os estimadores *kappa* para dados categóricos (variáveis dicotomizadas) e *kappa* com ponderação quadrática para variáveis contínuas (Cohen, 1960; Fleiss, 1981). Os instrumentos foram analisados separadamente através da identificação de um diagnóstico positivo de abuso e dependência de álcool para a mulher, para o seu companheiro ou o casal, considerando para isso ou a respondente ou seu companheiro um caso positivo. A interpretação seguiu as diretrizes de Shrout (1998), um desenvolvimento da classificação originalmente proposto por Landis e Koch (1977): concordância (virtualmente) ausente ($k < 0.1$); concordância fraca ($k = 0.10-0.40$); concordância discreta ($k = 0.41-0.60$); concordância moderada ($k = 0.61-0.80$); e concordância substancial ($k = 0.81-1.0$). Os intervalos de confiança das estimações foram calculados via *bootstrap* baseado em 500 replicações, utilizando a rotina *bs* do programa Stata 7.0 (StataCorp, 1999). As estimações apresentadas são corrigidas para viés (*bias-corrected*).

Para apreciar a consistência interna dos instrumentos foi utilizado o α de Cronbach (Cronbach, 1951). Esta análise contou com as 774 mães entrevistadas. Cada

² Mais detalhes sobre os estimadores de confiabilidade e validade se encontram no Anexo 2, página 86

³ O formulário do estudo principal que subsidiou a apreciação da equivalência de mensuração se encontra no Anexo 3, página 90

instrumento foi avaliado separadamente segundo informações da mulher respondendo sobre si mesma ou sobre seu companheiro. Calculou-se um intervalo de confiança unilateral, o que significa que há 95% de chances da estimativa ser mais alta que o valor encontrado (Feldt, 1965). Para enriquecer a análise, avaliou-se também o percentual de aumento do α de Cronbach decorrente da retirada de cada item do instrumento. Estabeleceu-se que uma elevação em pelo menos 10% do valor de α representaria uma “modificação considerável” da consistência interna.

A avaliação da validade de construto foi restrita a 505 mulheres que compõem o grupo controle do estudo principal. Esta decisão se justifica por ser o que melhor caracteriza a base populacional. A análise envolveu a exploração das relações entre as variáveis representativas do abuso e dependência de álcool e outras dimensões previamente associadas ao uso excessivo da substância anunciadas na literatura de referência. São elas: nível educacional e idade materna, grau de apoio social da mulher durante gravidez; número de consultas ao pré-natal; história de fumo materno na gravidez; abuso de drogas ilícitas por um dos membros do casal; e violência familiar (Bruce et al., 1993; Chan et al., 1993; Stewart & Cecutti, 1993; Gelles, 1997; Stein & Cyr, 1997; Chaieb & Castellarin, 1998).

Embora a maioria das variáveis acima dispense explicação, algumas delas merecem comentários: (a) o conceito de nível educacional foi reduzido a uma variável de dois níveis, separando as mulheres que freqüentaram a escola por quatro anos ou menos das outras. No contexto do presente estudo este corte visa marcar bem um subgrupo extremamente carente do ponto de vista sócio-econômico; (b) o nível de apoio social foi avaliado pela versão nacional do questionário utilizado no *Medical Outcome Study* – MOS (Sherbourne & Stewart, 1991; Chor et al., 2001). Visto que não há consenso de como deveria ser qualificado o nível de suporte social, a pontuação global foi convertida inicialmente em quintos. Para facilitar a interpretação uma variável tricótoma foi criada visando a identificação de grupos que apresentassem um suporte bom, regular ou ruim, respectivamente representados pelo primeiro, segundo ao quarto e quinto nível; (c) criou-se uma variável dicótoma para avaliar o cuidado pré-natal. O primeiro nível compreendeu as mães que não fizeram nenhuma consulta pré-natal ou realizaram apenas uma consulta durante a gestação; (d) Uso de drogas ilícitas foi determinado por meio do instrumento *Non-Student Drugs Use Questionnaire*

(NSDUQ) apoiado pela Organização Mundial de Saúde (Smart et al., 1981). Um caso positivo foi definido como a respondente ou seu parceiro ter consumido pelo menos um tipo de droga da lista apresentada no formulário. O período de referência para consumo de droga foi restrito à gravidez; (e) a violência física entre o casal foi explorada utilizando-se a versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scale – CTS2* (Straus et al., 1996), formalmente adaptado para uso no Brasil (Moraes & Reichenheim, 2002b). Um caso foi considerado positivo quando pelo menos um item da escala de violência física foi positivo, de acordo com os atos perpetrados pela gestante ou seu companheiro.

As hipóteses e relações empíricas testadas na avaliação da validade de construto estão expostas no Quadro 2-2. Nesta etapa da análise foram utilizados o Coeficiente *phi* (Blalock Jr., 1985) e a *Razão de Chances (odds ratio)* (Streiner & Norman, 1989), medidas a serem usadas quando há interesse em avaliar associações entre variáveis nominais (Blalock Jr., 1985; Streiner & Norman, 1989; Doria Filho, 1999).

Quadro 2-2– Hipóteses e associações a serem testadas na análise da validade de construto

	HIPÓTESES	ASSOCIAÇÕES A SEREM TESTADAS
H_1	Uso de álcool é mais comum em gestantes com poucos anos de estudo	Uso de álcool vs escolaridade materna
H_2	Uso de álcool é mais comum em gestantes com mais de 30 anos de idade	Uso de álcool vs idade materna
H_3	Uso de álcool é mais comum em gestantes que apresentam baixo nível de apoio social	Uso de álcool vs nível de apoio social intenso
H_4	Geralmente, gestantes usuárias de álcool realizam poucas consultas no pré-natal	Uso de álcool vs número de consultas ao pré-natal
H_5	Geralmente, gestantes usuárias de álcool também fazem uso de cigarros	Uso de álcool vs fumo materno durante a gravidez
H_6	Geralmente, na família de gestantes usuárias de álcool coexiste o abuso de drogas	Uso de álcool vs uso de drogas ilícitas no domicílio
H_7	Uso de álcool é mais comum em gestantes que vivenciam situações de violência em seus lares	Uso de álcool vs agressão física praticada pelo casal

A entrada de dados e o controle da qualidade da digitação foram realizados, respectivamente, nos programas EpiInfo 6.04 (Dean et al., 1990) e Stata 7.0 (StataCorp, 1999; StataCorp, 2002). Este último também foi usado para o processamento e análise dos dados.

2.4 RESULTADOS

A população de estudo compreendeu preferencialmente mulheres jovens com idade inferior a 30 anos (51,5%; IC 95%: 47,1/55,9); com quatro ou mais anos de estudo (88,9%; IC 95%: 86,2/91,7), com mais do que uma consulta pré-natal (95,6%; IC 95%: 93,9/97,4); não fumantes (81,3%; IC 95%: 77,9/84,8); com pouco apoio da família e de amigos quanto aos aspectos da vida em sociedade (79,2%; IC 95%: 75,7/82,8). O uso de algum tipo de bebida alcoólica foi reportado por 38% das mães entrevistadas. As prevalências do uso excessivo de álcool segundo os instrumentos CAGE, T-ACE, TWEAK_2 e TWEAK_3 foram de 6,3% (IC 95%: 4,2/8,5), 20,2% (IC 95%: 16,7/23,7), 26,5% (IC 95%: 22,7/30,4) e 19,6% (IC 95%: 16,1/23,1), respectivamente.

A Tabela 2-1 mostra a confiabilidade intra e inter-observador. As estimativas de ponto dos *kappas*, quer simples (*kappa*) ou ponderados (*kappa_p*), foram acima de 70% nos três instrumentos. A única exceção pode ser encontrada na coluna 4 da referida tabela, que se refere à confiabilidade inter-observador do CAGE quando a mulher responde sobre si mesma.

A Tabela 2-2 apresenta os resultados da apreciação da consistência interna. Como pode ser observado os valores do α de Cronbach são razoáveis, oscilando entre 0,48 e 0,68. Nota-se um aumento sistemático do α sempre que o item sobre o uso de bebidas alcoólicas pela manhã (*eye-opener*) é retirado. Ao se apreciar as correlações entre cada um dos itens e o escore dos instrumentos sem os mesmos, observa-se que apenas as que envolvem o item *eye-opener* são inferiores a 0.30.

Os resultados da validade de construto são mostrados na Tabela 2-3. Atentando para a estreita correspondência desta com o Quadro 2-2 percebe-se que o panorama é bastante consistente, mostrando associações positivas entre o uso excessivo de bebidas alcoólicas pela gestante e as variáveis representativas dos construtos relacionados. Observa-se uma discreta primazia do T-ACE e das versões do TWEAK sobre o CAGE.

Tabela 2-1 – (1) Confiabilidade intra-observador e (2) Confiabilidade inter-observador das versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE

	ESCALA	1 st	2 nd		<i>kappa</i> (IC 95%)	<i>kappa_p</i> (IC 95%)
			++ -+	+ -		
(1) CONFIABILIDADE INTRA-OBSERVADOR	CAGE	mulher	3	0	1,0	0,84 (0,66 – 1,0)
			0	92		
		homem	17	0	1,0	0,95 (0,90 – 0,99)
	0		71			
	casal	18	0	1,0	0,96 (0,93 – 0,99)	
		0	77			
	TWEAK_2	mulher	11	3	0,78 (0,59 – 0,98)	0,85 (0,74 – 1,0)
			2	78		
		homem	32	3	0,92 (0,82 – 1,0)	0,94 (0,88 – 1,0)
			0	36		
		casal	38	4	0,87 (0,77 – 0,97)	0,92 (0,86 – 0,98)
			2	50		
TWEAK_3	mulher	7	4	0,76 (0,50 – 1,0)	(Não se aplica)	
		0	83			
	homem	21	3	0,87 (0,74 – 1,0)		
		1	46			
	casal	27	6	0,83 (0,71 – 0,95)		
		1	60			
T-ACE	mulher	8	2	0,78 (0,55 – 1,0)	0,86 (0,70 – 1,0)	
		2	82			
	homem	28	1	0,91 (0,81 – 1,0)	0,93 (0,88 – 0,99)	
		2	40			
	casal	32	2	0,86 (0,76 – 0,97)	0,93 (0,89 – 0,98)	
		4	56			
(2) CONFIABILIDADE INTER-OBSERVADOR	CAGE	mulher	1	2	0,48 (-0,19 – 1,0)	0,90 (0,77 – 1,0)
			0	32		
		homem	7	1	0,91 (0,73 – 1,0)	0,95 (0,82 – 1,0)
	0		26			
	casal	7	2	0,84 (0,60 – 1,0)	0,91 (0,77 – 1,0)	
		0	26			
	TWEAK_2	mulher	3	0	1,0	1,0
			0	29		
		homem	10	1	0,92 (0,72 – 1,0)	0,85 (0,74 – 1,0)
			0	16		
		casal	11	2	0,87 (0,70 – 1,0)	1,0
			0	22		
	TWEAK_3	mulher	2	0	1,0	(Não se aplica)
			0	30		
		homem	7	1	0,92 (0,77 – 1,0)	
			0	19		
		casal	9	1	0,93 (0,78 – 1,0)	
			0	25		
T-ACE	mulher	3	0	1,0	1,0	
		0	29			
	homem	9	1	0,92 (0,76 – 1,0)	0,90 (0,66 – 1,0)	
		0	17			
	casal	9	2	0,86 (0,66 – 1,0)	1,0	
		0	24			

Tabela 2-2 – Consistência interna das versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE

ITEM ^(a)		MULHER			HOMEM				
		Correção ^(b)	$\alpha_{(k-1)}$	P_{sum} (%) ^(c) (IC 95%) ^(d)	α (IC) ^(e) (95%)	Correção ^(b)	$\alpha_{(k-1)}$	P_{sum} (%) ^(c) (IC 95%) ^(d)	α (IC) ^(e) (95%)
CAGE	<i>Cut-down</i> (C _{cg})	0,46	0,48	-16,7 (-35,1 / -3,1)	0,57 (0,50)	0,53	0,54	-19,2 (-26,4 / -13,0)	0,66 (0,62)
	<i>Annoyed</i> (A _{cg})	0,44	0,44	-22,6 (-31,9 / -13,5)		0,52	0,53	-19,5 (-25,2 / -15,2)	
	<i>Guilty</i> (G _{cg})	0,48	0,42	-27,1 (-36,9 / -19,1)		0,59	0,49	-26,1 (-31,4 / -20,4)	
	<i>Eye-opener</i> (E _{cg})	0,23	0,61	+ 6,1 (-0,36 / 10,9)		0,17	0,73	+ 9,7 (6,36 / 12,17)	
T-ACE	<i>Tolerance</i> (T _{tc})	0,45	0,42	-11,8 (-25,1 / -5,5)	0,48 (0,42)	0,50	0,49	-10,4 (-19,0 / -1,9)	0,55 (0,50)
	<i>Annoyed</i> (A _{tc})	0,39	0,38	-20,0 (-27,7 / -13,1)		0,43	0,42	-23,3 (-28,6 / -18,6)	
	<i>Cut-down</i> (C _{tc})	0,43	0,25	-46,6 (-57,6 / -35,1)		0,46	0,34	-38,0 (-46,1 / -31,2)	
	<i>Eye-opener</i> (E _{tc})	0,15	0,52	+ 9,2 (4,3 / 12,0)		0,09	0,61	+ 11,2 (8,4 / 14,1)	
TWEAK	<i>Tolerance</i> (T _{tw})	0,50	0,52	-16,2 (-22,5 / -10,5)	0,62 (0,58)	0,56	0,60	-12,6 (-16,2 / -9,0)	0,68 (0,65)
	<i>Worry</i> (W _{tw})	0,56	0,45	-27,0 (-33,8 / -20,8)		0,59	0,54	-20,7 (-24,6 / -17,3)	
	<i>Eye-opener</i> (E _{tw})	0,17	0,65	+ 5,5 (4,0 / 6,4)		0,16	0,72	+ 5,8 (4,9 / 6,5)	
	<i>Amnesia or Blackouts</i> (B _{tw})	0,36	0,60	-3,4 (-6,2 / -0,24)		0,49	0,64	-7,1 (-9,1 / -5,3)	
	<i>C/Kut- down</i> (C _{tw})	0,54	0,51	-17,8 (-22,6 / -13,5)		0,58	0,60	-12,7 (-14,7 / -10,6)	

Legenda:

(a) Vide itens no Quadro 1.

(b) Correlação "item-rest" (Cronbach, 1951).

(c) $P_{sum} = - [\alpha - \alpha_{(k-1)}] / \alpha$; percentual de aumento do α de Cronbach com a retirada do item. Valores negativos significam diminuição.

(d) Intervalo de confiança calculado via *bootstrap*, utilizando a rotina *bs* do programa Stata 7.0 (StataCorp, 1999). As estimativas apresentadas são corrigidas por viés (*bias-corrected*) baseadas em 500 replicações.

(e) Intervalo de Confiança de 95% (Feldt, 1965).

Tabela 2-3 – Validade de constructo das versões em português dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE de acordo com associações entre variáveis que indicam suspeita de uso abusivo de álcool e variáveis de constructo relacionadas à mulher ou casal

VARIÁVEIS		N	CAGE % OR ^(a)		T-ACE % OR ^(a)		TWEAK_2 % OR ^(a)		TWEAK_3 % OR ^(a)	
H_1	Escolaridade materna									
	Até 3 anos de estudo	56	12,5	2,42	33,9	2,26	37,5	1,78	30,3	1,95
	Mais de 3 de estudo	449	5,5	1,00	18,4	1,00	25,1	1,00	18,2	1,00
	p_valor ^(b)		0,072		0,012		0,055		0,048	
	Correlação ^(c)		0,0893		0,1208		0,0877		0,1411	
H_2	Idade materna									
	>= 30 anos	91	12,0	2,22	30,7	3,16	37,3	2,27	30,7	2,67
	20-30 anos	260	4,6	0,78	21,1	1,91	26,1	1,35	18,8	1,39
	<= 19 anos	154	5,8	1,00	12,3	1,00	20,7	1,00	14,2	1,00
	p_valor ^(b)		0,058		0,002		0,019		0,008	
	Correlação ^(c)		0,1129		0,1564		0,1267		0,1411	
H_3	Suporte social intenso									
	Não	400	7,2	2,66	22,5	2,25	30,0	2,79	22,5	3,10
	Sim	105	2,8	1,00	11,4	1,00	13,3	1,00	8,5	1,00
	p_valor ^(b)		0,117		0,013		0,000		0,001	
	Correlação ^(c)		0,0732		0,1119		0,1532		0,1424	
H_4	Nº consultas ao pré-natal									
	Até 1 vez	22	9,09	1,51	36,36	2,36	40,9	1,98	31,8	1,98
	Mais do que 1 vez	483	6,21	1,00	19,46	1,00	25,8	1,00	19,0	1,00
	p_valor ^(b)		0,588		0,053		0,118		0,140	
	Correlação ^(c)		0,0241		0,0859		0,0695		0,0657	
H_5	Fumo materno na gravidez									
	Sim	94	11,7	2,45	43,6	4,42	54,2	4,67	39,3	3,64
	Não	410	5,1	1,00	14,8	1,00	20,2	1,00	15,1	1,00
	p_valor ^(b)		0,031		0,000		0,000		0,000	
	Correlação ^(c)		0,1051		0,2786		0,2999		0,2377	
H_6	Uso de drogas pelo casal									
	Sim	83	9,6	1,77	30,1	1,93	39,8	2,10	26,5	1,62
	Não	422	5,7	1,00	18,3	1,00	23,9	1,00	18,3	1,00
	p_valor ^(b)		0,214		0,017		0,004		0,096	
	Correlação ^(c)		0,0601		0,1096		0,1328		0,0771	
H_7	Agressão física entre o casal									
	Sim	171	11,7	3,54	25,7	1,64	33,9	1,74	25,7	1,75
	Não	333	3,6	1,00	17,4	1,00	22,8	1,00	16,5	1,00
	p_valor ^(b)		0,001		0,035		0,010		0,018	
	Correlação ^(c)		0,1571		0,0980		0,1189		0,1098	

Legenda:

(a) Odds Ratio = razão dos produtos cruzados para verificar associação entre variáveis nominais

(b) p_valor = valor da significância estatística obtida através do Teste Exato de Fisher, considerando significativo o p_valor menor ou igual a 0,05; não significativo quando maior ou igual a 0,11; e quase significativo quando entre 0,06 e 0,10.

(c) Correlação phi = usada nas associações entre variáveis nominais

2.5 DISCUSSÃO

Até o momento, a literatura sobre adaptação trans-cultural não indica consenso sobre os procedimentos apropriados para adaptar instrumentos para novos contextos, culturas ou idiomas. Estratégias que variam desde simples tradução por investigadores de campo a processos mais detalhados, como o proposto por Herdman *et al.* (1998), ainda estão em franco debate. O modelo sugerido pelos autores foi escolhido por ser abrangente e enfatizar a necessidade de apreciação das diferentes nuances na adaptação trans-cultural. Contudo, importa destacar que esse é apenas um dentre vários roteiros disponíveis na literatura na área da saúde e qualidade de vida (*Health Related Quality of Life*) (Guillemin *et al.*, 1993; Herdman *et al.*, 1998; Perneger *et al.*, 1999).

Vale ressaltar que, apesar dessa diversidade de propostas metodológicas, a maioria dos pesquisadores concorda que a utilização de instrumentos deve ser precedida de uma avaliação rigorosa das propriedades psicométricas do instrumento original e sua versão (Guillemin *et al.*, 1993; Herdman *et al.*, 1997; Perneger *et al.*, 1999) Neste sentido, reforça-se o propósito do presente estudo de apreciar a equivalência de mensuração entre os três instrumentos originais concebidos em inglês e as versões em português quando utilizados para rastrear consumo abusivo de álcool em gestantes.

Como apresentado na seção anterior, de forma geral, as estimativas de confiabilidade encontradas são bastante satisfatórias. Segundo a classificação de Shrout (1998), as concordâncias intra e inter-observadores se mantiveram entre moderada e substancial nos três instrumentos. Os achados referentes ao CAGE são consistentes com os de outros estudos, tanto aqueles que utilizam o instrumento no idioma original, quanto os em português. A maioria das pesquisas tem apontado valores de *kappa* entre 0,75 e 0,90 (Hasselmann *et al.*, 1998; Aertgeerts *et al.*, 2000; Knight *et al.*, 2000). Apenas uma exceção deve ser destacada. A confiabilidade inter-observador para o CAGE considerando o consumo de álcool pela respondente se apresenta marcadamente menor, com um *kappa* de 0,48, o que segundo Shrout (1998) significa uma discreta concordância entre os observadores.

Vale lembrar que a confiabilidade é um indicador conjuntural, refletindo tanto a qualidade da mensuração (presença ou não de erro de aferição), quanto à variabilidade do evento sob estudo na base populacional (Miettinen, 1982; Reichenheim & Moraes,

2002). Desta forma, o problema de concordância entre os observadores apresentado pelo CAGE-mulher não deve ser levado à risca. É possível que o achado seja devido às imprecisões do próprio *kappa*, indicada pela flutuação amostral apreendida no amplo intervalo de confiança apresentado na Tabela 2-1, assim como decorrente da baixa prevalência de uso excessivo de álcool neste subgrupo.

Quanto aos instrumentos T-ACE e TWEAK, uma comparação externa não pôde ser realizada, já que não foi possível localizar qualquer estudo de confiabilidade intra ou inter-observador referente aos instrumentos originais em inglês. Assim, apenas uma interpretação da concordância de acordo com a classificação de Shrout (1998) é permitida.

Ainda que com certa cautela devido à ampla superposição dos intervalos de confiança, observa-se que a confiabilidade intra-observador é discretamente maior quando a respondente relata os hábitos etílicos do seu companheiro do que os seus próprios. Este padrão parece refletir o que Masur *et al.* (1985) já haviam apontado e cunhado de “invasão de privacidade”, onde o entrevistado por sentir-se temeroso das conseqüências prefere não admitir o problema. Possivelmente, o fato está associado a conhecida desaprovação social, o medo de represálias e o estigma associado à utilização de álcool pela mulher durante a gravidez (Schorling & Buchsbaum, 1997; Bradley et al., 1998).

Também vale comentar algumas diferenças encontradas entre os números de observações para confiabilidade intra-observador. Sistemáticamente os indicadores que representam os hábitos sobre o consumo de bebidas alcoólicas pelos homens apresentam mais valores faltantes. Ao somar todos os falsos positivos e negativos e os verdadeiros positivos e negativos, o número de observações para confiabilidade intra-observador é em torno de 71 para os homens e 94 para as mulheres. Pelo fato de ser a mulher a única respondente, em algumas situações não se mostrou hábil a fornecer informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas do seu companheiro. Além disto, em alguns casos, as mulheres nem mesmo tinham um companheiro.

Os estimadores de consistência interna apresentam valores semelhantes aos encontrados em estudos que avaliam o CAGE e TWEAK originais, encontrando-se majoritariamente entre 0,50 e 0,70 (Tempier, 1996; Knight et al., 2000; Kelly et al.,

2002). Como ao se avaliar a equivalência de mensuração, não interessa tanto observar os valores dos estimadores em si, mas se estes convergem aos encontrados nos estudos sobre o instrumento original, pode-se afirmar que ambos os instrumentos alcançaram equivalência (Guillemin et al., 1993; Reichenheim & Moraes, 2002). O mesmo não cabe em relação ao T-ACE, já que nenhum estudo que apreciasse a consistência interna do original foi localizado.

Alguns resultados obtidos nesta análise merecem discussão mais detalhada. A consistência interna diz respeito à existência de correlação entre os diferentes itens que compõem o instrumento e como estes itens estão captando o construto investigado. Considera-se ideal que os itens sejam moderadamente correlacionados, mas que estas relações não sejam tão grande a ponto de resultar em redundâncias e, conseqüentemente, em perda da validade de conteúdo. A literatura aponta que um aumento significativo do α de Cronbach mediante a exclusão de um dos itens que compõe a escala pode estar indicando que o mesmo está contribuindo para reduzir a homogeneidade do instrumento sob investigação (Streiner & Norman, 1989).

Considerando os efeitos da retirada do item *eye-opener* comentados nos Resultados, pode-se questionar sua pertinência nos três instrumentos investigados. É possível que o item represente um “subdomínio” do uso excessivo de álcool, uma vez que os valores das estimativas diminuem com a sua inserção na escala. Na literatura consultada, o item é caracterizado como conotando “síndrome de abstinência”, presente apenas em situações graves que envolvem a dependência do uso de álcool (American Psychiatric Association, 1994). A restrição do item aos casos mais extremos também pode ser evidenciada ao se observar que apenas 4% das entrevistadas o responderam afirmativamente. A baixa prevalência de positivos faz questionar sua pertinência em instrumentos utilizados com simples propósito de rastreamento, já que nesta situação importa mais a sensibilidade do que a especificidade da estratégia diagnóstica. Neste sentido, a presença de itens que representassem situações mais freqüentemente encontradas poderia atender melhor a finalidade do instrumento. Por outro lado, a possibilidade de uma rápida identificação dos casos mais graves também pode ser vista como uma vantagem por permitir a implementação imediata de medidas mais drásticas visando a redução do consumo e complicações à saúde da mulher e da criança.

Vale a pena enfatizar que os achados devem ser apreciados com uma certa cautela, pois o número de estudos cujo principal objetivo é avaliar a confiabilidade destes instrumentos ainda é bastante reduzido e foram realizados com base em amostras da população geral ou hospitalar (Tempier, 1996; Knight et al., 2000; Kelly et al., 2002). A grande maioria das publicações da área apenas reporta o instrumento usado na pesquisa, sem que seja feito qualquer comentário sobre suas propriedades psicométricas.

Quanto aos resultados obtidos na avaliação da validade de construto, estes demonstram boas evidências de adequação das versões em português dos três instrumentos, tendo em vista que a maioria das associações identificadas foi semelhante aos achados de outras investigações. Geralmente, mulheres que utilizam bebidas alcoólicas de forma abusiva têm idade superior a 30 anos, baixa escolaridade, insatisfatório nível de apoio social, menor frequência ao pré-natal, são fumantes e se envolvem em relações em que o consumo de drogas ilícitas e a violência física é comum entre o casal (Bruce et al., 1993; Chan et al., 1993; Cavallo et al., 1995).

Em geral, as hipóteses formuladas no Quadro 2-2 foram apoiadas de forma consistente, tendo em vista os resultados apresentados na Tabela 2-3. Pequena exceção ocorreu em relação a aparente ausência de associação entre a variável representativa do número de consultas durante o pré-natal e o uso excessivo de álcool captado pelos instrumentos TWEAK e CAGE. Outras variáveis como o nível de suporte social e o uso de drogas por algum membro do casal também apresentaram ausência de associação com o consumo abusivo e dependência de álcool rastreado pelo CAGE.

Neste processo pode ser identificada certa insuficiência da capacidade discriminante do indicador para captar a associação esperada entre o uso excessivo de álcool e o número de consultas durante o pré-natal. A referência utilizada com êxito em estudos anteriores para estratificar o número de consultas no pré-natal (Brasil, 2000) teve baixo poder discriminante neste trabalho. Apesar de várias tentativas utilizando diferentes pontos de corte, os resultados ainda não se mostraram conforme o esperado, indicando a necessidade de novas investigações a respeito.

Quanto a ausência de associação do CAGE com outras duas variáveis, alguns autores têm sugerido que a acurácia do instrumento em mulheres grávidas pode depender de condições específicas, como a identificação do ponto de corte ideal para

rastrear uso excessivo de álcool neste subgrupo populacional (Cherpitel, 1997; Bradley et al., 1998). Para os autores, é possível que a melhor performance do CAGE seja alcançada apenas com a diminuição do ponto de corte definido originalmente. Se no presente estudo este fosse reduzido para apenas uma ou mais respostas afirmativas, a prevalência de CAGE positivo em gestantes passaria de 6% para 19%, valor bastante próximo às estimativas apresentadas pelo T-ACE e TWEAK_3.

A atual avaliação da equivalência de mensuração identificou alguns pontos que merecem discussões e pesquisas adicionais para enriquecer as versões propostas do TWEAK e T-ACE, e reafirmar o uso do CAGE no contexto brasileiro. Como comentado anteriormente, pontos que ainda requerem atenção dizem respeito a pertinência do item *eye-opener* e o melhor ponto de corte para captar suspeição de uso abusivo e dependência de álcool em mulheres e gestantes. Talvez valha recomendar a realização de estudos de validade concorrente dos três instrumentos em gestantes no Brasil. Além disso, é fundamental a realização de novas investigações sobre as propriedades psicométricas do T-ACE no idioma original para tornar possível a finalização de mais uma etapa do processo de adaptação do instrumento no contexto brasileiro. Por fim, ressalta-se a necessidade de se testar as versões em português em outras populações e contextos culturais. Seria interessante que estudos futuros servissem de instâncias de replicação e corroboração dos achados. Deve ser lembrado que este estudo é restrito a mulheres no pós-parto e limitado aos serviços públicos de saúde.

Por mais que não devam ser ignorados, os entraves circunstanciais encontrados não invalidam a constatação da equivalência de mensuração dos instrumentos CAGE e TWEAK. Quanto ao T-ACE, a aparente inexistência de estudos originais para comparabilidade externa não torna possível a avaliação da equivalência de mensuração do instrumento. Entretanto, os achados demonstraram uma boa performance do instrumento na população estudada, uma vez que a análise das suas propriedades psicométricas revelou níveis aceitáveis para as estimativas utilizadas. Assim, os resultados encontrados recomendam a utilização dos três instrumentos no rastreamento do uso abusivo ou dependência de álcool nos serviços pré-natais, possibilitando a continuidade do programa de avaliação da qualidade dos mesmos na população brasileira.

2.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, E. L.; KRUGER, M. L. & FRIEDL, J., 1998. How do physicians define "light," "moderate," and "heavy" drinking? *Alcohol Clin Exp Res*, 22:979-84.
- AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; ANSOMS, S. & FEVERY, J., 2001. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract*, 51:206-17
- AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; FEVERY, J. & ANSOMS, S., 2000. Is there a difference between CAGE interviews and written CAGE questionnaires? *Alcohol Clin Exp Res*, 24(5):733-6.
- ALMEIDA FILHO, N. et al., 1997. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*, 171:524-529.
- ALMEIDA, L. M. & COUTINHO, E. S. F., 1993. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana. *Revista de Saúde Pública*, 27:23-29.
- ALMEIDA, O. P.; FORLENZA, O. V.; LIMA, N. K.; BIGLIANI, V.; ARCURI, S. M.; GENTILE, M.; FARIA, M. M.; LOURENCO, C. C. & DE OLIVEIRA, D. A., 1997. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting-- report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12:728-36.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC.
- ANYANWU, E. & WATSON, N., 1997. Alcohol dependence: a critical look at the effects of alcohol metabolism. *Rev Environ Health*, 12:201-13.
- BARRISON, I. G. & WRIGHT, J. T., 1984. Moderate drinking during pregnancy and fetal outcome. *Alcohol Alcohol*, 19:167-72.
- BERESFORD, T. P.; BLOW, F. C.; HILL, E.; SINGER, K. & LUCEY, M. R., 1990. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet*, 336:482-5.

- BLALOCK JR., H. M., 1985. *Social Statistics*. (2 ed.). London: McGraw-Hill Book Company.
- BORGES, G.; LOPEZ-CERVANTES, M.; MEDINA-MORA, M. E.; TAPIA-CONYER, R. & GARRIDO, F., 1993. Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the National Addiction Survey (Mexico). *Int J Addict*, 28:355-68.
- BRADLEY, K. A.; BOYD-WICKIZER, J.; POWELL, S. H. & BURMAN, M. L., 1998. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *Jama*, 280:166-71.
- BRADLEY, K. A.; MAYNARD, C.; KIVLAHAN, D. R.; MCDONELL, M. B. & FIHN, S. D., 2001. The relationship between alcohol screening questionnaires and mortality among male veteran outpatients. *J Stud Alcohol*, 62:826-33.
- BRASIL, (2000). Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRUCE, F. C.; ADAMS, M. M.; SHULMAN, H. B. & MARTIN, M. L., 1993. Alcohol use before and during pregnancy. PRAMS Working Group. *Am J Prev Med*, 9:267-73.
- CAETANO, R. & TAM, T. W., 1995. Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 U.S. National Alcohol Survey. *Alcohol Alcoholism*, 30:177-186.
- CAVALLO, F.; RUSSO, R.; ZOTTI, C.; CAMERLENGO, A. & RUGGENINI, A. M., 1995. Moderate alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol*, 30:195-201.
- CHAIEB, J. A. & CASTELLARIN, C., 1998. [Smoking associated with alcoholism: introduction to the major human dependencies]. *Rev Saúde Pública*, 32:246-54.
- CHAN, A. W.; PRISTACH, E. A.; WELTE, J. W. & RUSSELL, M., 1993. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res*, 17:1188-92.
- CHANG, G.; WILKINS-HAUG, L.; BERMAN, S. & GOETZ, M. A., 1999. The TWEAK: application in a prenatal setting. *J Stud Alcohol*, 60:306-9.

- CHANG, G.; WILKINS-HAUG, L.; BERMAN, S.; GOETZ, M. A.; BEHR, H. & HILEY, 1998. Alcohol use and pregnancy: improving identification. *Obstet Gynecol*, 91(6):: 892-8.
- CHASNOFF, I. J.; LANDRESS, H. J. & BARRETT, M. E., 1990. The prevalence of illegal drug use or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting in Pinellas County, Florida. *N Engl J Med*, 322:1202-1206.
- CHERPITEL, C. J., 1997. Comparison of screening instruments for alcohol problems between black and white emergency room patients from two regions of the country. *Alcohol Clin Exp Res*, 21:1391-7.
- CHERPITEL, C. J., 1999b. Gender, injury status and acculturation differences in performance of screening instruments for alcohol problems among US Hispanic emergency department patients. *Drug Alcohol Depend*, 53:147-57.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:109-118.
- CLEARY, P. D.; MILLER, M.; BUSH, B. T.; WARBURG, M. M.; DELBANCO, T. L. & ARONSON, M. D., 1988. Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *Am J Med*, 85:466-71.
- COHEN, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46.
- CRONBACH, L. J., 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16:297-334.
- DAWSON, D. A., 2000. Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. *Alcohol Clin Exp Res*, 24:77-81.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1990. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.

- DORIA FILHO, U., 1999. *Introdução à Bioestatística - para simples mortais*. São Paulo - SP: Negócio Editora.
- EBRAHIM, S. H.; DIEKMAN, S. T.; FLOYD, R. L. & DECOUFLE, P., 1999. Comparison of binge drinking among pregnant and nonpregnant women, United States, 1991-1995. *Am J Obstet Gynecol*, 180:1-7.
- EWING, J. A. & ROUSE, B. A., 1970. *Identifying the hidden alcoholic*: Read at the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Sydney, Australia.
- FELDT, L. J., 1965. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika*, 30:357-371.
- FIELLIN, D. A.; REID, M. C. & O'CONNOR, P. G., 2000. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med*, 160:1977-89
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. (2 ed.). New York: John Wiley & Sons.
- FLEMING, M. F. & BARRY, K. L., 1991. A three-sample test of a masked alcohol screening questionnaire. *Alcohol Alcohol*, 26(1):81-91.
- GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.
- GIRELA, E.; VILLANUEVA, E.; HERNANDEZ-CUETO, C. & LUNA, J. D., 1994. Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism. *Alcohol Alcohol*, 29:337-43.
- GRANT, B. F., 1996. Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J.Subst. Abuse*, 8:195-210.
- GRANT, B. F.; HARTFORD, T. C.; CHOU, P.; PICKERING, R.; DAWSON, D. A.; STINSON, F. S. & NOBLE, J., 1991. Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence, United States, 1988. *Alcohol Hlth Res World*, 15:91-96.

- GRANT, B. F.; HARFORD, T. C.; DAWSON, D. A.; CHOU, P. S. & PICKERING, R. P., 1995. The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend.*, 39:37-44
- GREEN, C. & POLEN, M., 2001. The health and health behaviors of people who do not drink alcohol. *Am J Prev Med*, 21(4): 298-305.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. & BEATON, D., 1993. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46:1417-1432
- HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. & REICHENHEIM, M. E., 1998. Confiabilidade das aferições de um estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Revista de Saúde Pública*, 32:437-446.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7:323-335.
- IACOPONI, E.; LARANJEIRA, R. R. & JORGE, M. R., 1989. At risk drinking in primary care: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Br J Addict*, 84:653-8.
- ISAACSON, J. H.; BUTLER, R.; ZACHAREK, M. & AL., E., 1994. Screening with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med*, 9:550-553.
- KELLY, T. M.; DONOVAN, J. E.; KINNANE, J. M. & TAYLOR, D. M., 2002. A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*, 37(5): 444-50.
- KNIGHT, J. R.; GOODMAN, E.; PULERWITZ, T. & DURANT, R. H., 2000. Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. *Pediatrics*, 105(4 Pt 2): 948-53.
- LANDIS, J. R. & KOCH, G. G., 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-174.

- LISKOW, B.; CAMPBELL, J.; NICKEL, E. J. & AL., E., 1995. Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic. *J Stud Alcohol*, 56:277-281.
- MAGRUDER-HABIB, K.; STEVENS, H. A. & ALLING, W. C., 1993. Relative performance of the MAST, VAST, and CAGE versus DSM-III-R criteria for alcohol dependence. *J Clin Epidemiol*, 46:435-41.
- MASUR, J., 1986. Diagnóstico precoce do alcoolismo através de questionários padronizados e testes biológicos. *J Bras Psiq*, 35:329-332.
- MASUR, J. & MONTEIRO, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*, 16:215-8.
- MASUR, J.; CAPRIGLIONE, M. J.; MONTEIRO, M. G. & JORGE, M. R., 1985. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34:31-34.
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G. & HALL, P., 1974. The CAGE questionnaires: validation of new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131:1121-1123.
- MIETTINEN, O., 1982. Design options in epidemiologic research. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 8(suppl 1):7-14.
- MORAES, C. L., 2001. *Aspectos Metodológicos relacionados a um estudo sobre violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade no recém-nascido*: Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M.E., 2002a. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79:269-77.

- MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2002b. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:783-96.
- MYERHOLTZ, L. & ROSENBERG, H., 1998. Screening college students for alcohol problems: psychometric assessment of the SASSI-2. Substance Abuse Subtle Screening Inventory. *J Stud Alcohol*, 59(4): 439-46.
- NUNNALLY, J. C. & BERNSTEIN, I. H., 1994. *Psychometric theory*. (3 ed.). New York: McGraw-Hill.
- PAZ FILHO, G. J. D.; SATO, L. J.; TULESKI, M. J.; TAKATA, S. Y.; RANZI, C. C. C.; SARUHASHI, S. Y. & SPADONI, B., 2001. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 47(1):65-69.
- PERNEGER, T.V.; LEPLÈGE, A. & ETTER, J. F., 1999. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52:1037-1046.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 2002. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: *Caminhos do Pensamento: Textos de Metodologia* (M. C. S. Minayo & S. F. Deslandes, ed.), pp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; CROUGHAN, J. & RATCLIFF, K. S., 1981. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389.
- RUSSELL, M., 1994. New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health Res World*, 18:55-61.
- RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1996. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health*, 86:1435-9.

- RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; BOTTOMS, S.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, 18:1156-61.
- SANTANA, V. S., 1982. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador*. Salvador, Instituto de Saúde do Estado da Bahia.
- SANTANA, V.S. et al., 1989. Prevalência de alcoolismo em uma área urbana de Salvador-Bahia II - variáveis sócio-econômicas. *J Bras Psiq*, 38:75-81.
- SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R. & GRANT, M., 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88:791-804.
- SCHMIDT, A.; BARRY, K. L. & FLEMING, M. F., 1995. Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J*, 88:52-9.
- SCHORLING, J. B. & BUCHSBAUM, D. G., 1997. Screening for alcohol and drug abuse. *Medical Clinics of North America*, 81:845-865.
- SELZER, M. L., 1971. The Michigan alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127:1653-1658.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- SHROUT, P. E., 1998. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7:301-317.
- SILVA, V. A.; LARANJEIRA, R. R.; DOLNIKOFF, M.; GRINFELD, H. & MASUR, J., 1981. Alcohol consumption during pregnancy and newborn outcome: a study in Brazil. *Neurobehav Toxicol Teratol*, 3:169-72.
- SMART, R. G.; ARIF, A.; HUGHES, P.; MEDINA MORA, M. E.; NAVARATNAM, V.; VARMA, V. K. & WADUD, K. A., 1981. *Drugs use among non-student youth*. Geneva: World Health Organization.

- SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*, 160:863-8; discussion 868-70.
- STAAB, J. P.; DATTO, C. J.; WEINRIEB, R. M.; GARITI, P.; RYNN, M. & EVANS, D. L., 2001. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am*, 85:579-96.
- STATA CORP, 1999. *Stata Statistical Software: Release 6.0*. College Station (TX): Stata Corporation.
- STATA CORP, 2002. *Stata Statistical Software/SE, Release 7.0*. College Station (TX): Stata Corporation.
- STEIN, M. D. & CYR, M. G., 1997. Women and substance abuse. *Medical Clinics of North America*, 81:979-998.
- STEWART, D. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149:1257-1263.
- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17:283-316.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1989. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford: Oxford University Press.
- TEMPIER, R. P., 1996. [Screening for risk factors for alcohol consumption in the Quebec Health Survey]. *Can J Public Health*, 87(3):183-6.
- VEGA, W. A.; BOHDAN, K.; HWANG, J. & AL, E., 1993. Prevalence and magnitude of perinatal substance exposure in California. *N Engl J Med*, 329:852-857.
- VIANNA, L. A. & MONTEIRO, M. G., 1991. [Usefulness of the CAGE questionnaire for the detection of alcohol-related problems among the causes of death in women from Diadema (SP) in the years 1985-1986]. *AMB Rev Assoc Med Bras*, 37:139-42.

- WERNER, M. J.; WALKER, L. S. & GREENE, J. W., 1994. Screening for problem drinking among college freshmen. *J Adolesc Health*, 15:303-10.
- WITTCHEN, H. U., 1994. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*, 28:57-84.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993. Composite International Diagnostic Interview Schedule: Core Version 1.1. Geneva: World Health.

3. TERCEIRA PARTE: CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1 Considerações finais

Esta última seção pretende ressaltar alguns aspectos gerais relacionados aos principais achados e as potenciais limitações encontradas na avaliação da equivalência de mensuração dos instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE.

Como visto ao longo da dissertação, o uso abusivo e a dependência de bebidas alcoólicas por gestantes cada vez mais se apresentam como importantes problemas de saúde pública, tanto por suas prevalências como por suas conseqüências no nível individual e coletivo. Considerando a universalidade do problema e os efeitos prejudiciais e deletérios à saúde materno-infantil já descritos, a importância da realização de pesquisas que abordem as conseqüências do problema deve ser reforçada e novas investigações sobre o consumo abusivo da substância por gestantes e, principalmente, sobre os instrumentos utilizados para este fim incentivadas.

Importaria destacar a predominância de estudos norte-americanos e a insuficiência da literatura nacional, principalmente quanto aos instrumentos T-ACE e TWEAK, o que indica a necessidade da expansão de pesquisas sobre o assunto em nosso País. Neste contexto, vale propor a realização de estudos de validade concorrente para o TWEAK e o T-ACE na população brasileira, visando a continuidade do processo de introdução destas novas ferramentas no nosso meio, permitindo que as suas primeiras versões em português sejam postas à crítica pelos profissionais interessados. De mesma forma, o uso do CAGE em outras populações, que não a geral ou a hospitalar, através de estudos de confiabilidade e validade do instrumento em mulheres ou exclusivamente em gestantes seriam de grande valia.

A atual avaliação das propriedades psicométricas dos três identificou alguns pontos que merecem reflexão e debate. O primeiro deles seria a respeito da identificação do ponto de corte a ser adotado pelo CAGE no rastreamento do uso abusivo e dependência alcoólica por gestantes. De um modo geral, a revisão bibliográfica e os resultados encontrados sugerem que a definição deste ponto de corte apresenta uma estreita relação com o contexto em que o instrumento é utilizado. Por exemplo, caso o interesse do estudo seja incorporar o CAGE à rotina do pré-natal, a diminuição do ponto de corte dependerá um maior número de profissionais empenhados na tarefa de confirmar o diagnóstico em todos os CAGE positivos e talvez não seja eficiente

desperdiçar tanto recurso humano no desenvolvimento desta tarefa. Por outro lado, sua redução pode ser relevante em investigações cujo objetivo seja identificar populações com maior risco de fazer uso abusivo ou apresentar dependência alcoólica, como no caso de gestantes com baixa escolaridade, fumantes, com baixo nível de apoio social e outras características apresentadas na análise da validade de construto na seção 2.4. Nestas situações, a redução do ponto de corte é pertinente, pois o número de entrevistados também é menor. Assim, na identificação do melhor ponto de corte para rastrear o consumo abusivo de álcool por gestantes, deve-se pensar no quanto se perde e no quanto se ganha no processo como um todo. Seria interessante que outros estudos pudessem servir de instâncias de replicações e corroboração dos achados na identificação do melhor ponto de corte para definir um CAGE positivo. Neste processo de confirmação dos achados, retomando brevemente um dos assuntos discutidos na seção 2.5, também caberia a realização de estudos sobre a pertinência do item *eye-opener*, não só no CAGE, mas também nos outros dois instrumentos submetidos ao atual processo de adaptação trans-cultural.

Quanto às limitações encontradas pelo estudo, uma questão que merece ser novamente enfatizada se refere à falta de consenso sobre as diferentes estratégias utilizadas para adaptar um instrumento trans-culturalmente. Quando se pretende captar situações intensamente permeadas por questões culturais, como é o caso do abuso e dependência alcoólica por gestantes, o processo de adaptação necessita cuidados especiais. No âmbito das investigações epidemiológicas, as recomendações de Perneger et al. (1999) parece bastante pertinente. Os autores sugerem que a qualidade da adaptação trans-cultural dos instrumentos estudados pode ser alcançada buscando-se o ponto de equilíbrio na comparação entre as diferentes propostas metodológicas encontradas na literatura. Estas propostas podem variar entre a opção por um modelo mais completo como o apresentado por Herdman *et al.* (1998) até um outro mais simples que o apontado por Guillemin *et al.* (1993). Talvez esta estratégia apenas venha confirmar a escolha pelo modelo adotado no presente estudo. Entretanto, pode ser que somente através desta abordagem e futuras reflexões seja possível construir um roteiro próprio para a área que respalde a utilização de instrumentos elaborados em outros contextos sócio-culturais.

Um outro ponto que deve subjazer às apreciações em curso concerne a aparente inexistência de estudos originais para comparabilidade externa do T-ACE. A ausência

de estudos sobre as propriedades psicométricas do instrumento no idioma original não tornou possível a avaliação da sua equivalência de mensuração. Apenas considerações sobre a psicomетria do T-ACE, na versão em português, puderam ser abordadas e discutidas no presente estudo.

No mesmo contexto de estudos sobre a psicomетria dos instrumentos no idioma original, vale sublinhar que a comparabilidade externa do CAGE e TWEAK foi baseada em pesquisas que utilizaram amostras da população hospitalar ou geral. Nenhum estudo que avaliasse a confiabilidade destes instrumentos em mulheres grávidas foi encontrado.

Considerando todas estas questões e algumas outras expostas ao longo da dissertação, pode-se sugerir que os potenciais entraves e limitações não invalidam a recomendação das três versões para uso no Brasil. Muito do que foi exposto ainda demanda aprofundamento. Porém, os resultados obtidos com os estimadores de confiabilidade e validade de construto recomendam o prosseguimento das investigações sobre o CAGE e a introdução de dois novos instrumentos (TWEAK e T-ACE) no contexto brasileiro.

Vale lembrar ainda que este estudo procurou avaliar a performance de três instrumentos de aferição do uso abusivo e dependência de álcool na população de mulheres grávidas no Brasil. Este tipo de abordagem não se esgota e deve se somar a outras pesquisas interessadas na investigação de instrumentos utilizados na identificação do consumo de álcool como, por exemplo, o MAST e o AUDIT já apresentados na seção 1.1.2, ou mesmo a outras ferramentas citadas pela literatura da área. De mesma forma, também poderiam se somar estudos preocupados com a identificação das conseqüências e dos fatores de risco e/ou associados ao consumo de álcool como, por exemplo, a violência familiar – evento de grande interesse ao grupo de pesquisa que tornou possível a realização deste trabalho.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (GERAL)

- ABEL, E. L.; KRUGER, M. L. & FRIEDL, J., 1998. How do physicians define "light," "moderate," and "heavy" drinking? *Alcohol Clin Exp Res*, 22:979-84.
- AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; ANSOMS, S. & FEVERY, J., 2001. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract*, 51:206-17.
- AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; FEVERY, J. & ANSOMS, S., 2000. Is there a difference between CAGE interviews and written CAGE questionnaires? *Alcohol Clin Exp Res*, 24(5):733-6.
- AITHAL, G. P.; THORNES, H.; DWARAKANATH, A. D. & TANNER, A. R., 1998. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: is this test useful in assessing alcohol consumption. *Alcohol Alcohol*, 33:304-9
- ALLEMANN, P. I., 2000. [Markers for excessive alcohol use (screening)]. *Ther Umsch*, 57:185-90.
- ALMEIDA FILHO, N. et al., 1997. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*, 171:524-529.
- ALMEIDA, L. M. & COUTINHO, E. F. S., 1993. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana. *Revista de Saúde Pública*, 27:23-29.
- ALMEIDA, O. P.; FORLENZA, O. V.; LIMA, N. K.; BIGLIANI, V.; ARCURI, S. M.; GENTILE, M.; FARIA, M. M.; LOURENCO, C. C. & DE OLIVEIRA, D. A., 1997. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting-- report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12:728-36.

- AMARO, H.; FRIED, L. E.; CABRAL, H. & ZUCKERMAN, B., 1990. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 80:575-579.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC.
- ANYANWU, E. & WATSON, N., 1997. Alcohol dependence: a critical look at the effects of alcohol metabolism. *Rev Environ Health*, 12:201-13.
- ASSIS, S. G., 1994. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:126-134.
- BARRISON, I. G. & WRIGHT, J. T., 1984. Moderate drinking during pregnancy and foetal outcome. *Alcohol Alcohol*, 19:167-72.
- BERENSON, A. B.; STIGLICH, N. J.; WILKINSON, G. S. & ANDERSON, G. D., 1991. Drug abuse and other risk factor for physical abuse in pregnancy among white non-Hispanic, black and Hispanic women. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 164:1491-1499.
- BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M.; WILKINSON, G. S.; JONES, W. A. & ANDERSON, G. D., 1994. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 170:1760-1769.
- BERESFORD, T. P.; BLOW, F. C.; HILL, E.; SINGER, K. & LUCEY, M. R., 1990. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet*, 336:482-5
- BLALOCK JR., H. M., 1985. *Social Statistics*. (2 ed.). London: McGraw-Hill Book Company.
- BORGES, G. & CHERPITEL, C. J., 2001. Selection of screening items for alcohol abuse and alcohol dependence among Mexicans and Mexican Americans in the emergency department. *J Stud Alcohol*, 62:277-85.

- BORGES, G.; LOPEZ-CERVANTES, M.; MEDINA-MORA, M. E.; TAPIA-CONYER, R. & GARRIDO, F., 1993. Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the National Addiction Survey (Mexico). *Int J Addict*, 28:355-68.
- BRADLEY, K. A.; BOYD-WICKIZER, J.; POWELL, S. H. & BURMAN, M. L., 1998. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *Jama*, 280:166-71.
- BRADLEY, K. A.; MAYNARD, C.; KIVLAHAN, D. R.; MCDONELL, M. B. & FIHN, S. D., 2001. The relationship between alcohol screening questionnaires and mortality among male veteran outpatients. *J Stud Alcohol*, 62:826-33.
- BRASIL, (2000). Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRUCE, F. C.; ADAMS, M. M.; SHULMAN, H. B. & MARTIN, M. L., 1993. Alcohol use before and during pregnancy. PRAMS Working Group. *Am J Prev Med*, 9:267-73.
- CAETANO, R. & TAM, T. W., 1995. Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 U.S. National Alcohol Survey. *Alcohol Alcoholism*, 30:177-186.
- CAMPBELL, J. C.; POLAND, M. L.; WALLER, J. B. & AGER, J., 1992. Correlates of battering during pregnancy. *Res Nurs Health*, 15:219-26.
- CAVALLO, F.; RUSSO, R.; ZOTTI, C.; CAMERLENGO, A. & RUGGENINI, A. M., 1995. Moderate alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol*, 30:195-201.
- CHAIEB, J. A. & CASTELLARIN, C., 1998. [Smoking associated with alcoholism: introduction to the major human dependencies]. *Rev Saude Publica*, 32:246-54.
- CHAN, A. W.; PRISTACH, E. A.; WELTE, J. W. & RUSSELL, M., 1993. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res*, 17:1188-92.
- CHANG, G.; WILKINS-HAUG, L.; BERMAN, S. & GOETZ, M. A., 1999. The TWEAK: application in a prenatal setting. *J Stud Alcohol*, 60:306-9.

- CHANG, G.; WILKINS-HAUG, L.; BERMAN, S.; GOETZ, M. A.; BEHR, H. & HILEY, 1998. Alcohol use and pregnancy: improving identification. *Obstet Gynecol*, 91(6):: 892-8.
- CHASNOFF, I. J.; LANDRESS, H. J. & BARRETT, M. E., 1990. The prevalence of illegal drug use or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting in Pinellas County, Florida. *N Engl J Med*, 322:1202-1206.
- CHERPITEL, C. J., 1995a. Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 26:158-66.
- CHERPITEL, C. J., 1995b. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *J Stud Alcohol*, 56:695-700.
- CHERPITEL, C. J., 1995c. Screening for alcohol problems in the emergency room: a rapid alcohol problems screen. *Drug Alcohol Depend*, 40:133-7.
- CHERPITEL, C. J., 1997. Comparison of screening instruments for alcohol problems between black and white emergency room patients from two regions of the country. *Alcohol Clin Exp Res*, 21:1391-7.
- CHERPITEL, C. J., 1998a. Differences in performance of screening instruments for problem drinking among blacks, whites and Hispanics in an emergency room population. *J Stud Alcohol*, 59:420-6.
- CHERPITEL, C. J., 1998b. Performance of screening instruments for identifying alcohol dependence in the general population, compared with clinical populations. *Alcohol Clin Exp Res*, 22:1399-404.
- CHERPITEL, C. J., 1999a. Screening for alcohol problems in the U.S. general population: a comparison of the CAGE and TWEAK by gender, ethnicity, and services utilization. *J Stud Alcohol*, 60:705-11.
- CHERPITEL, C. J., 1999b. Gender, injury status and acculturation differences in performance of screening instruments for alcohol problems among US Hispanic emergency department patients. *Drug Alcohol Depend*, 53:147-57.

- CHERPITEL, C. J. & BORGES, G., 2000. Screening instruments for alcohol problems: a comparison of cut points between Mexican American and Mexican patients in the emergency room. *Subst Use Misuse*, 35:1419-30.
- CHERPITEL, C. J. & CLARK, W. B., 1995. Ethnic differences in performance of screening instruments for identifying harmful drinking and alcohol dependence in the emergency room. *Alcohol Clin Exp Res*, 19:628-34.
- CHUNG, T.; COLBY, S. M.; BARNETT, N. P.; ROHSENOW, D. J.; SPIRITO, A. & MONTI, P. M., 2000. Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol*, 61:579-87
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:109-118.
- CLEARY, P. D.; MILLER, M.; BUSH, B. T.; WARBURG, M. M.; DELBANCO, T. L. & ARONSON, M. D., 1988. Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *Am J Med*, 85:466-71.
- COHEN, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46.
- CRONBACH, L. J., 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16:297-334.
- DAWSON, D. A., 1994. Consumption indicators of alcohol dependence. *Addiction*, 89:345-350.
- DAWSON, D. A., 2000. Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. *Alcohol Clin Exp Res*, 24:77-81.
- DAWSON, D. A.; DAS, A.; FADEN, V. B.; BRASKAR, B.; KRULEWITCH, C. J. & WESLEY, B., 2001. Screening for high- and moderate-risk drinking during pregnancy: a comparison of several TWEAK-based screeners. *Alcohol Clin Exp Res*, 25:1342-9.

- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1990. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.
- DE MICHELI, D. & FORMIGONI, M. L., 2000. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addict Behav*, 25:683-91.
- DESLANDES, S. F., 1993. *Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do CRAMI-CAMPINAS*: Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- DIEZ MARTINEZ, S.; MARTIN MOROS, J. M.; ALTISENT TROTA, R.; AZNAR TEJERO, P.; CEBRIAN MARTIN, C.; IMAZ PEREZ, F. J. & DEL CASTILLO PARDO, M., 1991. [Brief questionnaires for the early detection of alcoholism in primary health care]. *Aten Primaria*, 8:367-70.
- DORIA FILHO, U., 1999. *Introdução à Bioestatística - para simples mortais*. São Paulo - SP: Negócio Editora.
- EBRAHIM, S. H.; DIEKMAN, S. T.; FLOYD, R. L. & DECOUFLE, P., 1999. Comparison of binge drinking among pregnant and nonpregnant women, United States, 1991-1995. *Am J Obstet Gynecol*, 180:1-7.
- EWING, J. A. & ROUSE, B. A., 1970. *Identifying the hidden alcoholic*: Read at the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Sydney, Australia.
- FELDT, L. J., 1965. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika*, 30:357-371.
- FIELLIN, D. A.; REID, M. C. & O'CONNOR, P. G., 2000. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med*, 160:1977-89
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. (2 ed.). New York: John Wiley & Sons.

- FLEMING, M. F. & BARRY, K. L., 1991. A three-sample test of a masked alcohol screening questionnaire. *Alcohol Alcohol*, 26(1):81-91.
- FLOYD, R. L.; DECOUFLE, P. & HUNGERFORD, D. W., 1999. Alcohol use prior to pregnancy recognition. *Am J Prev Med*, 17:101-7.
- GALE, T. C.; WHITE, J. A. & WELTY, T. K., 1998. Differences in detection of alcohol use in a prenatal population (on a Northern Plains Indian Reservation) using various methods of ascertainment. *S D J Med*, 51:235-40.
- GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.
- GIRELA, E.; VILLANUEVA, E.; HERNANDEZ-CUETO, C. & LUNA, J. D., 1994. Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism. *Alcohol Alcohol*, 29:337-43.
- GOODWIN, T. M. & BREEN, M. T., 1990. Pregnancy outcome and fetal-maternal hemorrhage after noncatastrophic trauma. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 162:665-671.
- GRANT, B. F., 1996. Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J.Subst. Abuse*, 8:195-210.
- GRANT, B. F.; HARTFORD, T. C.; CHOU, P.; PICKERING, R.; DAWSON, D. A.; STINSON, F. S. & NOBLE, J., 1991. Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence, United States, 1988. *Alcohol Hlth Res World*, 15:91-96.
- GRANT, B. F.; HARFORD, T. C.; DAWSON, D. A.; CHOU, P. S. & PICKERING, R. P., 1995. The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend.*, 39:37-44
- GREEN, C. & POLEN, M., 2001. The health and health behaviors of people who do not drink alcohol. *Am J Prev Med*, 21(4): 298-305.

- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. & BEATON, D., 1993. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46:1417-1432
- HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. & REICHENHEIM, M. E., 1998. Confiabilidade das aferições de um estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Revista de Saúde Pública*, 32:437-446.
- HEARNE, R.; CONNOLLY, A. & SHEEHAN, J., 2002. Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *J R Soc Med*, 95:84-7.
- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:135-145.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7:323-335.
- HILLARD, P. J. A., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 66:185-190.
- HIRATA, E. S.; ALMEIDA, O. P.; FUNARI, R. R. & KLEIN, E. L., 2001. Validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) for the detection of alcohol-related problems among male geriatric outpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9:30-4.
- HURME, L.; SEPPA, K.; RAJANIEMI, H. & SILLANAUKKEE, P., 1998. Chromatographically identified alcohol-induced haemoglobin adducts as markers of alcohol abuse among women. *Eur J Clin Invest*, 28:87-94.
- IACOPONI, E.; LARANJEIRA, R. R. & JORGE, M. R., 1989. At risk drinking in primary care: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Br J Addict*, 84:653-8.
- ISAACSON, J. H.; BUTLER, R.; ZACHAREK, M. & AL., E., 1994. Screening with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med*, 9:550-553.

- JASINSKI, J. L. & WILLIAMS, L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc.
- JOSEPH, C. L.; GANZINI, L. & ATKINSON, R. M., 1995. Screening for alcohol use disorders in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*, 43:368-73.
- KELLY, T. M.; DONOVAN, J. E.; KINNANE, J. M. & TAYLOR, D. M., 2002. A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*, 37(5): 444-50.
- KING, M., 1986. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med*, 16:213-7.
- KNIGHT, J. R.; GOODMAN, E.; PULERWITZ, T. & DURANT, R. H., 2000. Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. *Pediatrics*, 105(4 Pt 2): 948-53.
- KRISTOFF, W., 1963. The statistical theory of stepped-up reliability coefficients when a test has been divided into several equivalent parts. *Psychometrika*, 28:221-238.
- LANDIS, J. R. & KOCH, G. G., 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-174.
- LISKOW, B.; CAMPBELL, J.; NICKEL, E. J. & AL., E., 1995. Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic. *J Stud Alcohol*, 56:277-281.
- MAGRUDER-HABIB, K.; STEVENS, H. A. & ALLING, W. C., 1993. Relative performance of the MAST, VAST, and CAGE versus DSM-III-R criteria for alcohol dependence. *J Clin Epidemiol*, 46:435-41.
- MASUR, J., 1986. Diagnóstico precoce do alcoolismo através de questionários padronizados e testes biológicos. *J Bras Psiqu*, 35:329-332.
- MASUR, J. & MONTEIRO, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*, 16:215-8.

- MASUR, J.; CAPRIGLIONE, M. J.; MONTEIRO, M. G. & JORGE, M. R., 1985. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34:31-34
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G. & HALL, P., 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131:1121-1123.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1995. Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nursing*, 12:284-289.
- MIETTINEN, O., 1982. Design options in epidemiologic research. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 8(suppl 1):7-14.
- MORAES, C. L., 2001. *Aspectos Metodológicos relacionados a um estudo sobre violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade no recém-nascido*: Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M.E., 2002a. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79:269-77.
- MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2002b. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:783-96.
- MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D.; MORAES, R. S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO, S.; FUCHS, S. C. & VICTORA, C. G., 1996. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol*, 57:253-9.
- MOSER, C. A. & KALTON, G., 1984. *Survey Methods in Social Investigation*. (2 ed.). London: Heinemann.

- MYERHOLTZ, L. & ROSENBERG, H., 1998. Screening college students for alcohol problems: psychometric assessment of the SASSI-2. Substance Abuse Subtle Screening Inventory. *J Stud Alcohol*, 59(4): 439-46.
- NUNNALLY, J. C. & BERNSTEIN, I. H., 1994. *Psychometric theory*. (3 ed.). New York: McGraw-Hill.
- PARKER, B.; MC FARLANE, J. & SOEKEN, K., 1994. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth-weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, 45:37-42.
- PAZ FILHO, G. J. D.; SATO, L. J.; TULESKI, M. J.; TAKATA, S. Y.; RANZI, C. C. C.; SARUHASHI, S. Y. & SPADONI, B., 2001. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 47(1):65-69.
- PERNEGER, T. V.; LEPLÈGE, A. & ETTER, J.-F., 1999. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52:1037-1046.
- PUGH, R. J., 1978. The battered fetus. *British Medical Journal*, 2:858.
- REICHENHEIM, M. E., 1999. *Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar. Projeto de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / UERJ.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:131-148.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 2002. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: *Caminhos do Pensamento: Textos de Metodologia* (M. C. S. Minayo & S. F. Deslandes, ed.), pp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; CROUGHAN, J. & RATCLIFF, K. S., 1981. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389.
- ROTHMAN, K. J. & GREENLAND, S., 1998. *Modern Epidemiology*. (2 ed.). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers.
- RUSSELL, M., 1994. New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health Res World*, 18:55-61.
- RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1996. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health*, 86:1435-9.
- RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; BOTTOMS, S.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, 18:1156-61.
- SADEK MDA, G., 1991. [Alcoholism]. *Rev Paul Med*, 109:153-6.
- SAITZ, R.; LEPORE, M. F.; SULLIVAN, L. M.; AMARO, H. & SAMET, J. H., 1999. Alcohol abuse and dependence in Latinos living in the United States: validation of the CAGE (4M) questions. *Arch Intern Med*, 159:718-24.
- SANTANA, V. S., 1982. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador*. Salvador, Instituto de Saúde do Estado da Bahia.
- SANTANA, V.S. et al., 1989. Prevalência de alcoolismo em uma área urbana de Salvador-Bahia II - variáveis sócio-econômicas. *J Bras Psiq*, 38:75-81.
- SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R. & GRANT, M., 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88:791-804.
- SCHEI, B.; SAMUELSEN, S. O. & BAKKETEIG, L. S., 1991. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19:26-31.

- SCHMIDT, A.; BARRY, K. L. & FLEMING, M. F., 1995. Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J*, 88:52-9.
- SCHORLING, J. B. & BUCHSBAUM, D. G., 1997. Screening for alcohol and drug abuse. *Medical Clinics of North America*, 81:845-865.
- SELZER, M. L., 1971. The Michigan alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127:1653-1658.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- SHROUT, P. E., 1998. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7:301-317.
- SILVA, V. A.; LARANJEIRA, R. R.; DOLNIKOFF, M.; GRINFELD, H. & MASUR, J., 1981. Alcohol consumption during pregnancy and newborn outcome: a study in Brazil. *Neurobehav Toxicol Teratol*, 3:169-72.
- SMART, R. G.; ARIF, A.; HUGHES, P.; MEDINA MORA, M. E.; NAVARATNAM, V.; VARMA, V. K. & WADUD, K. A., 1981. *Drugs use among non-student youth*. Geneva: World Health Organization.
- SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160:863-870.
- STAAB, J. P.; DATTO, C. J.; WEINRIEB, R. M.; GARITI, P.; RYNN, M. & EVANS, D. L., 2001. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am*, 85:579-96.
- STATA CORP, 1999. *Stata Statistical Software: Release 6.0*. College Station (TX): Stata Corporation.
- STATA CORP, 2002. *Stata Statistical Software/SE, Release 7.0*. College Station (TX): Stata Corporation.

- STEIN, M. D. & CYR, M. G., 1997. Women and substance abuse. *Medical Clinics of North America*, 81:979-998.
- STEWART, D. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149:1257-1263.
- STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher.
- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17:283-316.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1989. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford: Oxford University Press.
- TEMPIER, R. P., 1996. [Screening for risk factors for alcohol consumption in the Quebec Health Survey]. *Can J Public Health*, 87(3):183-6.
- TROIS, C. C.; FRANTZ, B. C.; YALUK, J. B.; TARONCHER, C. A.; SCHNEIDER, W.; SCHONELL, L. H. & BORDIN, R., 1997. [Prevalence of CAGE-positive secondary school students in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, 1994]. *Cad Saude Publica*, 13:489-495.
- VEGA, W. A.; BOHDAN, K.; HWANG, J. & AL, E., 1993. Prevalence and magnitude of perinatal substance exposure in California. *N Engl J Med*, 329:852-857.
- VIANNA, L. A. & MONTEIRO, M. G., 1991. [Usefulness of the CAGE questionnaire for the detection of alcohol-related problems among the causes of death in women from Diadema (SP) in the years 1985-1986]. *AMB Rev Assoc Med Bras*, 37:139-42.
- WEINER, L.; MORSE, B. A. & GARRIDO, P., 1989. FAS/FAE: focusing prevention on women at risk. *Int J Addict*, 24:385-95.
- WERNER, M. J.; WALKER, L. S. & GREENE, J. W., 1994. Screening for problem drinking among college freshmen. *J Adolesc Health*, 15:303-10.

WEST, J. R.; PERROTTA, D. M. & ERICKSON, C. K., 1998. Fetal alcohol syndrome: a review for Texas physicians. *Tex Med*, 94:61-7.

WITTCHEN, H. U., 1994. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*, 28:57-84.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993. Composite International Diagnostic Interview Schedule: Core Version 1.1. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 – O Trabalho de campo do estudo principal

O estudo caso-controle sobre a violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido foi realizado em três maternidades do Rio de Janeiro – Maternidade Municipal Carmela Dutra, Maternidade Oswaldo Nazareth e Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (Moraes & Reichenheim, 2002a).

O grupo de casos foi composto pelos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas. O grupo de controle foi constituído por crianças a termo, nascidas nas mesmas 24 horas dos casos nas maternidades selecionadas. Em função de suas relações com a prematuridade, as mães que apresentam história de hipertensão arterial crônica e diabetes, assim como as crianças com má formações graves, infecção congênita relacionada a prematuridade e/ou gemelares foram excluídas do estudo.

As entrevistas se iniciaram em março de 2000 se estendendo até setembro do mesmo ano. Para o estudo principal, foram entrevistadas 774 mulheres utilizando o questionário completo. Após a primeira entrevista, foram realizadas 97 replicações dos módulos sobre álcool e drogas, violência familiar e suporte social por um mesmo entrevistador. Em 38 entrevistas houve preenchimento do questionário por duas pessoas. Enquanto uma realizava a entrevista, a outra observava e avaliava simultânea e independentemente.

Visando minimizar as perdas de casos potenciais, as entrevistadoras percorreriam as maternidades diariamente para a identificação dos nascimentos ocorridos nas 24 horas anteriores. Durante todo o período de coleta de dados o trabalho de campo foi sistematicamente supervisionado por CLM e, além da observação da performance das entrevistadoras, compreendeu discussões sobre os principais problemas enfrentados, reuniões regulares com os entrevistadores para discutir a aceitabilidade dos instrumentos e questões gerais.

As entrevistas foram realizadas nas primeiras 72 horas de puerpério, antes da alta hospitalar, em local reservado e sem a presença do marido ou companheiro. Esta estratégia procurou evitar um possível constrangimento materno com relação às questões específicas sobre violência familiar, uso de álcool e drogas. As informações colhidas a partir do prontuário materno (identificação; acompanhamento pré-natal e

complicações da gravidez) e neonatal (dados antropométricos e complicações clínicas do recém-nascido) também foram apreendidas durante este período. As replicações foram realizadas 24 a 48 horas após a primeira entrevista pelos mesmos profissionais ao longo do trabalho de campo.

O questionário foi composto por um formulário principal e um módulo a parte sobre a questão da violência familiar. Todos os formulários utilizados foram compostos por perguntas estruturadas, pré-codificadas e abertas ou semi-abertas para codificação posterior. O formulário principal foi composto por 9 seções e um anexo utilizado para a identificação dos casos e controles do estudo. As seções abordam: a) identificação; b) características do recém-nascido; c) características demográficas e culturais e história reprodutiva materna; d) gestação atual; e) trabalho materno; f) violência familiar durante a gestação; g) situação sócio-econômica; h) suporte social; i) hábitos de vida. A seção sobre hábitos de vida contém as questões que compõem os três instrumentos sob investigação. Algumas perguntas não fazem parte dos instrumentos estudados, porém foram inseridas no formulário com a finalidade de introduzir o assunto sobre uso de álcool facilitando sua aplicação. O formulário principal, usado na coleta de dados do estudo caso-controle pode ser encontrado no anexo 3.

Anexo 2 – Estimadores utilizados na análise

Estimadores utilizados na análise da confiabilidade

Coeficientes kappa e kappa ponderado

Os estimadores *kappa* são baseados na apreciação do grau de concordância entre as observações, considerando a probabilidade de concordância ao acaso. As medidas avaliadas podem ser provenientes de um mesmo observador em dois momentos distintos do tempo (confiabilidade intra-observador) ou de dois diferentes observadores em um mesmo momento do tempo (confiabilidade inter-observador).

O *kappa* não ponderado e seu respectivo desvio-padrão (SE) são dados por (Fleiss, 1981).

$$\hat{\kappa} = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$

$$se(\hat{\kappa}) = \frac{1}{(1 - p_e)\sqrt{n}} \sqrt{p_e + p_e^2 - \sum_{i=1}^k p_i p_i (p_i + p_i)}$$

onde p_o é a proporção de concordância observada

p_e é a proporção de concordância esperada

p_i e p_j são, respectivamente, as marginais da tabela 2×2

n é o número de sujeitos observados

O *kappa* ponderado é estimado utilizando-se a equação de $\hat{\kappa}$ acima considerando

$$p_o = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} p_{ij}$$

$$p_e = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} p_i p_j$$

onde $p_i = \sum_j p_{ij}$

$p_j = \sum_i p_{ij}$

Seu desvio-padrão (SE) é dado por (Fleiss, 1981)

$$se(\hat{\kappa}_w) = \frac{1}{(1-p_e)\sqrt{n}} \sqrt{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k p_i p_j [w_{ij} - (\bar{w}_i + \bar{w}_j)]^2 - p_e^2}$$

onde n é o número de indivíduos observados e

$$\bar{w}_i = \sum_{j=1}^k p_j w_{ij}$$

$$\bar{w}_j = \sum_{i=1}^k p_i w_{ij}$$

Considerando a distribuição do κ se aproximando da normalidade, os limites do intervalo de confiança de 95% podem ser calculados por $\hat{\kappa} \pm 1,96 se(\hat{\kappa})$.

Coefficiente α de Cronbach

O α de Cronbach, utilizado na análise da consistência interna, estima a intensidade com que vários itens de uma escala refletem o mesmo constructo de fator de interesse. É amplamente utilizado quando o propósito é verificar a correlação média entre os itens que compõe uma escala (Cronbach, 1951; Streiner & Norman, 1989). Este estimador é dado por

$$\alpha = \frac{1 - \sum s_i^2}{s^2}$$

onde s_i^2 é a variância do item

s^2 é a variância total

De forma independente, (Kristoff, 1963) e Feldt (1965) derivaram uma transformação do coeficiente α encontrado na amostra, demonstrando que este tinha uma distribuição F . Dessa teoria amostral, foi possível mostrar que um limite de confiança inferior poderia ser dado por

$$\alpha_x \geq 1 - [(1 - \hat{\alpha}_x) F_{\alpha, n-1, (k-1)(n-1)}] = \alpha_L$$

onde α_x conota o estimador de ponto

$F_{\alpha, n-1, (k-1)(n-1)}$ é o valor da distribuição F com graus de liberdade dados por $n-1$ e $(k-1)(n-1)$, respectivamente.

Isto significa que há 95% de chance do estimador de confiabilidade ser maior do que este valor.

Estimadores utilizados na análise da validade

Coefficiente phi

É uma medida baseada no χ^2 , utilizada na apreciação das associações entre variáveis nominais (Blalock Jr., 1985). O teste qui-quadrado é comumente usado na comparação de dados nominais quando não se pode assumir que as variáveis em análise têm distribuição normal, constituindo uma medida da discrepância entre as frequências observadas e as esperadas (Blalock Jr., 1985; Doria Filho, 1999). O teste e o coeficiente F (phi) são dados pelas seguintes expressões:

$$c^2 = \frac{\sum (\text{observado} - \text{esperado})^2}{(\text{esperado})}$$

$$F^2 = c^2 / N$$

Assim, ao se tratar do coeficiente F , atribui-se valor nulo (zero) quando não for encontrada nenhuma associação entre duas variáveis e +1 quando houver total relação entre as mesmas, caracterizando uma perfeita associação.

Odds Ratio (OR)

A *odds ratio* é uma medida bastante utilizada quando há interesse em obter correlações entre dados nominais em estudos do tipo caso-controle (Doria Filho, 1999). Esta razão calcula a chance da condição estar ocorrendo entre expostos e não expostos. Assim, em tabelas de contingência 2x2, o estimador é dado por:

$$OR = \frac{A/B}{C/D} = \frac{A \times D}{B \times C}$$

A razão de chances nada mais é do que uma razão dos produtos cruzados cujo valor pode variar de zero a $+\infty$. Portanto, quanto maior for seu valor, maior será a correlação entre as variáveis investigadas (Blalock Jr., 1985; Doria Filho, 1999).

Anexo 3 – Formulário

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO CASO-CONTROLE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR DURANTE A
GESTAÇÃO COMO UM FATOR DE PROPENSÃO À PREMATURIDADE**

Questionário

Claudia Leite Moraes

Michael E. Reichenheim

CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

As questões de 8 a 15 devem ser respondidas preferencialmente através da consulta ao prontuário do recém-nascido

Data de nascimento de [recém-nascido]

8) / /
(dia mês ano)

Hora do nascimento

(00:00. ignorada)

9) :

Sexo

1. Masculino
2. Feminino

10)

Peso ao nascer

(0000. ignorado)

11) gramas

Comprimento

(00. ignorado)

12) , cm

Tipo de parto

0. Ignorado
1. Parto normal
2. Cesariana
3. Fórceps

13)

O recém-nascido apresentou algum problema de saúde ao nascimento?

0. Ignorado
1. Sim
2. Não

14)

Caso 2, pule a próxima questão

Qual? _____

0. Ignorado
9. NA

15)

3S: _____

o nome é (nome da entrevistadora). Sou entrevistadora da pesquisa sobre saúde de mães e recém-nascidos do município do Rio de Janeiro e gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção."

Passar para a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido

tão, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre V/S, sua gravidez e sua família"

Início da entrevista (horário)

16) :

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E HISTÓRIA REPRODUTIVA MATERNA

Qual a sua data de nascimento?

17) / /
(dia mês ano)

Então, quantos anos completos V/S tem?

18) anos

Quanto V/S pesava antes de engravidar?
(00,0. Ignorado)

19) , kg

Quantos vezes ao todo V/S já engravidou, contando com essa?
(00. Ignorado)

20)

↳ **Caso 1 vez, pule para Q-28**

Quantos outros filhos que tenham nascido vivos V/S já teve?
(00. Nenhum; 99. NA)

21)

↳ **Caso 00, pule para a Q-25**

Quantos filhos vivem com V/S em sua casa?
(00. Nenhum; 88. NR; 99. NA)

22)

V/S já teve algum outro filho que tenha nascido prematuro, quer dizer, que tenha nascido antes antes do tempo, antes dos nove meses de gravidez? Quantos?
0. Nenhum
7. NS
8. NR
9. NA

23)

V/S Já teve algum outro filho que tenha nascido com peso menor do que 2 quilos e meio? Quantos?
0. Nenhum
7. NS
8. NR
9. NA

24)

V/S já teve algum filho que tenha nascido morto? Quantos?
0. Nenhum
7. NS
8. NR
9. NA

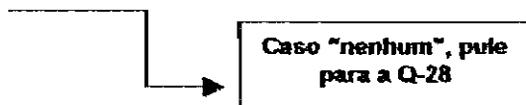
25)

V/S já perdeu algum bebê no início da gestação, ou seja, já teve algum aborto?

26)

Quantas vezes isso aconteceu?

- 00 Nenhum
- 77 NS
- 88 NR
- 99 NA



Quantos desses foram espontâneos, quer dizer, foram "sem querer"?

27)

- 00 Nenhum
- 77 NS
- 88 NR
- 99 NA

V/S nasceu de nove meses?

28)

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 NS
- 8 NR

V/S nasceu com menos de 2 quilos e meio?

29)

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 NS
- 8 NR

"vamos falar sobre as pessoas que moram em sua casa..."

Quantas pessoas ao todo viveram na sua casa?

30)

V/S poderia me dizer o nome de cada uma dessas pessoas?

n	Sexo		Idade	Relação com a mãe (parentesco)	Nº de ordem (nº aleat.)	Sexo		Idade	Relação com a mãe (parentesco)
	F	M				F	M		
					08 (8)				
					09 (2)				
					10 (6)				
					11 (12)				
					12 (1)				
					13				
					14				

instruções (seqüência de preenchimento):

- a) Para o posterior sorteio e aplicação das CTSs, listar os parentes seguindo a ordem: mãe → companheiro → outros adultos → filhos/enteados → outras crianças → moradores não parentes. Os moradores não parentes devem ser listados na área sombreada, pois esses não são elegíveis para aplicação das CTSs;
- b) Marcar com o X a opção correspondente ao sexo de cada pessoa;
- c) Colocar a idade aproximada do morador;
- d) Escrever o vínculo (parentesco, etc.) dos moradores com a mãe;
- e) Distinguir se o companheiro é pai ou padrasto do recém-nascido e registrar na coluna de parentesco;

- Número de menores de 1 ano 31)
- Número de crianças entre 1 e 4 anos 32)
- Número de crianças entre 5 e 9 anos 33)
- Número de pessoas entre 10 e 19 anos 34)
- Número de pessoas entre 20 e 49 anos 35)
- Número pessoas maiores de 49 anos 36)
- Vive com companheiro 37)
(0 Não, 1 Sim)
- V/S já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que V/S completou? 38)
(00 Não estuda ou estudou (grau) (série)
30 Terceiro grau incompleto
31 Terceiro grau completo ou mais
77 NS
88 NR
- Qual a sua cor? (leia as alternativas) 39)
1 Branca
2 Parda/mulata/morena/cabocla
3 Negra
4 Amarela/oriental
5 Indígena
7 NS
8 NR
- A respeito de sua situação conjugal, V/S ... (leia as alternativas) 40)
1 Vive com o companheiro, pai do RN
2 Tem companheiro que é o pai do RN mas não vive com ele
3 Vive com companheiro, padrasto do RN
4 Se separou do companheiro durante a gestação
5 Não vive com companheiro desde antes da gestação
7 NS
8 NR
9 Outros _____
- Caso 5, 7, 8, ou 9, pule para a Q-44
- O seu (ex) companheiro já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele completou? 41)
(00 Não estuda ou estudou (grau) (série)
30 Terceiro grau incompleto
31 Terceiro grau completo ou mais
77 NS
88 NR
99 NA
- O seu (ex) companheiro trabalhou durante a sua gestação? 42)
0 Não
1 Sim
7 NS
8 NR
9 NA
- Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão
- Qual foi o trabalho que ele permaneceu por mais tempo durante a sua gestação? 43)

Caso a mãe tenha companheiro, pule para a Q-47

Durante a gestacao, V/S teve algum tipo de relacionamento amoroso? 44)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



Caso 0, 7, 8 ou 9, pule para Q-47

Qual deles foi o mais longo, duradouro? 45)

1. Namorado
2. Noivado
3. Outros _____
8. NR
9. NA

Nome da pessoa (aaa): _____

O (aaa) já frequentou ou frequenta a escola? 46)

00. Não estuda ou estudou
30. Terceiro grau incompleto
31. Terceiro grau completo ou mais
77. NS
88. NR
99. NA

(grau) (série)

GESTAÇÃO ATUAL

Quando V/S ficou grávida do neném, estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais ou não queria mais ter filhos? 47)

1. Naquele momento
2. Mais tarde
3. Não queria mais ter filhos
7. NS
8. NR

E o pai do neném, quando V/S ficou grávida, ele estava querendo que V/S engravidasse naquele momento, queria esperar mais ou não queria mais ter filhos? 48)

1. Naquele momento
2. Mais tarde
3. Não queria mais ter filhos
7. NS
8. NR

Nos últimos doze meses antes de engravidar, V/S tinha algum problema de saúde que necessitasse de acompanhamento médico? 49)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR

Caso 0, 7 ou 8, pule a próxima questão

Qual? _____ 50)

Qual foi a data da sua última menstruação? 51) / /

(ignorada. 00/00/00)



Caso "ignorada", pule para a Q-54

(dia mês ano)

Sua última menstruação veio do mesmo jeito do que as anteriores, quer dizer, do jeito que V/S está acostumada, considerando a cor, a quantidade de sangue e o nº de dias de menstruação?

52)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Sua menstruação costuma vir “certinha”, ou seja, ela costuma vir sempre no mesmo dia do mês ou dia próximo?

53)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Caso 0, pergunte se a diferença entre um dia e o outro é maior do que 7 dias. Se não for, marque 1.

V/S fez pré-natal?

54)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0 ou 8, pule para a Q-63

Instruções:

• Tem cartão?

- Não → todas as informações serão colhidas com a mãe.

- Sim → teve consulta anterior que não está registrada no cartão?

✓ Não → informações do cartão.

✓ Sim → a consulta do cartão foi nos primeiros três meses de gestação?

• Sim → colhe-se as informações do cartão. Incorpore as consultas anteriores às descritas no cartão para responder a Q-61.

• Não → desconsidere o cartão nas Q-55 à Q-60. As repostas à essas questões devem se basear nas informações da mãe sobre a primeira consulta real. A Q-61 deve ser preenchida com o número de consultas do cartão mais as anteriores. Considere preferencialmente o cartão para as Q-63 à Q-74.

• Q-63, Q-64, Q-65 e Q-66 – em situações onde a mãe se recorde de um peso mais recente do que o registrado no cartão, proceda da seguinte forma: caso o último peso registrado no cartão tenha sido há menos de 1 mês da data da entrevista, utilize esse peso para responder a essas questões. Caso o peso tenha sido há mais de um mês da entrevista, utilize a informação da mãe.

“ V/S tem o cartão da gestante ou outro documento do pré-natal? Passo dar uma olhada?”

) Com quantos meses de gravidez V/S começou o pré-natal?

55)

7. NS
8. NR
9. NA

) Fonte da informação

56)

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

) Qual foi a data de sua primeira consulta do pré-natal?
(explorar consulta anterior. 00/00/00. Ignorada; 99/99/99. NA)

57) / /
(dia mês ano)

) Fonte da informação

58)

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

Quanto V/S pesou na primeira consulta do pré-natal?
(000.0. ignorado; 777.7. NS; 888.8. NR; 999.9. NA)

59) , kg

Fonte da informação

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

60)

Quantas consultas de pré-natal V/S realizou?

77. NS
88. NR
99. NA

61)

Fonte da informação

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
3. Ambos
9. NA

62)

Quando foi a última vez que V/S se pesou antes do nascimento do bebê?
(00/00/00. Ignorado)

63) / /
(dia mês ano)

Fonte da informação

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

64)

Qual foi seu peso nesta data?
(000.0. ignorado)

65) , kg

Fonte da informação

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

66)

Durante a gestação, V/S teve algum desses problemas de saúde? (ler as opções abaixo)	Com quantos meses de gestação V/S teve esse problema?
Pressão alta descoberta durante a gestação?	67) <input type="text"/>
Sangramento?	68) <input type="text"/>
Corrimento vaginal?	69) <input type="text"/>
Perda de líquido?	70) <input type="text"/>
Infecção urinária?	71) <input type="text"/>
Outra infecção bacteriana? Qual? _____	72) <input type="text"/>

Instruções:

0. Não
11. Sim, mas não sabe especificar o mês do diagnóstico
1 a 9. Mês de gestação quando foi feito o diagnóstico
77. NS
88. NR

Fonte da informação

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

73)

Além desses, V/S teve outros problemas de saúde que tenham necessitado controle médico? Quais?

74)

IIÁBITOS DE VIDA

essa alva das Q-75 à Q-106: (veja as Q-40 e Q-45, págs. 6 e 7 do questionário)

Prioritariamente o companheiro atual (que mora com mãe).

Caso não haja, considere a pessoa com quem a mãe tenha tido a relação amorosa mais duradoura durante a gestação.

Somente deverão ser puladas as Q-75 à Q-106 se a mãe não tiver tido companheiro ou nenhuma relação amorosa durante toda a gestação.

dando de assunto, agora podemos falar um pouco sobre algumas coisas que seu companheiro (ou aaa, se for o ionamento amoroso mais duradouro da gestação) gosta e costuma fazer no dia-dia?"

O seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de comer doces?

75)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA



Caso 0, 7, 8, ou 9, pule a próxima questão

O seu (ex) companheiro (ou aaa) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces?

76)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA

O seu (ex) companheiro (ou aaa) bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

77)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA



Caso 0, pergunte: "nem de vez em quando ou em momentos especiais?"

Se o companheiro for completamente abstinido, pule para a Q-94

Alguma vez o seu (ex) companheiro (ou aaa) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

78)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA

O seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de comida muito salgada?

79)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA



Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão

O seu (ex) companheiro (ou aaa) alguma vez sentiu que deveria diminuir o sal na comida? 80)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

As pessoas aborrecem o seu (ex) companheiro (ou aaa) porque criticam o modo dele beber? 81)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

V/S ou os pais de seu (ex) companheiro (ou aaa) se preocupam ou reclamam quando ele bebe? 82)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

O seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de tomar cafezinho? 83)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



**Caso 0, 7, 8 ou 9, pule
a próxima questão**

Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir ou parar de tomar cafezinho? 84)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

O seu (ex) companheiro (ou aaa) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 85)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de frutas e legumes? 86)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



**Caso 0, 7, 8 ou 9, pule
a próxima questão**

Alguma vez ele sentiu que deveria aumentar a quantidade de frutas e legumes na alimentação dele? 87)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

O seu (ex) companheiro (ou aaa) se sente culpado ou chateado pela maneira que costuma beber? 88)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Alguma vez o seu (ex) companheiro (ou aaa) acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 89)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

De maneira geral, qual a bebida alcoólica mais usada por seu (ex) companheiro (ou aaa)? 90)

(leia as alternativas)

1. Cerveja/Chopp
2. Aguardente/cachaça/pinga
3. Batidinha
4. Vinho
5. Uísque
7. Outra _____
77. NS
88. NR
99. NA

Seu (ex) companheiro (ou aaa) tem bebido nos últimos nove meses, ou seja, durante a sua gestação? 91)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Seu (ex) companheiro (ou aaa) costuma ouvir rádio? 92)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Qual o programa preferido dele? _____

Quantas doses ele precisa beber para se sentir "alto", ou seja, quantas doses são necessárias para que ele comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"? 93)

77. NS
88. NR
99. NA

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha

O seu (ex) companheiro (ou aaa) fuma? 94)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão

O seu (ex) companheiro (ou aaa) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de cigarros ou parar de fumar? 95)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

em dia, é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como por exemplo a maconha e cocaína. As próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias por seu (ex) companheiro (ou aaa). Questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas questões são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa..”

	Durante a sua gestação ... (a)	Quantas vezes ele usava por mês? (b)
seu companheiro (ou aaa) usava tranquilizantes do tipo alium, Dicnpax, Lexotan, lorax, diazepam, ou outros?	96)	97)
seu companheiro (ou aaa) usava cola de sapateiro, cheiro de alô ou lança perfume?	98)	99)
seu companheiro (ou aaa) usava maconha?	100)	101)
seu companheiro (ou aaa) usava cocaína?	102)	103)
seu companheiro (ou aaa) usava outros tipos de drogas? Quais?	104)	105)

instruções:

a) 0. Não; 1. Sim; 7. NS; 8. NR; 9. NA

b) Só deve ser perguntado se a pergunta “a” for “1”. Leia as alternativas para a mãe

1. Menos de 1 vez/mês
2. 1 ou 2 vezes durante o mês
3. Quase toda a semana durante o mês (3 – 4 vezes)
4. Quase todo dia durante o mês
7. NS
8. NR
9. NA

Caso a mãe não tenha relatado uso de drogas pelo companheiro, pule a próxima questão

As pessoas se preocupam com o uso de drogas (ou tranquilizantes) que seu (ex) companheiro (ou aaa) faz e/ou sugerem que ele pare de usá-las?

106)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

ra vamos falar um pouquinho do que a V/S gosta e costuma fazer no seu dia-dia...”

V/S gosta de comer doces?

107)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0 ou 8, pule a próxima questão

Alguma vez V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces?

108)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

V/S bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

109)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0, confirme: “mesmo antes de engravidar?”, “nem de vez em quando?”

Se a mãe for completamente abstinência, pule para a Q-124

Alguma vez a V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 110)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

A V/S gosta de comida muito salgada? 111)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

Caso 0, 8 ou 9, pule a próxima questão

A V/S alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de sal em sua alimentação? 112)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

As pessoas aborrecem V/S porque criticam seu modo de beber? 113)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando V/S bebe? 114)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

V/S gosta de tomar cafezinho? 115)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0 ou 8, pule a próxima questão

Alguma vez V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade de cafezinho ou parar de toma-lo? 116)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

A V/S costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 117)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

A V/S gosta de frutas e legumes? 118)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

Caso 0, 8 ou 9 pule a próxima questão

Alguma vez a V/S sentiu que deveria aumentar a quantidade de frutas e legumes em sua alimentação? 119)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

1) A V/S se sente culpada ou chateada pela maneira que costuma beber?

120)

- 0. Não
- 1. Sim
- 8. NR
- 9. NA

1) Alguma vez a V/S acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?

121)

- 0. Não
- 1. Sim
- 8. NR
- 9. NA

1) A V/S costuma ouvir rádio?

122)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA

1) O seu programa preferido? _____

1) Quantas doses V/S precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que a V/S comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"?

123)

- 77. NS
- 88. NR
- 99. NA

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha

V/S fumava nos últimos doze meses antes de engravidar?

124)

- 0. Não
- 1. Sim
- 8. NR

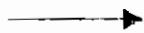


Caso a resposta seja 0, confirme se realmente ela não fumava nenhum cigarro

V/S fumou durante algum período da gestação?

125)

- 0. Não
- 1. Sim
- 8. NR



Caso 0 ou 8, pule para a Q-128

Nos primeiros meses da gestação, quantos cigarros, em média, V/S fumava por dia?

126)

(ler as opções para a mãe)

- 0. Nenhum
- 1. Mais de 2 maços por dia (mais de 40 cig arros)
- 2. 1 a 2 maços por dia (20 a 40 cigarros)
- 3. Meio a um maço por dia
- 4. Menos de meio maço por dia
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA

Nos últimos meses da gestação, quantos cigarros, em média, V/S fumava por dia?

127)

(ler as opções para a mãe)

- 0. Nenhum
- 1. Mais de 2 maços por dia (mais de 40 cig arros)
- 2. 1 a 2 maços por dia (20 a 40 cigarros)
- 3. Meio a um maço por dia
- 4. Menos de meio maço por dia
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA

Caso a mãe tenha declarado ser **completamente abstinência**, vá para a Q-134

ora, eu gostaria que a V/S se lembrasse com um pouco mais de detalhe do seu uso de bebidas alcóolicas antes e ante a gestação..."

	Antes de engravidar...	É nos últimos três meses da gestação...
a) ...V/S bebia algum tipo de bebida alcóolica? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Caso 0 ou 8, pule os itens b e c</div>	128)	129)
b) Nessa época, qual a bebida de sua preferência (a que você bebia mais frequentemente?) (ler as opções das instruções)	130)	131)
c) Em geral, quantas doses, mais ou menos, você bebia nessas ocasiões?	132)	133)

Instruções:

a) 0. Não; 1. Sim; 7. NS; 8. NR; 9. NA

b) Tipos de bebidas: 1. Cerveja/Chopp; 2. Aguardente; 3. Whisky; 4. Licor; 5. Vinho; 6. Batidinha; 7. outras; 77. NS; 88. NR; 99. NA

c) Doses: uma dose de bebida alcóolica corresponde a, por exemplo, uma lata ou meia garrafa de cerveja, 1 chopp, 2 copos de cerveja, 1 copo de vinho, 1 dose de wisky, cachaça ou outros destilados ou 1 copo de caipirinha

Assim como é importante saber sobre o uso de drogas por seu (ex)companheiro (ou aaa), nós precisamos saber também o consumo dessas substâncias por V/S. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa."

	Antes da gravidez... (a)	Freq. (b)	É nos últimos três meses da gravidez... (a)	Freq. (b)
//S usava tranquilizantes do tipo Valium, rupax, Lexotan, lorax, diazpan, ou outros?	134)	135)	136)	137)
//S usava usava cola de sapateiro, cheiro de ó ou lança perfume?	138)	139)	140)	141)
//S usava maconha?	142)	143)	144)	145)
//S usava cocaína?	146)	147)	148)	149)
//S usava outros tipos de drogas? Quais?	150)	151)	152)	153)

Instruções:

a) 0. Não; 1. Sim; 7. NS; 8. NR; 9. NA

b) Só deve ser perguntado se a pergunta "a" for "1". Leia as alternativas para a mãe

1. Menos de 1 vez/mes
2. 1 ou 2 vezes durante o mês
3. Quase toda a semana durante o mês (3 - 4 vezes)
4. Quase todo dia durante o mês
7. NS
8. NR
9. NA

Caso a mãe não tenha relatado uso de drogas nem antes nem durante a gestação, pule próxima questão

As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranquilizantes)
e/ou sugerem que V/S pare de usá-las?

154)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

TRABALHO MATERNO

Antes de engravidar, V/S tinha algum trabalho remunerado?

155)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0 ou 8, pule a
próxima questão

Qual era o seu trabalho? _____

156)

E durante a gravidez?

157)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0 ou 8, pule
para a Q-160

Até quantos meses de gravidez V/S trabalhou?

158)

77. NS
88. NR
99. NA

Qual era o seu trabalho? _____

159)

VIOLÊNCIA FAMILIAR

...a, eu gostaria de conversar um pouquinho com V/S sobre a violência que, às vezes, somos vítimas e também como as pessoas que moram em sua casa resolvem os desentendimentos e desavenças do dia-a-dia. Nós sabemos algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, às vezes, parece difícil falar sobre elas. É muito importante para a nossa pesquisa que a V/S faça um esforço para lembrar com a gente como sua mãe se entendeu, quer dizer, como as pessoas se deram umas com as outras durante sua gravidez. Eu queria dizer que tudo que será dito aqui ficará somente entre nós e que essas informações serão muito importantes para cuidar que outros recém-nascidos não nasçam prematuros..."

V/S já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu
companheiro ou alguém importante para V/S?

160)

0. Não
1. Sim
8. NR

Neste último ano, quer dizer, últimos 12 meses, alguém lhe bateu, esbofetou,
chutou ou machucou fisicamente?

161)

0. Não
1. Sim
8. NR

Caso 0 ou 8, pule
para a Q-184

Quem fez isso com a V/S? (leia as opções abaixo)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar)
6. Mais de um (especificar)
8. NR
9. NA

162)

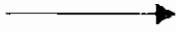
Quantas vezes isso aconteceu?

777. NS
888. NR
999. NA

163)

E desde que V/S engravidou, alguém lhe bateu, esbofetou, chutou ou machucou fisicamente?

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA



**Caso 0 ou 8, pule
para a Q-184**

164)

Quem fez isso com a V/S? (leia as opções abaixo)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar)
6. Mais de um(especificar)
8. NR
9. NA

165)

Quantas vezes isso aconteceu?

777. NS
888. NR
999. NA



**Caso tenha acontecido
apenas uma vez, pule
a próxima pergunta**

166)

Ul dessas vezes foi a mais marcante, mais importante para a V/S? Na vez, V/S poderia me dizer quais das coisas que vou falar agora aconteceram?

Polologia	Ações	Código
1	Ameaça de maus-tratos ou agressão Inclusive com arma	167)
2	Tapa	168)
2	Empurrão sem machucado, sem ferimento ou sem dor duradoura	169)
3	Sôco	170)
3	Chute	171)
3	Machucado ou "mancha roxa"	172)
3	Corte ou dor contínua	173)
4	Espancamento	174)
4	Contusões graves	175)
4	Queimaduras	176)
4	Ossos quebrados	177)
5	Danos ou problemas na cabeça	178)
5	Danos ou problemas em órgãos internos	179)
5	Danos permanentes	180)
6	Uso de arma	181)
6	Ferimento por arma	182)

Instruções: categorias a serem utilizadas para as questões 167 à 182: 0. Não aconteceu; 1. Aconteceu; 7. NS; 8. NR; 9. NA

Tipologia com maior número 183)

Durante a gravidez, alguém forçou V/S a realizar atividades sexuais? 184)

0. Não
1. Sim
2. Não
8. NR



**Caso 0 ou 8, pule
para a Q-187**

Quem fez isso com a V/S? (leia as opções abaixo) 185)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar)
6. Mais de um (especificar)
8. NR
9. NA

Quantas vezes isso aconteceu? 186)

777. NS
888. NR
999. NA

) V/S tem medo do seu companheiro, ex-companheiro, namorado, algum estranho 187)

ou outra pessoa qualquer?

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

quem? _____
(especificar)

agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas mais detalhadas sobre como tem sido as relações entre as pessoas moram com V/S. A gente sabe que não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, causadas ou por qualquer outra razão. nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças/desavenças.

gostaria de tentar identificar com a V/S as relações que pra você parecem ser mais difíceis entre as pessoas que moram em sua casa e são seus parentes...

va em dar uma relembração na lista das pessoas que moram com V/S..."

instruções:

- Consulte a sequência de procedimentos descrita na cartela cinza para a definição das relações a serem investigadas (lembre-se de anotar na tabela abaixo as decisões tomadas).
- Atenção entrevistador | Vá para a tabela de moradores/parentes no domicílio na página 5 para realizar o possível "sorteio" das relações a serem investigadas.
- Marque na tabela abaixo as relações familiares investigadas, as CTSs pertinentes a cada uma delas e se a relação foi escolhida pela mãe, sorteada ou era a única opção.

Relação	Nome das pessoas escolhidas/sorteadas (parentesco com a mãe)	Escolhido (E), sorteado (S) ou único (U)?	CTS utilizada
e ↔ companheiro (CTS2) ou e ↔ outro adulto escolhido ou sorteado (CTS1)	Mãe ↔	188)	
e → filho/enteado ou outra criança (CTSPC)	Mãe →	189)	
companheiro → filho/enteado ou outra criança (CTSPC)	Comp. →	190)	
outra relação que preocupe ou sorteada (CTS1 ou CTSPC - vide tabela de procedimentos) ↔	191)	

SUPORTE SOCIAL

As próximas perguntas são sobre outros aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo”

- 12) Com quantos **PARENTES** V/S se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo incluindo seu esposo, companheiro ou filhos nessa reposta? (00. Nenhum) 192)
- 13) Com quantos **AMIGOS** V/S se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo incluindo seu esposo, companheiro ou filhos nessa reposta? (00. Nenhum) 193)

Entregue a mãe a escala verde para que ela escolha a resposta mais adequada às Q-194 à Q-196.
Explique a ela o procedimento a ser realizado

- 14) Durante a sua gravidez, V/S participou de atividades esportivas em grupo (futebol, basquete, volei, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? Com que frequência? 194)
0. Não participou
1. Mais de uma vez por semana
2. 1 vez por semana
3. 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano no ano
8. NR
- 15) Durante a sua gravidez, V/S participou de reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? Com que frequência? 195)
0. Não participou
1. Mais de uma vez por semana
2. 1 vez por semana
3. 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano no ano
8. NR

- o) Durante a sua gravidez, V/S participou de trabalho voluntário não remunerado em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? Com que frequência?
0. Não participou
 1. Mais de uma vez por semana
 2. 1 vez por semana
 3. 2 a 3 vezes por mês
 4. Algumas vezes no ano
 5. Uma vez no ano
 8. NR

196)

As próximas perguntas são sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ajuda...”

Entregue a mãe a escala azul para que ela escolha a resposta mais adequada às Q-197 à Q-214.
Explique a ela o procedimento a ser realizado

<i>Se V/S precisar...</i>	Frequência
Com que frequência V/S conta com alguém que a ajude se ficar de cama?	197)
Com que frequência V/S conta com alguém para lhe ouvir quando V/S precisa conversar?	198)
Com que frequência V/S conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	199)
<i>V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém para levá-la ao médico?	200)
Com que frequência V/S conta com alguém que demonstre amor e afeto por V/S?	201)
Com que frequência V/S conta com alguém para se divertir junto?	202)
<i>V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	203)
Com que frequência V/S conta com alguém em quem confiar para falar de V/S ou sobre seus problemas?	204)
Com que frequência V/S conta com alguém que lhe dê um abraço?	205)
<i>V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém com quem relaxar?	206)
Com que frequência V/S conta com alguém para preparar suas refeições se V/S não puder prepará-las?	207)
Com que frequência V/S conta com alguém de quem V/S, realmente, quer conselhos?	208)
<i>V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém para ajudá-la nas tarefas diárias se V/S ficar doente?	209)
Com que frequência V/S conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais recentes?	210)
Com que frequência V/S conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	211)
<i>V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	212)

Quantas pessoas ao todo vivem com esse dinheiro? 216)

Pessoa de maior renda da família (RRR) (escreva o parentesco com a mãe) 217)

Qual o tipo de trabalho ou ocupação de (RRR)? 218)
 777. NS; 888. NR; 999. NA

Renda da pessoa de maior renda (RRR) 219) ,

Cotação do Dólar (US) no dia da entrevista (em R\$) 220) ,

Renda total da família 221) ,

Quantos cômodos tem sua casa incluindo cozinha e banheiro e sem contar com varanda ou área? 222)

(fale para a mãe não considerar os de uso comum à outras famílias)

8. NR 223)

De que material é construída a maior parte da sua casa?

leia as alternativas)

- 1. Alvenaria/Tijolo
- 2. Madeira
- 3. Pau a pique
- 4. Outros: _____
- 7. NS
- 8. NR

224)

De que material é feita a maior parte do chão da sua casa?

leia as alternativas)

- 1. Cimento
- 2. Madeira tratada/tacos
- 3. Madeira bruta
- 4. Cerâmica/Ladrilho
- 5. Barro/Terra/ Areia
- 6. Outros: _____
- 7. NS
- 8. NR

225)

Sua casa tem luz elétrica da LIGHT ou CERJ?

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR

226)

Sua casa tem banheiro?

- 0. Não
- 1. Sim
- 8. NR

→ **Caso 0 ou 8 , pule a próxima questão**

É dentro ou fora de casa?

- 1. Dentro de casa
- 2. Fora de casa
- 8. NR
- 9. NA

→ **Se esta questão tiver sido perguntada, pule a próxima questão**

227)

40) Bicicleta	
41) Toca-disco	
42) Forno de microondas	
43) Liquidificador	
44) Computador	

