

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PSICOPATOLOGIA E COMPORTAMENTO DE RISCO EM
MOTORISTAS NO BRASIL**

Sibele Faller

Orientador

Prof. Dr. Flavio Pechansky

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, março de 2010

F194p Faller, Sibebe

Psicopatologia e comportamento de risco em motoristas no Brasil / Sibebe Faller ; orient. Flávio Pechansky. – 2010.

111 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Condução de veículos 2. Assunção de riscos 3. Transtornos mentais 4.

Transtornos relacionados ao uso de substâncias 5. Brasil I. Pechansky, Flávio II.

Título.

NLM: WM 140

Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.

Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses dois anos pude contar com o carinho e apoio de muita gente. Essas pessoas são especiais por que, cada uma ao seu jeito, deixou uma marca nessa história tão importante para mim. Assim, agradeço:

Ao Flavio, ser humano admirável, por ter sido o orientador mais atento e presente do mundo, pela disponibilidade, afeto, por ter acreditado em mim e me acalmado nos momentos de ansiedade;

Ao Felix, praticamente um “pai profissional”, por ter me trazido para o CPAD, me guiado no início da carreira e por todas as incontáveis oportunidades;

À Raquel pelo ótimo trabalho com o grupo do NEPTA e por não ter me deixado desanimar com os problemas que surgiram;

À Lísia, pela disponibilidade e pelas ótimas ideias que fizeram muita diferença;

À Dani, por tornar leve e divertida a tarefa de analisar dados;

À Cleide, incansável no esforço em ajudar e resolver problemas aparentemente insolúveis;

À toda a equipe CPAD e NEPTA, pelo aprendizado e pelo trabalho em equipe;

À SENAD por tornar possível a realização desse estudo;

À Dra. Helena Barros, e a toda a equipe do Vivavoz, em especial à acolhedora Maristela;

À minha equipe de supervisores e entrevistadores, o pessoal do turno da “noite verdadeira”: Taís, Bárbara, Cássio, Solange, Andréa, Gláucius, Guilherme e Ricardo, pelo bom humor, integração, esperteza e incrível capacidade de trabalhar em equipe;

A toda equipe do Department of Behavioral Science da Universidade de Kentucky, principalmente ao Prof. Carl Leukefeld e ao Prof. Matthew Webster pela calorosa acolhida e indispensável ajuda com a análise estatística e a confecção do artigo;

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria por todo o aprendizado;

Aos motoristas que participaram do estudo, por compreenderem sua importância e concordarem em responder à (às vezes cansativa) entrevista;

Aos insubstituíveis colegas do “projeto diversão” – Myriam, Cleide, Sinara, Fernanda, Bárbara, Deise, Petúlia, Júlia, Roberta e Anderson – pela alegria e parceria no trabalho e na vida;

Aos colegas e amigos Igor, Vinícius e Cris, pelo apoio, amizade e confiança;

Aos queridos amigos, Deise, Babi, Paola, Gabi e Luís, por me proporcionarem tantos momentos bons, agradáveis escapadas do trabalho e carinho nos momentos mais difíceis;

Ao Marcio, por toda a amizade, disponibilidade, ajuda e carinho.

Por fim, agradeço aos meus pais Paulo e Nina, e aos meus irmãos Leo e Lila, por todo incentivo, amor, e por terem me ensinado o valor de uma família unida.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
APRESENTAÇÃO	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1. Trânsito, álcool e outras SPAs.....	18
2.2. Trânsito e comorbidades psiquiátricas.....	22
2.3. Comportamentos de risco no trânsito	24
2.4. Entrevistas telefônicas	26
2.5. Percepção de coerção em pesquisa	27
3. JUSTIFICATIVA PARA A EXECUÇÃO DO ESTUDO	30
4. OBJETIVOS.....	31
4.1. Objetivo geral	31
4.2. Objetivos específicos	31
5. MÉTODO	32
5.1. Delineamento.....	32
5.2. Amostra.....	32
5.2.1. Etapa 1 – Coleta de dados nas rodovias federais brasileiras	32
5.2.2. Etapa 2 – estudo telefônico.....	34
5.3. Critérios de inclusão	35
5.4. Fatores em estudo e desfecho	36
5.5. Procedimentos.....	36
5.5.1. Local e equipe	36
5.5.2. Organização das informações: bancos de dados.....	37
5.5.3. Medidas de desfecho	39

5.5.4. Formulário de entrevista.....	40
5.5.5. Desenvolvimento da coleta de dados.....	41
5.6. Análise estatística	42
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	44
7. RESULTADOS	46
7.1. Taxa de resposta.....	46
7.2. Demografia	46
7.3. Uso de substâncias psicoativas e transtornos psiquiátricos	47
7.4. Comportamentos de risco	49
7.5. Percepção de coerção.....	49
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
8.1. Taxa de resposta, método empregado e aspectos éticos	51
8.2. Demografia	53
8.3. Dirigir sob influência de álcool e outras drogas, transtornos psiquiátricos e dependência/abuso de SPAs.....	54
8.4. Comportamentos de risco	55
8.5. Limitações.....	56
9. CONCLUSÕES.....	58
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
11. ARTIGO.....	65
ANEXOS.....	80
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA CONTATO TELEFÔNICO	80
ANEXO II – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	81
ANEXO III – DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS E PRÊMIOS	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acidente de Trânsito
CFC	Centro de Formação de Condutores
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CPAD	Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision</i> – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado
GBD	<i>Global Burden of Disease</i> - Peso Global da Doença
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NEPTA	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trânsito e Álcool
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SPA	Substância Psicoativa
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TPAS	Transtorno de Personalidade Antissocial

TUSP

Transtorno por Uso de Substâncias

UFRGS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte de um projeto nacional intitulado *Estudo do impacto do uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas no trânsito brasileiro* - cadastrado no GPPG sob número 07069 e aprovado em 22/03/2007 – desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Álcool e Trânsito (NEPTA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) que visa avaliar o impacto do álcool e outras substâncias psicoativas no trânsito brasileiro, ainda não documentado de forma sistemática e apropriada no Brasil.

RESUMO

Objetivo: A principal finalidade desse estudo foi verificar a diferença entre dois grupos de motoristas – aqueles que apresentaram alcoolemia positiva medida através de etilômetro e/ou uso prévio de outras SPAs, averiguado através de exame de saliva, e aqueles que não apresentaram – em relação a comportamentos de risco, transtorno depressivo maior, mania e hipomania, TEPT, e TPAS, assim como abuso ou dependência de SPAs.

Método: Em um estudo transversal, 1.134 motoristas que dirigiam em rodovias federais brasileiras foram avaliados através de etilômetro para verificar alcoolemia e teste de saliva para verificar a presença de drogas. Posteriormente, por meio de entrevistas telefônicas, foram avaliados em relação a transtornos psiquiátricos e comportamentos de risco. Os participantes foram divididos em dois grupos (motoristas com resultados positivos para uso de substâncias (n=82) e motoristas com resultados negativos (n=1052)). Os resultados foram comparados com o teste qui-quadrado e com análise de regressão logística. Em relação aos comportamentos de risco, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de motoristas.

Resultados: Motoristas que apresentaram uso de SPAs apresentaram maior prevalência de diagnósticos psiquiátricos como depressão (21,8%), mania/hipomania (20,8%), TEPT (10,7%), TPAS (9,0%), abuso de substâncias (24,5%) quando comparados com outros motoristas (5,8%, 7,1%, 0,4%, 1,2% e 2,8%, respectivamente). Participantes com algum diagnóstico psiquiátrico tinham 4,47 mais chance de apresentar o desfecho. Aqueles com dependência/abuso de alguma SPA tinham 5,47 mais chance de dirigir sob influência de álcool ou drogas.

Conclusões: Indivíduos que dirigem sob influência de álcool e/ou outras drogas podem precisar de avaliações e intervenções destinadas para transtornos psiquiátricos específicos. Esses resultados poderão servir como base ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas no Brasil.

Palavras-chave: Transtornos psiquiátricos, comportamentos de risco, álcool, substâncias psicoativas, dirigir sob influência de substâncias.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to examine the difference between two groups of drivers – drivers who, on recruitment of the sample, showed blood alcohol content recorded by breathalyzer and previous use of other psychoactive substances examined through saliva test and those who didn't drive under the influence – regarding risky behaviors, major depression disorder, mania and hypomania, PTSD and antisocial personality disorder (ASPD), as well as substances abuse or dependence.

Methods: A cross-sectional sample of 1,134 individuals driving on federal highways in Brazilian cities took alcohol breathalyzer tests and drug saliva tests and were evaluated, thru telephonic interview, regarding psychiatric disorders and risky behaviors. Participants were divided into two groups (drivers who tested positive for substances (n=82) and those who did not (n=1052)). Data were compared by the Chi-square test and with a logistic regression model.

Results: Substance positive drivers reported a significantly higher prevalence of psychiatric diagnoses like depression (21.8%), mania/hypomania (20.8%), post traumatic stress disorder (10.7%), antisocial personality (9.0%), substance use (24.5%) when compared to other drivers (5.8%, 7.1%, 0.4%, 1.2% and 2.8%,

respectively). Participants with a psychiatric symptom were 4.47 times more likely to test positive for substance use. Similarly, participants with a substance use disorder were 5.47 times more likely to test positive for substance use. There were no significant differences between the groups of drivers, related to risky behaviors.

Conclusion: Individuals who drive under the influence of drugs and alcohol may need assessments and interventions targeted to specific psychiatric disorders. These results will inform the development of public policies in Brazil.

Key-words: Psychiatric disorders, risky behaviors, alcohol, substances, drive under influence.

1. INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), as lesões decorrentes dos acidentes de trânsito (ATs) representam quase 12% do índice *Global Burden of Disease* (GBD) e a segunda principal causa de morte de indivíduos de 5 a 29 anos (Peden, 2004). Deste modo, os ATs são um grave problema de saúde pública, considerando que aproximadamente 1,2 milhão de pessoas morrem anualmente no mundo em decorrência deles. Contudo, a densidade dos óbitos não é uniformemente distribuída, já que 90% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento – detentores de apenas 48% da frota mundial de veículos. Estima-se que, até 2020, as mortes no trânsito aumentarão em 80% nesses países, onde de 33% a 69% dos motoristas envolvidos em acidentes fatais apresentam alguma concentração de álcool no sangue (Who, 2009).

Especificamente no Brasil, ainda não há informações consistentes sobre a porcentagem de mortes e lesões decorrentes de ATs causados por motoristas que dirigiam sob influência de álcool ou outras substâncias psicoativas (SPAs). Contudo, já foram publicados alguns estudos indicando que a prevalência de beber e dirigir entre motoristas parece ser alta – em torno de 34% dos motoristas entrevistados no I Levantamento Nacional Domiciliar sobre Padrões de Consumo de Álcool (Pechansky, De Boni *et al.*, 2009). Assim, as preocupações têm aumentado no que se refere à regulamentação dos limites de ingestão de álcool no trânsito. Com o objetivo de desencorajar a prática de beber e dirigir e a ocorrência de ATs relacionados a esse comportamento, foi realizada uma importante e polêmica mudança na legislação brasileira. O Código de Trânsito Brasileiro (CTB), instituído pela Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, em vigor desde janeiro de 1998, tem como principal objetivo jurídico a manutenção da segurança viária, preservando deste modo o direito à vida e à

integridade física dos demais usuários da via pública, direitos constitucionalmente garantidos¹. O CTB define atribuições das diversas autoridades e órgãos ligados ao trânsito, normas gerais de trânsito, prevê condutas, infrações administrativas e crimes de trânsito, bem como suas respectivas penalidades. Em 19 de junho de 2008 foi aprovada a Lei 11.705, alcunhada equivocadamente de “Lei Seca”, proibindo o consumo de álcool e outras drogas por condutores de veículos, ficando o infrator sujeito à pena de multa, à suspensão da CNH por 12 meses, podendo sofrer detenção, dependendo da concentração de álcool por litro de sangue (alcoolemia). Porém, existe uma tolerância de 0,2 g/l (gramas de álcool puro em um litro de sangue), prevendo casos excepcionais, como erro no etilômetro e medicamentos à base de álcool. Dois dos artigos do CTB que regulamentam o dirigir sob influência de álcool e outras SPA apresentaram mudanças profundas em sua redação:

- Artigo 165, determina uma infração administrativa gravíssima, prevendo que *“dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer substância psicoativa que determine dependência”* incorre em multa e suspensão do direito de dirigir por 12 meses, além de *“retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação”* como medida administrativa;
- Artigo 306, que determina que é crime de trânsito com pena de detenção (seis meses a três anos), multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor, *“estando com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a 6 (seis) decigramas, ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência”*.

As normas gerais do Código Penal e do Código de Processo Penal, bem como a Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais, Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995,

¹ Fernandes, CF (2008). Comunicação pessoal.

também são aplicadas, no que couber, aos crimes cometidos na direção de veículos automotores previstos no CTB, caso este não dispuser de modo diverso.

Desta forma, os motoristas suspensos do direito de dirigir, por conduzir veículo sob influência do álcool ou SPA, deverão se submeter ao curso de reciclagem realizado em Centros de Formação de Condutores (CFCs) credenciados pelos Departamentos Estaduais de Trânsito (DETRANs). Para ser aprovado no curso de reciclagem, o aluno precisa cumprir as 30 horas/aula determinadas pelo CTB e ter acertado 70% em um exame de 30 questões. O candidato reprovado uma primeira vez poderá realizar nova avaliação e, se reprovado pela 2^a, precisará matricular-se para um novo curso de habilitação, frequentando-o integralmente, antes de submeter-se novamente à avaliação. Em caso de suspensão, a CNH é devolvida ao titular imediatamente após cumprida penalidade e curso de reciclagem.

Não há dúvidas de que o motorista que dirige sob influência de SPA deve receber as punições cabíveis, necessitando, também, de uma atenção especial para minimizar o problema. Acredita-se, contudo, que existam outras variáveis relacionadas com o comportamento de beber e dirigir que não estejam previstas na abordagem do motorista após a infração, e que conseqüentemente não são cobertas pelo código de trânsito vigente. Em especial, é provável que características individuais dos condutores afetem sobremaneira seu modo de conduzir veículos, o que é bem demonstrado na literatura. Estas características, agregadas ou não em torno de traços caracterológicos ou transtornos mentais muito provavelmente determinam desfechos negativos na condução de veículos, e podem estar potencialmente associadas aos problemas inerentes ao trânsito inseguro (Mcmillen, Pang *et al.*, 1991; Lapham, Smith *et al.*, 2001; C'de Baca, Lapham *et al.*, 2004; Lapham, C'de Baca *et al.*, 2006; Mcmillan, Timken *et al.*, 2008).

Este estudo busca obter informações sobre tais características, em especial à sua configuração na forma de patologia ou comorbidade psiquiátrica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As seções da revisão de literatura apresentada possuem razoável independência, portanto optou-se por condensar o conteúdo em cinco blocos separados por assunto. Os blocos abrangem os tópicos abordados nos objetivos e método do estudo, e estão expostos a seguir.

2.1. Trânsito, álcool e outras SPAs

Um limite de alcoolemia para dirigir foi definido, pela primeira vez em todo o mundo, na Noruega, no ano de 1936 (0,5 g/l). Entretanto, foi em 1964, com um estudo norte americano de caso-controle realizado em Michigan, intitulado *Grand Rapids*, que ficou estabelecido que o motorista que consome álcool tem um maior risco de envolvimento em ATs do que aqueles com alcoolemia negativa (Borkenstein, 1964). Naquela ocasião, Robert Borkenstein, também o inventor do etilômetro, identificou uma associação positiva e exponencial entre os níveis de alcoolemia encontrados e a chance (odds) de um acidente de trânsito. Esses resultados forneceram substratos para que muitos países em todo o mundo modificassem seus limites para beber e dirigir.

Na década de 1980 uma publicação australiana indicou que o risco de envolvimento em ATs é 1,83 vezes maior quando a concentração de álcool no sangue é 0,5g/l do que quando é zero (Mclean, 1983). Em 1994, uma re-análise dos resultados do *Grand Rapids* também concluiu que os riscos associados com menores taxas de álcool no sangue foram maiores que aqueles publicados anteriormente (Hurst, Harte *et al.*, 1994). Essas evidências serviram de justificativa para que muitos países alterassem seus limites de alcoolemia para 0,5g/l. Uma revisão de 200 estudos publicada em 1985 (Moskowitz, Burns *et al.*, 1985) demonstrou que existe um aumento no tempo de reação e alterações na concentração, atenção, processamento

cognitivo, função visual, percepção e performance na direção em motoristas com níveis de alcoolemia entre 0,3 e 1,0 g/l. Encontrou-se perda funcional significativa já com concentrações entre 0,1 e 0,4 g/l em 20% dos estudos. Esses resultados mostram que o álcool afeta as habilidades necessárias na direção segura de maneira geral, e mesmo em pequenas doses.

Um novo estudo de caso-controle envolvendo 14.985 motoristas foi realizado em 2002 na Califórnia e na Flórida a exemplo do *Grand Rapids*, porém utilizando método mais sofisticado de análise estatística, com técnicas de análise multivariada. Seus resultados corroboraram os publicados anteriormente. A Figura 1 compara os achados dos principais estudos sobre alcoolemia e condução de veículos.

Figura 1: Risco de envolvimento em AT

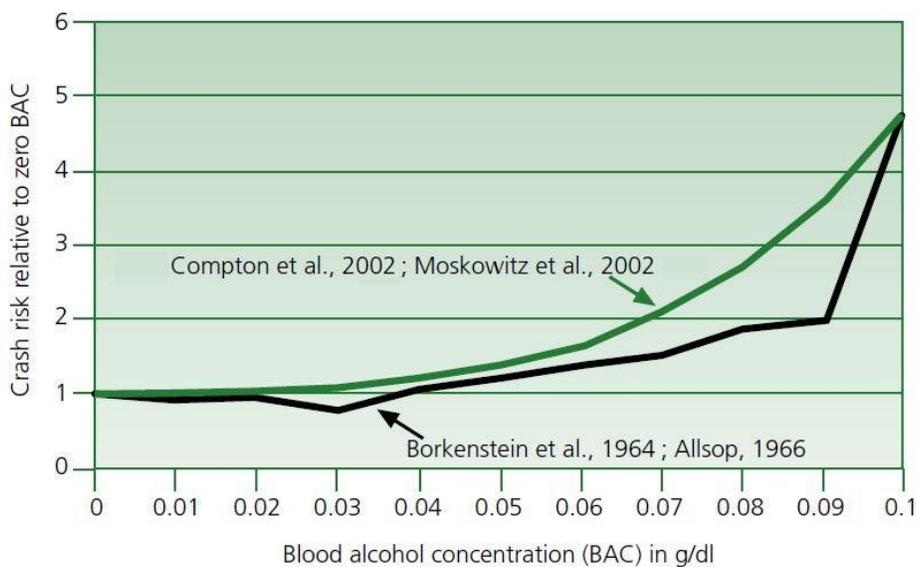


Imagem retirada de World Report on Road Traffic Injury Prevention – OMS

Como o álcool, outras substâncias psicoativas também são capazes de influenciar significativamente a percepção do motorista e os comportamentos no trânsito, representando um facilitador para a ocorrência de ATs. Para que

comportamentos de risco relacionados ao trânsito e ao uso de substâncias fossem verificados, uma amostra de 1.233 adolescentes brasileiros foi inicialmente testada aos 12, 15 e 18 anos e acompanhada durante 13 anos. Dados foram obtidos durante o terceiro momento de coleta, já que na primeira e na segunda ocasião os participantes não tinham idade suficiente para dirigir. Oitenta e três por cento dos entrevistados já haviam usado álcool em pelo menos 10 vezes durante os três anos prévios à ocasião da coleta. O mesmo aconteceu com 46% e 19% deles no que se refere ao uso de maconha e cocaína, respectivamente (Labouvie e Pinsky, 2001).

Com o objetivo de estimar a prevalência de uso de álcool e drogas, foram conduzidas entrevistas com 385 homens e 74 mulheres com repetidas infrações por beber e dirigir nos EUA. Aproximadamente 40% dos entrevistados satisfizeram os critérios de abuso de outra SPA que não álcool e 30%, de dependência. No geral, 54% de todos os infratores estudados tiveram transtornos de abuso ou dependência de substâncias psicoativas (TUSP), evidenciando uma possível contribuição das drogas como coadjuvantes ou causadoras de AT entre essa população (Lapham, C'de Baca *et al.*, 2006). Outros resultados corroboram essa hipótese. Uma comparação entre sete grupos de motoristas em tratamento para álcool, maconha e cocaína, e combinações dessas substâncias (n=445), com uma amostra de controles da população geral, pareada por idade e sexo (n=566) mostrou que condenações por dirigir sob influência de substância são frequentes entre aqueles que abusam de cocaína, mas não entre os que abusam de maconha. “Adição cruzada” entre álcool e cocaína é comum, porém o beber problemático entre pacientes usuários de cocaína muitas vezes é subdiagnosticado em triagens. No período anterior ao tratamento todos os grupos, exceto usuários de maconha como única droga, obtiveram significativamente mais condenações por dirigir sob influência de substâncias do que

os controles. No período pós-tratamento, os grupos “somente álcool”, “somente cocaína”, “álcool e cocaína” e “cocaína e maconha” seguiram apresentando mais condenações do que os controles (McDonald, 2005). Em contraste, o uso de maconha tem sido associado com ATs em diversos estudos (Fergusson e Horwood, 2001; Blows, Ivers *et al.*, 2005). Não foram encontradas publicações cujo propósito fosse estimar a prevalência de substâncias ou classe de substâncias específicas - como maconha ou estimulantes do sistema nervoso central, por exemplo - no trânsito.

No Brasil, ainda são escassos os dados sobre motoristas relacionados a consumo de álcool e outras SPAs, apesar dessa relação já ter sido demonstrada através de estatísticas sobre ATs e avaliada por estudos provenientes de outros países. De acordo com resultados de um estudo sobre acidentes de trânsito e uso de bebidas alcoólicas realizado em Brasília, Curitiba, Recife e Salvador, 27,2% dos motoristas apresentaram alcoolemia superior ao antigo limite estabelecido no CTB – 0,06g/l (Oliveira e Melcop, 1997). Um recente estudo brasileiro testou 908 motoristas com etilômetros em barreiras policiais nas principais ruas de uma cidade de São Paulo e encontrou que 23,7% dos motoristas haviam ingerido bebidas alcoólicas, sendo que em 19,4% dos entrevistados o nível de álcool no organismo estava igual ou maior do que o limite legal estabelecido pela lei em vigência à época (0,06g/l) (Duailibi, Pinsky *et al.*, 2007). Conforme as informações existentes e de acordo com o I Levantamento Nacional Domiciliar sobre Padrões de Consumo de Álcool no Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas vem aumentando a prática de beber e dirigir, causando danos à sociedade brasileira. Uma análise recente destes achados realizada por Pechansky e cols. encontrou que a prevalência de beber e dirigir na amostra foi 34,7% - 42,5% nos homens e 9,2% nas mulheres. Ser homem (OR = 6,0; IC95% 2,9-12,6), ter tido acidente prévio com beber e dirigir (OR = 7,9; IC95% 2,5-24,9), ter

tido "consumo excessivo episódico" no último ano (OR = 2,2; IC95% 1,03-4,5) e ter uma opinião desfavorável sobre políticas públicas (OR = 2,9; IC95% 1,4-6,2), mantiveram-se associados com consumo pesado e dirigir após ajustes no modelo (Pechansky, De Boni *et al.*, 2009).

Conforme a literatura disponível, alguns fatores têm sido associados com o comportamento de dirigir sob influência de alguma SPA, como ser homem jovem, idade de início do consumo de álcool, ser passageiro de um motorista embriagado e baixa percepção de punição e de risco de AT (Pechansky, De Boni *et al.*, 2009). Outro fato estabelecido na literatura através de vários estudos é a forte associação entre AT e *binge drinking* - consumo episódico de mais de cinco drinques para homens ou quatro drinques para mulheres (Cherpitel, 1988; Duncan, Alpert *et al.*, 1997; Quinlan, Brewer *et al.*, 2005).

Acredita-se, contudo, que há outras variáveis que também podem influenciar o beber e dirigir. Algumas delas, como a relação entre trânsito e comorbidades psiquiátricas, têm sido exploradas em estudos realizados desde a década de 1990.

2.2. Trânsito e comorbidades psiquiátricas

A influência do álcool e de outras substâncias psicoativas (SPA) no dirigir, associada à alta prevalência de transtornos psiquiátricos, como Transtornos do Humor, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS), é relatada em vários estudos como um fator determinante para o aumento do risco de ATs (Mcmillen, Pang *et al.*, 1991; Sutton, 1994; Lapham, Smith *et al.*, 2001; C'de Baca, Mcmillan *et al.*, 2006; Lapham, C'de Baca *et al.*, 2006; Mcmillan, Timken *et al.*, 2008).

Conforme um estudo publicado em 2001 com 1.105 motoristas infratores (Lapham, Smith *et al.*, 2001), 91% deles apresentaram transtornos relacionados ao

álcool pelo menos uma vez na vida, contra 44% da população geral norte-americana (National Comorbidity Survey – NCS) (Kessler, McGonagle *et al.*, 1994). Entre esses motoristas, 50% das mulheres e 33% dos homens foram diagnosticados com ao menos uma comorbidade psiquiátrica além de abuso ou dependência de drogas, mais frequentemente Transtorno Depressivo Maior e TEPT.

Com o objetivo de estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos durante a vida e nos últimos 12 meses em uma amostra de motoristas com repetidas infrações por beber e dirigir, entrevistas foram conduzidas entre 2001 e 2003 com 385 homens e 74 mulheres em Oregon, nos EUA. Os motoristas em questão participavam de um programa com duração de três anos, com monitoramento e supervisão dos infratores e tratamento do abuso de álcool com foco na mudança de comportamento e na abstinência. O resultado apontou que 65% dos homens e 79,7% das mulheres tiveram, pelo menos, uma comorbidade psiquiátrica com abuso ou dependência de álcool durante a vida. Novamente, o mais prevalente transtorno não-relacionado com o uso de substâncias foi o Transtorno Depressivo Maior (30,9%), seguido por TEPT (15,3%). Duzentos e trinta e três dos participantes do estudo foram triados para transtornos psiquiátricos, e foi identificado que 97,2% dos casos de Transtorno Bipolar, 67% dos casos de Depressão Maior, 37,3% dos casos de uso de drogas e 100% dos casos de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), não foram adequadamente diagnosticados durante o tratamento, o que representa uma grande perda de oportunidade de incremento nos resultados da intervenção – em especial considerando-se a potencial associação entre estes transtornos e acidentes de trânsito ou problemas na condução de veículos, associados ou não ao uso de substâncias (Mcmillan, Timken *et al.*, 2008).

Assim, dentre os estudos publicados, a maioria ratifica a possibilidade de que características pessoais e patologias psiquiátricas influenciem e sejam influenciadas por ATs e consumo de SPAs. Portanto, um diagnóstico psiquiátrico ou a identificação de marcadores de risco para tais morbidades pode determinar as intervenções e o plano pós-tratamento para motoristas infratores a fim de reduzir recaídas, consumo e, conseqüentemente, infrações de trânsito (Palmer, Ball *et al.*, 2007). Sabendo-se da importância de um acompanhamento psiquiátrico, em vários países os indivíduos infratores por dirigir sob influência de substâncias são encaminhados para tratamento. Porém, estudos têm mostrado que esses pacientes são subdiagnosticados no que compete a tais transtornos, mesmo se sabendo que, além do uso de álcool e SPA, comorbidades também contribuem para o aumento do risco de AT (Mcmillan, Timken *et al.*, 2008). Não foram encontrados na literatura brasileira achados referentes a transtornos psiquiátricos e suas relações com trânsito e dirigir.

Comumente relacionados às comorbidades psiquiátricas, os comportamentos de risco no trânsito são causa última e determinante para a ocorrência de 90% dos ATs, normalmente atribuídos a fatores como condição da via, intensidade do tráfego e problemas mecânicos no veículo (Peden, 2004). Assim sendo, esse importante fator precisa ser considerado e caracterizado.

2.3. Comportamentos de risco no trânsito

Os comportamentos de risco no trânsito podem ser subdivididos em duas categorias: os erros e as violações; todos os motoristas estão suscetíveis ao seu cometimento em algum grau. Tanto erros quanto violações são formas inadequadas de conduta, ou seja, infrações (Aberg e Rimmö, 1998; Kontogiannis, Kossiavelou *et al.*, 2002). De acordo com Reason, os dois termos possuem diferentes origens

psicológicas e, portanto, requerem maneiras distintas de entendimento e consequente intervenção (Reason, Manstead *et al.*, 1990). Erro pode ser definido como “a falha de ações planejadas para alcançar determinados resultados desejados sem a intervenção de um acaso ou fator imprevisível” e violação como “uma infração deliberada de algum código de comportamento regulamentado ou socialmente aceito” (Parker, West *et al.*, 1995). Assim sendo, o erro significa um ato involuntário relacionado com o processamento cognitivo do indivíduo, com processos mentais como atenção e concentração e limitações motoras; enquanto a violação envolve intencionalidade, estando relacionada a fatores motivacionais e sociais. Muitos fatores podem influenciar a frequência e intensidade de erros e violações. Sintomas psiquiátricos como a ansiedade, por exemplo, podem causar vieses de atenção (atenção seletiva para estímulos aversivos), de interpretação de situações e reações motoras exageradas, como sobressaltos. Sabe-se, também, que dirigir sob influência de álcool ou outras drogas torna maior a probabilidade de ocorrência dos dois tipos de infração.

Não há como, em circunstâncias naturais, reduzir a zero as infrações no trânsito, já que os erros de comportamento são parte da condição humana. Há, porém, a possibilidade de diminuir sua ocorrência com um melhor controle de variáveis, dentre elas o ambiente (rodovia, sinalização, veículo), a disponibilidade de informação (educação, propaganda), o treinamento adequado do motorista, a avaliação e o tratamento de transtornos psiquiátricos, bem como o consumo de SPAs.

Em estudos realizados com motoristas, deve-se considerar o fato de que o comportamento de dirigir é extremamente complexo e que nenhum método de investigação pode captar todas as suas implicações, sendo essa a principal limitação desse tipo de investigação (Reason, Manstead *et al.*, 1990).

2.4. Entrevistas telefônicas

Para tornar estudos mais acessíveis para pesquisadores e entrevistados, cada vez mais têm se optado pela utilização de entrevistas telefônicas em pesquisa na área da saúde. Os primeiros estudos no campo a utilizarem essa modalidade de enquete foram realizados nos EUA, e datam de meados dos anos 1970. Desde então, esse método vem sendo empregado em diversas populações e em vários países, pois apresenta adequada relação custo-benefício por ser mais barato que a entrevista realizada face a face, além de, geralmente, apresentar boa confiabilidade (Greenfield, Midanik *et al.*, 2000). Porém, ainda há poucos estudos na área da psiquiatria que utilizam a entrevista telefônica como meio de obtenção de dados. Em um deles, a confiabilidade e a validade de entrevista por telefone para avaliar alcoolismo foi examinada por Slutske (Slutske, True *et al.*, 1998) em um estudo com 8.000 veteranos da guerra do Vietnã. Uma subamostra de 146 homens foi entrevistada por telefone utilizando a mesma entrevista estruturada. A confiabilidade teste-reteste para diagnóstico de abuso e dependência de álcool foi adequada (apresentando coeficientes kappa de 0.74 e 0.61, respectivamente), sendo que 96% dos indivíduos identificados como tendo diagnóstico de dependência foram corretamente avaliados pelo método em questão. Alguns estudos na área de álcool e trânsito utilizaram entrevistas telefônicas para avaliar comportamento de beber e dirigir entre jovens e em motoristas com infração por embriaguez (Rothe e Elgert, 2005). Entrevistas realizadas com 400 jovens adultos com idades de 19 a 25 anos visando examinar atitudes, práticas e sensibilização frente à lei em torno do tema “beber e dirigir” (Stutts e Wilkins, 2003), encontraram que 34% dos respondentes disseram ter bebido antes de dirigir, e 17% admitiram ter bebido muito acima da quantidade considerada

segura, resultados semelhantes aos encontrados em entrevistas realizadas face a face no exterior e no Brasil (Rosman e Sawyer, 1988; Rosman, Ferrante *et al.*, 2001).

No Brasil, foi publicado recentemente o Relatório VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado com um total de 2000 participantes, com o objetivo de verificar fatores de risco e morbimortalidade relacionada a doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais tabagismo e alcoolismo – um exemplo de estudo com método bem estruturado de entrevistas telefônicas. No referido relatório, foram entrevistados mais de 2.000 indivíduos em todo o Brasil, pertencentes a uma amostra probabilística da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano de 2006. Em referência ao uso de álcool, foi encontrado que 21% dos entrevistados haviam consumido pelo menos cinco (quatro para mulheres) doses de álcool em um único dia, nos 30 dias anteriores à entrevista (Saúde., 2007). Não foram encontrados, contudo, estudos realizados por telefone no país sobre o tema álcool e trânsito. Dessa forma, toda a metodologia envolvida nesse tipo de enquête encontra-se pouco desenvolvida localmente, o que impediu a antecipação de grande parte das barreiras que seriam encontradas para o presente estudo. Ao mesmo tempo, a falta de estudos desta natureza sobre o tema motivou a autora a desenvolver o projeto em questão, mesmo considerando que não há dados suficientes para que se possa avaliar o desempenho de entrevistas telefônicas no âmbito da saúde mental no país, o que certamente gerou problemas e consequentes adaptações no método e na tecnologia empregada.

2.5. Percepção de coerção em pesquisa

Princípios éticos essenciais em pesquisa como a autonomia e voluntariedade do participante estão previstos pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução

196/96. A preocupação de que o indivíduo seja informado e decida participar de um estudo sob forma voluntária e não coercitiva é antiga, sendo demonstrada em documentos, como o Código de Nuremberg (1947) e a Declaração de Helsinki (1964), que fundamentaram diretrizes brasileiras e internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com Piaget coerção é “toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio” (Piaget, 1928). A coerção “existe na medida em que é sofrida”, e independe do “grau efetivo de reciprocidade existente” (Piaget, 1977). Portanto, tendo em vista que a coerção é um conceito subjetivo, é impossível mensurar a variável através de instrumento objetivo. Frente ao problema, buscou-se verificar não a coerção em si, mas sua percepção. Conforme a referida ideia, Hiday definiu a percepção de coerção como o oposto da percepção de autonomia (Hiday, 1992; Hiday, Swartz *et al.*, 1997).

Há várias maneiras de se avaliar a percepção de coerção dos envolvidos em um processo de pesquisa. Dentre elas, a identificação do tipo de coerção e opinião do paciente acerca do método empregado; a comparação da percepção de coerção do paciente, família e equipe médica; e a identificação do nível de percepção de coerção no momento da internação e da alta do paciente (Taborda, Baptista *et al.*, 2004). O único instrumento adaptado para o contexto sociocultural brasileiro para avaliar essa percepção consiste na Escala de Percepção de Coerção (Gardner, Hoge *et al.*, 1993). Em um estudo transversal brasileiro 64 pacientes psiquiátricos, 58 pacientes cirúrgicos e 83 pacientes clínicos hospitalizados foram avaliados através da Escala de Percepção de Coerção para a identificação de sentimentos de coerção no momento da hospitalização. Os resultados indicam que os pacientes psiquiátricos, tanto involuntários quanto voluntários, apresentam significativamente maior percepção de

coerção do que os demais. Os pacientes cirúrgicos e clínicos não diferem entre si - entretanto referem haver sofrido também algum nível de coerção (Taborda, Baptista *et al.*, 2004).

Avaliar a percepção de coerção torna-se fundamental para que, cada vez mais, estudos sejam elaborados visando o bem-estar de seus participantes e a evitação de respostas com possíveis vieses ocasionados pelo sentimento de obrigatoriedade por parte do respondente. Consequências como deixar de seguir orientações médicas ou de procurar auxílio quando necessário, devido ao desconforto causado pela percepção de estar sendo coagido, foram relatadas por pacientes de internação psiquiátrica após sua participação em estudos (Gardner e Lidz, 2001). No entanto, estudos sobre coerção em pesquisa são escassos, tornando necessária sua verificação em outras populações, principalmente naquelas que podem estar sob maior vulnerabilidade – como motoristas que beberam e dirigiram, por exemplo. Grande parte das publicações sobre coerção em pesquisa encontra-se na área da internação psiquiátrica (Gardner, Hoge *et al.*, 1993; Hoge, Lidz *et al.*, 1997; Gardner e Lidz, 2001), porém não foram encontrados estudos que avaliassem percepção de coerção em pesquisa com amostras de motoristas entrevistados através de telefone.

3. JUSTIFICATIVA PARA A EXECUÇÃO DO ESTUDO

A prevenção de problemas no trânsito, como por exemplo beber e dirigir, é uma questão essencialmente política. Para executar uma política eficaz, contudo, faz-se necessário o conhecimento da realidade e das variáveis envolvidas de modo a fornecer evidências para embasar intervenções e elaborar programas que contemplem a necessidade do motorista e da sociedade, no âmbito cultural e histórico em que elas necessitem ser implementadas.

As informações apresentadas até aqui reiteram o fato de que dirigir sob influência de substâncias é um importante problema de saúde pública, no mundo inteiro e, fortemente, no Brasil. São raros os estudos para avaliar características e elementos envolvidos nessa prática que abranjam todo o território nacional, devido às dificuldades financeiras e geográficas. Considerando que entrevistas para avaliar motoristas que trafegam sob o efeito de álcool e outras SPAs em rodovias exigem abordagem rápida, complementar a coleta de dados através de contatos telefônicos posteriores para avaliação de outros aspectos – como transtornos psiquiátricos e comportamentos de risco – é uma alternativa a ser considerada, mais ainda em função da escassez completa de dados sobre este tema. Além disso, a descrição do método utilizado será útil para outros investigadores que a queiram utilizar sob forma adaptada, já que apresenta novidades na área da bioética aplicada à comunicação em saúde à distância, além de uma expansão da técnica de entrevistas telefônicas de grande porte.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Verificar a prevalência de transtornos psiquiátricos e comportamentos de risco no trânsito em dois grupos de motoristas que, no momento do recrutamento da amostra (1) apresentaram alcoolemia positiva constatada através de etilômetro e uso prévio de outras SPAs, averiguado através de exame de saliva; (2) não apresentaram alcoolemia positiva ou uso de outras SPAs.

4.2. Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de abuso e dependência de álcool e substâncias psicoativas nos dois grupos estudados;
- Estimar a prevalência de Episódio Depressivo, Episódio Maníaco e/ou Hipomaníaco, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno de Personalidade Antissocial nos dois grupos estudados;
- Avaliar os comportamentos de risco no trânsito dos participantes;
- Avaliar o grau de percepção de coerção dos participantes;
- Comparar os dois grupos estudados em relação a transtornos psiquiátricos, comportamentos no trânsito e percepção de coerção;
- Verificar associação entre transtornos psiquiátricos e o comportamento de dirigir sob influência de SPAs.

5. MÉTODO

Na presente seção serão apresentadas informações necessárias para que o leitor possa melhor compreender o método empregado e todas as suas etapas. Foi decisão da autora mostrá-lo de forma completa por se tratar de um estudo relativamente complexo. As partes principais do método utilizado se encontram descritas no artigo (p.64) aqui apresentado.

5.1. Delineamento

Para realizar o presente estudo, foi utilizado um delineamento transversal.

5.2. Amostra

Os candidatos a participar do estudo foram recrutados a partir do estudo “Prevalência de alcoolemias positivas e de outras substâncias psicoativas em motoristas profissionais e privados do Brasil” realizado pelo NEPTA. Este consistiu de um estudo transversal cujo principal objetivo foi estimar a prevalência de alcoolemia positiva, presença de fatores de risco para acidentes e presença de substâncias psicoativas na saliva em uma amostra de condutores privados e profissionais de veículos que trafegavam em rodovias federais que cruzassem regiões metropolitanas das capitais brasileiras. Para compreender melhor o contexto amostral do presente estudo se faz necessária uma explicação sobre o método de amostragem utilizado no estudo principal.

5.2.1. Etapa 1 – Coleta de dados nas rodovias federais brasileiras

A seguir é descrita a coleta de dados do estudo principal que deu origem à base de casos que foi abordada por telefone.

A amostra foi composta por condutores profissionais e privados de veículos recrutados em postos da Polícia Rodoviária Federal localizados no perímetro das

regiões metropolitanas das 26 capitais de estados brasileiros e do Distrito Federal². Os pontos de coleta por região metropolitana foram inicialmente mapeados e os possíveis locais escolhidos em uma distância de até 50 quilômetros do centro geográfico da cidade de origem.

O tamanho da amostra foi estimado considerando o orçamento disponível e a prevalência do uso de anfetaminas, que se supunha menor do que a prevalência do uso de álcool. Conforme estudo prévio realizado no país, estimou-se uma prevalência de uso de anfetaminas de 6%, com margem de erro de 2% com uma confiança de 95%. Para isso seria necessário incluir 542 motoristas em cada estrato (carro, moto, caminhão e ônibus). Para manter-se a proporção por condutores de diferentes tipos de veículos seriam necessários 3.388 motoristas. Deste modo, seria possível estimar uma prevalência de uso de álcool de 30% com uma margem de erro menor que 1,5%. A amostra em cada capital foi selecionada em blocos proporcionais ao número de condutores no estado específico e estratificada por tipo de veículo. Em um primeiro momento, foram examinados os dados disponíveis no DENATRAN sobre o número de carteiras de habilitação fornecidas por estado da federação, e atualizados até o ano de 2006, o que totalizou aproximadamente 53 milhões de condutores (Pechansky, De Boni *et al.*, 2010). Estes foram cruzados com a frota de veículos dos Estados, também a partir dos dados disponíveis no DENATRAN e a análise entre a densidade de condutores e de veículos demonstrou haver forte e positiva correlação geral entre ambas, com coeficiente de correlação = 0,94 ($P < 0,001$). Assim, os 3.388 seriam alocados proporcionalmente nos diferentes Estados. Contudo, o resultado desta primeira divisão demonstrou haver um excesso de capitais onde o número final de entrevistas a ser realizado seria frequentemente

² O presente estudo foi realizado em 23 estados do total de 26 por ter sido iniciado posteriormente à coleta de dados já em andamento. Não foram coletados dados no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraíba.

abaixo de 25 casos, o que tornaria a coleta não só inviável do ponto de vista de custo-benefício, como também de pouco valor epidemiológico para fins de estratificação por tipo de condutor. Em função disso, optou-se por fixar um número mínimo de condutores por Estado (blocos). Os estados com n estimado <100 ou aqueles cujo n estava muito perto de 100 foram considerados, totalizando 21 estados ($n=100 \times 21=2100$ casos). De acordo com o cálculo anterior, restariam para dividir entre os estados com n estimado >100 um total de 1288 sujeitos (3388-2100). Foram somados os totais dos motoristas dos estados com $n>100$, totalizando 38.322.119 motoristas, e recalculadas as proporções em cada estado sobre este número. Finalmente, foi estimado o número de motoristas a ser abordado em cada estado levando em consideração a sobra do total de sujeitos; este grupo foi caracterizado no tercil intermediário ($n=138$), restando um estado isolado que responde pelo último terço da amostra (SP=550). Em algumas situações, alguns poucos casos a mais foram coletados em função da manutenção das proporções.

No momento do recrutamento da amostra do estudo principal, os veículos foram selecionados de forma aleatória, proporcionalmente ao número de veículos em cada estrato, de acordo com listas de números aleatórios geradas previamente ao procedimento de coleta, durante as 12 horas estabelecidas (das 12h às 24h), em sextas-feiras e sábados. Não foram coletados dados em feriados, no sentido de evitar épocas em que sabidamente aumentam os índices de morte no trânsito.

5.2.2. Etapa 2 – estudo telefônico

Ao final da entrevista do estudo principal, realizada nas rodovias, foi solicitado a cada participante o fornecimento, mediante autorização (ANEXO I), de informações necessárias para a realização de uma ligação telefônica posterior, como nome e telefone. O objetivo era complementar informações obtidas na rodovia sob a forma

de uma entrevista estruturada maior e mais aprofundada. Houve tentativas de contato com todos aqueles que a autorizaram.

O tamanho da amostra do estudo telefônico foi calculado com base nos dados de prevalência de transtornos psiquiátricos na população geral e em motoristas que demonstraram comportamento de beber e dirigir encontrados na literatura (Lapham, Smith *et al.*, 2001). Com aproximadamente 1120 indivíduos poderíamos estimar uma prevalência de 3% para qualquer transtorno psiquiátrico, com uma margem de erro de 1% e uma confiança de 95%. Considerando que aproximadamente 7% dos participantes viessem a apresentar o comportamento de dirigir sob influência de alguma SPA, esperávamos encontrar em torno de 80 motoristas que beberam e/ou usaram alguma substância enquanto dirigiam ($7 \times 1120 / 100$). Assim, restariam 1040 ($1120 - 80$) indivíduos não-infratores para realizarmos comparações com os 80 indivíduos infratores. Com estes grupos, poderíamos detectar diferenças de até 15 pontos percentuais em qualquer variável categórica, com um poder próximo a 100%.

5.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os motoristas que autorizaram o contato telefônico posterior à sua participação na etapa realizada nas rodovias e que, após o processo de consentimento informado no momento da ligação, aceitaram responder a entrevista telefônica. Aqueles que não apresentaram condições de responder ao questionário telefônico – seja por intoxicação presente por drogas, seja por incapacidade cognitiva ou sensorial³ – foram excluídos do estudo, em um total de 0,3% dos casos. Essas condições foram aferidas através de perguntas realizadas ao início da coleta de dados.

³ Deficiência auditiva ou surdez, já que o motorista portador de alguma dessas características estaria impossibilitado de responder à entrevista por telefone.

5.4. Fatores em estudo e desfecho

O principal desfecho deste estudo é a presença de alcoolemia positiva, conferida por intermédio do etilômetro; e/ou uso prévio de outras SPAs, aferido por meio de exame de saliva, verificados no momento do recrutamento da amostra. Para fins de análise das diversas variáveis, foram considerados dois grupos:

- 1) Motoristas com exames positivos para uso de álcool e outras SPAs – maconha, cocaína, benzodiazepínicos e anfetaminas;
- 2) Motoristas sem a presença de substâncias no sangue.

Os grupos foram comparados em relação aos seguintes fatores em estudo: presença de transtornos psiquiátricos, dependência e abuso de álcool e outras SPA, comportamentos de risco no trânsito e percepção de coerção.

5.5. Procedimentos

5.5.1. Local e equipe

As entrevistas telefônicas foram realizadas no serviço VivaVoz (Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas⁴). O VivaVoz foi fundado em junho de 2005 através de um acordo de cooperação entre a SENAD e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). É um serviço telefônico do tipo *call center* (central telefônica), que presta orientação e informação gratuita e sigilosa sobre a prevenção do uso indevido de drogas, através de chamadas sem custo (ligação 0800). Além de divulgar informações científicas sobre drogas, o serviço é especializado em oferecer intervenção breve para usuários de SPA e apoio para seus familiares, bem como indicar locais de tratamento. A estrutura física e tecnológica do *call center* do VivaVoz conta com:

⁴ <http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=4269&IdEC=5655>

- Posições ou Postos de Atendimento (PAs), compostos por um computador equipado com softwares específicos para armazenamento de dados, aparelho telefônico acoplado a um *headset* – fone de ouvido e microfone, proporcionando a liberação das mãos do consultor para digitação durante o atendimento – e linha telefônica conectada ao computador;

- Unidade de Resposta Audível (URA), que permite identificar quantas chamadas estão em espera, recebe ligações e as encaminha para as PAs sem a interferência do atendente, direcionando uniformemente o fluxo de ligações.

A conduta do consultor é orientada através de POPs (Procedimentos Operacionais Padrão), que são roteiros elaborados com diversas situações e orientações para a utilização da estrutura local. Este estudo contou com um POP desenvolvido especialmente para orientar a realização de ligações para os motoristas.

Seis consultores que operam no VivaVoz foram selecionados pela coordenação do estudo em conjunto com a coordenação do local para integrar a equipe de coleta. Neste estudo, a investigadora principal foi capacitada para gerenciar os entrevistadores, o que significa que recebeu todo o treinamento padrão do serviço VivaVoz. O treinamento foi realizado totalizando 40 horas de aulas teóricas e 20 horas de aulas práticas com manejo do software e aplicação de escalas. Os consultores receberam treinamento específico e direcionado, com simulações de entrevistas e diferentes situações de coleta de dados. Duas supervisoras do VivaVoz também foram capacitadas para auxiliar na administração no *call center* e na realização de entrevistas. O esquema gráfico da coleta está exposto e detalhado na Figura 2.

5.5.2. Organização das informações: bancos de dados

Um banco de dados independente foi desenvolvido para armazenar informações sigilosas necessárias para a realização das ligações telefônicas (Quadro

1). Semanalmente, tendo recebido as autorizações por meio da equipe de coleta do estudo das rodovias com os nomes e telefones dos entrevistados nos postos da polícia rodoviária, a autora do estudo organizava em uma planilha Excel com os nomes e telefones dos motoristas juntamente com informação sobre número de registro no estudo. Dessa maneira, os indivíduos foram localizados e contatados sem que os dados de identificação fossem relacionados com os dados coletados, preservando a identidade dos participantes da pesquisa. Esse material era entregue aos coletadores parcialmente preenchido com nomes, telefones e número de protocolo. Um exemplo do banco de dados para contato telefônico se encontra no quadro abaixo:

Quadro 1: Banco de dados para contatos telefônicos

NOME	TEL	TEL	PROT	COLET	AGENDA	TENT	TENT	OBS:
	DDD	Tel			Data - Hora	Nº	Data - Hora	
GIL ***	98	99999999	77DF002	1			01/out – 16:15	desligado
JOSE ****	98	99999999	66DF001	1		3	01/out – 16:17	num não existe
JOAO	98	99999999	33DF003	3				
TOM ****	18	99999999	33DF002	2	10/out – 20:00	2	01/out – 18:10	está viajando
CAIO ***	98	99999999	11DF001	5		2	01/out – 18:30	caiu
VITOR	86	99999999	11DF002	4		1	02/out – 20:00	não tem tempo

Na primeira coluna constava o nome do possível participante. Na segunda, seu número telefônico, com código DDD já inserido. O número de protocolo foi computado na próxima coluna – o mesmo utilizado no estudo principal realizado nas rodovias –, seguido pelo número do entrevistador atual. Caso ocorresse a solicitação de agendamento de entrevista por parte do participante, a data e a hora eram inseridas em formato dd/mês – hh:mm na coluna indicada. Quando houvesse

recusa em participar, a linha correspondente ao sujeito deveria ser assinalada em vermelho e o motivo explicado na coluna “OBS”. Se não houvesse agendamento nem recusa, os campos destinados a essas informações não deveriam ser preenchidos. No momento de conclusão da entrevista, o entrevistador deveria grifar a linha correspondente em amarelo. Caso a entrevista tivesse que ser interrompida, a linha deveria ser pintada de roxo e o motivo explicado na coluna “OBS”. Foi estipulado um limite de cinco tentativas de realização da entrevista. Estas foram computadas na subdivisão “N^o” da coluna “Tent”, seguidas pelas datas e horários de cada uma delas. Só foram consideradas tentativas as ligações atendidas. Para cada ligação não completada, como nas situações de linha ocupada, telefone desligado e número errado ou inexistente, foi marcado um asterisco ao lado do nome do indivíduo, para controle de chamadas. Nos dois últimos casos citados, a linha correspondente é grifada em cinza. A coluna “OBS” era um espaço para computar motivos de recusas, problemas, ou comunicar aos outros entrevistadores fatos ocorridos durante o contato como, por exemplo, preferências de horários do entrevistado.

Todas as informações adquiridas ao longo de cada entrevista foram inseridas em documentos em Word para posteriormente serem digitadas em uma planilha Excel pela coordenadora do estudo e dois assistentes de pesquisa.

5.5.3. Medidas de desfecho

A obtenção da alcoolemia dos motoristas foi realizada a partir de etilômetros da marca Alco-Sensor IV (Intoximeters, Inc) digitais, certificados pelo Inmetro, utilizando procedimentos-padrão para coleta deste tipo de dado (Walsh, Flegel *et al.*, 2003).

Outras medidas de uso de SPAs foram obtidas com o uso de *swabs* de algodão para coleta de saliva (Quantisal, Inc), utilizados e recomendados na literatura internacional (Pil e Verstraete, 2008). Era solicitado ao respondente que acumulasse durante aproximadamente 1 minuto saliva no *swab*; para estimular a produção de saliva os entrevistadores forneciam água aos motoristas. Após a obtenção de saliva, o *swab* era estocado em um recipiente próprio e refrigerado a quatro graus centígrados, e encaminhado posteriormente para análise em laboratório.

5.5.4. Formulário de entrevista

Por intermédio do *call-center* localizado no VivaVoz, a partir das informações contidas no banco de dados dos contatos, os coletadores realizaram ligações, contatando os motoristas com o objetivo de entrevistá-los. Para que os horários de repouso dos entrevistados fossem respeitados, as diferenças no fuso horário brasileiro foram consideradas.

A entrevista (ANEXO II) desenvolvida para a obtenção de dados foi composta por perguntas a respeito de informações sociodemográficas e pelos seguintes instrumentos:

- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI - CORE) – Versão Brasileira (Amorim, 2000), que consiste em uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos) organizada por módulos diagnósticos independentes, compatível com os critérios do DSM-IV-TR, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, podendo ser utilizada após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas).
- Escala de Violações e Erros de Motoristas (EVEM), instrumento que foi baseado no “Driver Behaviour Questionnaire (DBQ)” (Questionário do

Comportamento do Motorista) (Reason, Manstead *et al.*, 1990). A EVEM consta de questões referentes a erros e violações, distribuídas em quatro domínios: 12 questões referentes a erro; 7 referentes à violação; 10 referentes à violação agressiva e 11 referentes à violação agressiva interpessoal.

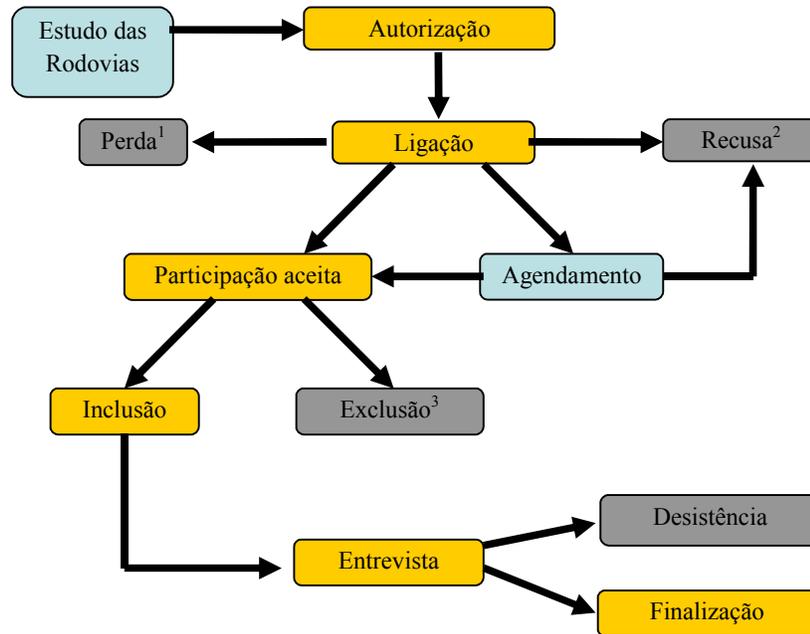
- Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa: É uma escala derivada de um questionário de percepção de coerção em internação psiquiátrica composto por 16 questões (Perceived Coercion Scale) (Gardner, Hoge *et al.*, 1993; Taborda, Baptista *et al.*, 2004). Visa avaliar a percepção de coerção em indivíduos participantes de estudos. É composta por cinco afirmativas nas quais o entrevistado deverá optar entre as alternativas “concordo” e “discordo”, sendo que cada resposta em que o participante escolheu a opção “concordo” é considerada um nível de percepção de coerção. É auto-aplicável e o tempo de preenchimento é de, em média, cinco minutos.

5.5.5. Desenvolvimento da coleta de dados

O primeiro passo após efetuar o contato telefônico foi a leitura da primeira parte do termo de consentimento para o motorista que, a seguir, era convidado a participar do estudo. Se houvesse aceitação, a avaliação dos critérios de inclusão se tornava o próximo passo. Caso o motorista solicitasse ao coletador que a entrevista fosse realizada em outra ocasião, o entrevistador combinaria dia e hora e retornaria conforme o combinado. Nesse caso, eram anotadas algumas informações, conforme explicado na seção sobre Organização das Informações, o que também ocorria frente à recusa em participar. Para a realização da entrevista, o coletador teve de seguir os POPs lidos anteriormente e as instruções contidas no decorrer da entrevista, cuja duração aproximada era de 30 minutos.

Durante toda a coleta de dados, a supervisão das entrevistas telefônicas foi executada pela coordenadora do estudo no momento da entrevista – com ligações escutadas e monitoradas em tempo real com autorização dos participantes – e através de reuniões quinzenais para avaliar problemas logísticos.

Figura 2: Esquema gráfico da logística da coleta de dados



¹Recusas tácitas e impossibilidade de contato

²Recusas formais

³Conforme critérios de exclusão

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2008 e setembro de 2009.

5.6. Análise estatística

O banco de dados contendo as respostas dos participantes foi exportado para o programa SPSS v.17.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa percentual; as variáveis quantitativas pela média e desvio padrão em distribuições simétricas, e mediana e amplitude interquartil em distribuições assimétricas. Na análise secundária dos

dados, foram comparadas as variáveis categóricas pelo teste de Qui-quadrado e teste Exato de Fisher, ou Qui-quadrado com correção de Yates, de acordo com a necessidade.

Para identificar preditores do comportamento de dirigir sob influência de SPAs, foi realizada uma análise de Regressão Logística, através da qual Razões de Chance (OR) e IC de 95% foram estimados. A variável dependente foi o comportamento de dirigir sob influência de qualquer SPA avaliado por meio de etilômetro e exame de saliva. As variáveis independentes – gênero, idade, renda, escolaridade, ter sido passageiro de motorista que dirigiu sob influência de SPA, diagnóstico psiquiátrico e dependência/abuso de qualquer SPA – foram selecionadas de acordo com informações encontradas na literatura e através de análises bivariadas (Nhtsa., 1998; Labouvie e Pinsky, 2001; Stevenson, Palamara *et al.*, 2001; Hingson e Winter, 2003; Kypri e Stephenson, 2005). Por questões de colinearidade entre renda e escolaridade, essa última variável foi retirada do modelo. Foi considerado um nível de significância de 5%.

6. ASPECTOS ÉTICOS

A autorização para ligação telefônica posterior, fornecida pelos participantes do estudo principal, realizado nas rodovias, não foi considerada parte de um termo de consentimento, e sim um recurso para que os possíveis participantes fossem contatados.

A inclusão dos participantes do estudo ocorreu no momento desse contato telefônico, através de um processo de consentimento informado realizado de forma verbal, com a aceitação tácita da participação mediante a obtenção das respostas, após o objetivo e a finalidade do projeto terem sido devidamente informados. Essa possibilidade está prevista na Resolução 196/96 no item IV.3.c. O consentimento foi obtido por etapas (*rolling consent*), em que o entrevistado foi informado a cada mudança de seção para que ele pudesse optar entre prosseguir ou finalizar a entrevista (Dutton, 2007).

Essa forma de consentimento permite que os dados não sejam completamente descartados caso o participante decida abandonar o estudo e evita que o mesmo se sinta obrigado a responder as perguntas até o fim da entrevista, minimizando a possibilidade de ocorrer constrangimento. Assim, forneceu-se um conjunto de informações inicial e, a cada mudança de seção, a autorização verbal do participante para a continuidade da entrevista telefônica foi reiterada. Em 7,5% das entrevistas (86 casos), o participante ao fazer uso das seções de *rolling consent*, interrompeu a entrevista em alguma etapa. Dados de identificação dos participantes foram mantidos em sigilo e os nomes dos participantes não foram vinculados aos resultados obtidos.

Em relação à proteção das informações, o NEPTA tem responsabilidade pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto. O NEPTA conta com um núcleo de gerenciamento de dados que desenvolve bases de dados com características de

criptografia que impedem a obtenção de informações individualizadas de sujeitos de pesquisa por pessoas não vinculadas ao projeto em questão. Durante o estudo, os casos contatados e não incluídos no projeto foram excluídos da base de dados após a computação de dados necessários para a construção de um perfil de recusas (gênero, idade, tipo de veículo, escolaridade e situação de emprego). Os casos incluídos tiveram suas informações criptografadas nas respectivas bases de dados, com acesso restrito aos investigadores principais mediante senha eletrônica individual. Dados de identificação dos participantes foram mantidos em sigilo e os nomes dos sujeitos não foram vinculados aos resultados obtidos. O material digital é armazenado em ambiente seguro por cinco anos, sendo apagado após esse período. Os investigadores do projeto assinaram um Termo de Compromisso para Uso de Dados, comprometendo-se com a preservação da privacidade de todos os participantes e com o uso dos dados especificamente para a finalidade do projeto. Os entrevistadores que integraram a equipe de coleta assinaram o mesmo termo posteriormente.

7. RESULTADOS

Os resultados expostos nas seções “Taxa de resposta”, “Demografia” e “Uso de substâncias psicoativas e transtornos psiquiátricos”, bem como a discussão dos referidos achados, estão também descritos no artigo (p.64) aqui apresentado.

7.1. Taxa de resposta

Dos 2.957 motoristas entrevistados no estudo realizado nas rodovias, 2.580 (87,25%) aceitaram receber ligação posterior (Tabela 1). Desses, 1.134 concordaram em responder a entrevista e 199 (7,71%) recusaram sua participação no momento do contato telefônico. Daqueles que não foram entrevistados e não recusaram formalmente sua participação, 300 (11,62%) agendaram contato posterior e não responderam as ligações subsequentes e 947 (36,70%) não foram encontrados. Assim, a taxa de aceitação foi de 43,95%, o que está dentro dos limites aceitáveis para este tipo de estudo (Allen, Cull *et al.*, 2003; Majowicz, Edge *et al.*, 2004; Hocking, Lim *et al.*, 2006; Patten, Adair *et al.*, 2006).

Tabela 1: Taxa de resposta da amostra

Nível de contato	n (%)
Total de motoristas – estudo rodovias	2957 (100)
Autorizaram contato telefônico	2580 (87.25)
Entrevistados	1134 (43.95)
Recusas	199 (7.71)
Entrevistas agendadas	300 (11.62)
Motoristas sem contato	947 (36.70)

7.2. Demografia

A amostra total foi composta principalmente por homens (95%) com média de idade aproximada de 36 anos (dp=11). Trinta por cento da amostra havia completado o Ensino Médio.

Aqueles que aceitaram participar do estudo e responderam as entrevistas foram comparados em relação àqueles que não foram entrevistados – tanto por motivo de

recusa formal ou tácita, quanto por não conseguir contatar o participante (Tabela 2). Essa comparação foi possível devido às informações coletadas na ocasião do estudo principal, realizado nas rodovias.

Tabela 2: Comparação entre respondentes e não-respondentes – demografia

Características sociodemográficas	Respondentes n=1134 (38,3%)	Não-respondentes** n=1823(61,6%)	P
Gênero (masculino)	1085 (95,7)	1715 (94,1)	0,06*
Idade (18 a 35 anos)	566 (49,9)	885 (48,8)	0,45
Tipo de veículo (carro)	570 (50,3)	939 (51,6)	0,10
Escolaridade (ensino médio)	340 (30,0)	559 (30,7)	0,75
Situação de emprego (empregado)	1072 (94,5)	1689 (93,2)	0,40

Os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado

* Dados analisados pelo teste Exato de Fisher

**Do total de motoristas abordados no estudo principal (n=2957)

Aproximadamente 7% (n = 82) da amostra apresentaram alcoolemia positiva medida por etilômetro (n=44; 3,9%) e/ou uso de drogas medida por exame de saliva (n=38; 3,4%), indicando que esses motoristas dirigiam sob influência de SPAs. Os dois grupos de motoristas – aqueles que dirigiram sob influência de SPAs e os outros condutores – foram comparados em relação às informações sociodemográficas, sem mostrar diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação entre os dois grupos de motoristas – demografia

Características sociodemográficas	Positivo para álcool e/ou drogas n=82 (7,3%)	Outros motoristas n=1052 (92,7%)	P
Gênero (masculino)	80 (97,6)	972 (95,0)	0,23*
Idade (18 a 35 anos)	34 (41,8)	526 (50,0)	0,46
Tipo de veículo (carro)	41 (50,0)	533 (50,7)	0,85
Escolaridade (ensino médio)	29 (36,2)	361 (34,4)	0,14
Situação de emprego (empregado)	82 (100)	1044 (99,3)	0,79

Os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado

* Dados analisados pelo teste Exato de Fisher

7.3. Uso de substâncias psicoativas e transtornos psiquiátricos

Os motoristas que dirigiram sob influência de SPAs apresentaram uma maior prevalência de diagnósticos psiquiátricos quando comparados com os motoristas que

dirigiam sem influência de SPAs (Tabela 4). Os resultados obtidos através da análise de Regressão Logística estão expostos na Tabela 5.

Tabela 4: Comparação de diagnósticos psiquiátricos entre os dois grupos de motoristas

Transtorno psiquiátrico	Positivo para álcool e/ou drogas n=82 (7,3%)	Outros motoristas n=1052 (92,7%)	P
Episódio Depressivo Atual	17 (21,8)	36 (3,9)	<0,01
Depressão Recorrente	6 (7,6)	34 (3,8)	0,09
Hipomania	3 (4,1)	22 (2,5)	0,29
Hipomania no Passado	4 (5,6)	9 (1,0)	0,01
Mania	5 (6,9)	26 (2,9)	0,07
Mania no Passado	5 (6,9)	24 (2,7)	0,06
Hipomania / Mania Total	15 (20,8)	63 (7,1)	<0,01
TEPT	8 (10,7)	4 (0,4)	<0,01
TPAS	7 (9,0)	12 (1,2)	<0,01
Álcool – dependência	10 (15,4)	58 (9,2)	0,09
Álcool – abuso	11 (18,3)	15 (2,7)	<0,01
Álcool – dep ou abu	18 (28,6)	63 (10,8)	<0,01
Drogas – dep ou abu	13 (24,5)	16 (2,8)	<0,01

Os dados foram analisados pelo teste Exato de Fisher

Tabela 5: Análise de Regressão Logística das variáveis - chave

Variável	OR Bruto	IC (95%)	P	OR Ajustado	IC (95%)	P
Gênero – masculino	2,16	0,51 – 9,04	0,29	4,32	0,57 – 32,67	0,15
Idade – >30 anos	0,73	0,44 – 1,23	0,24	0,56	0,30 – 1,03	0,63
Renda	<1.499	1	0,93	1	–	0,86
	1.500 – 2.999	0,90	0,51 – 1,57	1,14	0,60 – 2,16	0,67
	>3.000	0,92	0,46 – 1,82	1,16	0,60 – 2,23	0,64
Passageiro de motorista sob influência de SPA	0,89	0,53	0,67	0,61	0,34 – 1,10	0,10
Transtorno psiquiátrico	5,98	3,57 – 10,01	<0,01	4,47	2,39 – 8,38	<0,01
Dep./Abuso SPA	5,85	3,45	<0,01	5,47	2,93 – 10,23	<0,01

Conforme os resultados da análise de regressão logística, houve associação estatisticamente significativa entre transtornos psiquiátricos, dependência ou abuso de qualquer SPA e o desfecho – comportamento de dirigir sob influência de SPAs. Mesmo depois do ajuste das variáveis, indivíduos com dependência/abuso de alguma SPA tinham 5,47 mais chance de apresentar o desfecho. Aqueles com algum diagnóstico psiquiátrico apresentaram 4,47 mais chance de dirigir sob influência de álcool ou drogas.

7.4. Comportamentos de risco

Os dados dos dois grupos de motoristas sobre comportamento de risco no trânsito foram analisados de quatro maneiras diferentes, considerando o escore total da escala EVEM e os escores das quatro subescalas:

- 1- *Median split*
- 2- Divisão das respostas entre “nunca” e “alguma vez”
- 3- Quartil inferior X quartil superior
- 4- Comparação entre médias;

Em nenhuma das análises realizadas foi apresentada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A consistência interna da escala EVEM e suas subescalas, bem como as médias e desvios padrão nos dois grupos de motoristas estão expostos na Tabela 4.

Tabela 4: Consistência interna da EVEM e comparação entre os dois grupos de motoristas

EVEM - subescalas	Alfa de Cronbach	Positivo para álcool e/ou drogas Média (DP)	Outros motoristas Média (DP)
EVEM – escore total	0,86	0,72 (0,49)	0,76 (0,52)
Erros	0,74	0,76 (0,56)	0,84 (0,65)
Violações	0,38*	1,37 (0,87)	1,36 (0,80)
Violações agressivas	0,70	0,61 (0,64)	0,60 (0,60)
Violações agressivas interpessoais	0,72	0,40 (0,51)	0,40 (0,51)

* Caso a pergunta número 19 fosse removida, o alfa de Cronbach passaria para 0,59

7.5. Percepção de coerção

Cinquenta e cinco motoristas que beberam e dirigiram e 692 motoristas com etilômetro e exame de saliva negativos responderam as perguntas da Escala de Percepção de Coerção, totalizando 747 participantes que chegaram ao final da entrevista. Nenhum dos grupos referiu estar se sentindo coagido a participar do estudo ao final da entrevista – somente 2 entrevistados (3,6%) do primeiro grupo

apresentaram escore total igual ou maior a 3, contra 86 (0,8%) do segundo grupo (p=0,7).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo nacional com o objetivo de avaliar transtornos psiquiátricos, alcoolemia positiva, uso de SPAs e comportamento de risco no trânsito em motoristas brasileiros utilizando uma entrevista telefônica com *rolling consent*, tornando-se, assim, um marco histórico para a bioética aplicada a entrevistas telefônicas em psiquiatria no Brasil. Alguns aspectos foram de fundamental importância para o sucesso e qualidade do estudo, dentre eles:

- a) a coleta de dados realizada em uma estrutura de *call center*, que permitiu melhor organização das ligações e da equipe;
- b) a supervisão em tempo real, que proporcionou monitoramento dos dados coletados e solução de dúvidas no momento da entrevista, aumentando a qualidade da informação;
- c) o extenso treinamento pelo qual foi submetida a coordenadora do estudo, os supervisores e entrevistadores – tanto para operar os recursos e ter condições para enfrentar problemas técnicos eventualmente presentes em uma estrutura de *call center*, quanto para lidar com questões teóricas e de condução da entrevista. Alguns resultados apresentados precisam ser salientados e discutidos, dentre eles:

8.1. Taxa de resposta, método empregado e aspectos éticos

Comparando esse estudo telefônico com outros realizados através de entrevistas presenciais, apresentamos menores taxas de resposta (Lapham, Smith *et al.*, 2001), fato que pode estar relacionado com o tipo de população – em grande parte, motoristas profissionais que dedicam tempo em viagens pelas rodovias brasileiras; motoristas que apresentaram alcoolemia positiva e sofreram as penalidades impostas pela lei – e com a modalidade de entrevista.

O Brasil ainda não possui tradição na realização de estudos por meio do contato telefônico. Acredita-se que a recusa em participar também possa estar relacionada à reação negativa da população, gerada pelo aumento da frequência de extorsões e outros crimes praticados por telefone e pela proliferação dos serviços de *telemarketing*. Em estudos telefônicos norte-americanos as taxas de resposta encontradas costumam variar de 40% a 80%, dependendo da população estudada, do delineamento do estudo – estudos com seguimento realizado por telefone costumam apresentar elevadas taxas de resposta em comparação com telefônicos transversais, nos quais comumente um só contato é realizado – e de avisos sobre a realização da entrevista, feitos previamente por meio de cartas e emails (Iredell, Shaw *et al.*, 2004; Hocking, Lim *et al.*, 2006; Patten, Adair *et al.*, 2006; Feveile, Olsen *et al.*, 2007). Incentivos monetários também tendem a produzir maiores taxas de resposta, porém conforme a regulamentação da pesquisa no Brasil, essa prática é proibida no país (Caetano, 2001). Um editorial publicado em 2001 no periódico *Addiction* mostrou que 30% é a taxa de resposta média em estudos populacionais realizados nos EUA, de forma presencial, a respeito do álcool. Os autores sugeriram que os estudos apresentassem algum tipo de análise e discussão de suas taxas de não-resposta com o objetivo de refinar os métodos de avaliação no campo da dependência química (Caetano, 2001). Em resumo, considerando o método empregado, a população entrevistada e o país de realização, é possível afirmar que o presente estudo obteve resultados dentro do esperado em relação à taxa de resposta.

Por outro lado, a forma de consentimento utilizada evitou que o participante se sentisse obrigado a continuar e responder as perguntas até o final da entrevista, minimizando a possibilidade de ocorrer constrangimento e atenuando o possível desconforto. Tal fato ficou evidente pela presença de entrevistas incompletas em que

os entrevistados desistiram de continuar ao serem perguntados na troca de seção (n=86). Ao mesmo tempo, a proporção de entrevistas incompletas (7%) em relação ao todo foi pequena, sugerindo validade do método utilizado. Os resultados da Escala de Percepção de Coerção ratificaram o esforço para que a autonomia do indivíduo fosse respeitada, pois mesmo aqueles participantes que decidiram finalizar a entrevista não se sentiram coagidos a continuar ao longo do processo.

Em seu aspecto positivo, as entrevistas telefônicas facilitaram o acesso aos motoristas de diferentes regiões do Brasil, permitindo a realização de um estudo de magnitude nacional em um país com grande extensão territorial, reduzindo o tempo que seria gasto com deslocamento de equipe e, por consequência, os custos financeiros provenientes de transporte, hospedagem, alimentação e material. Em resumo, o método empregado no estudo demonstrou factibilidade, encontrando resultados significativos do ponto de vista da saúde pública brasileira e, possivelmente, abrindo caminho para que no futuro a tecnologia possa ser amplamente utilizada.

8.2. Demografia

Os resultados mostraram homogeneidade entre os grupos, tanto na comparação entre respondentes e não-respondentes, quanto na comparação entre motoristas que dirigiram sob influência de SPAs e outros motoristas, já que não foram apresentadas diferenças estatisticamente significativas, evidenciadas através do valor de $p (<0,05)$. Assim, pode-se inferir que, como os grupos não diferem em suas características sociodemográficas, é provável que mantenham a mesma semelhança em outros aspectos, o que torna os motoristas comparáveis apesar da diferença no tamanho da amostra de cada grupo.

8.3. Dirigir sob influência de álcool e outras drogas, transtornos psiquiátricos e dependência/abuso de SPAs

Primeiramente, é preciso discutir a frequência de motoristas que apresentaram o comportamento de dirigir sob influência de SPAs. Apesar de a prevalência parecer baixa (82 indivíduos em 1134), deve-se ressaltar que, desde junho de 2008, encontra-se em vigência no país a Lei 11.705, que proíbe o consumo de álcool e outras substâncias por condutores de veículos. Assim sendo, se houvesse fiscalização adequada e cumprimento à regulamentação, não existiria motoristas infratores por beber/usar drogas e dirigir nas rodovias do país, uma vez que os dados foram coletados dentro do primeiro ano de implementação da lei. Considerando todo o contexto sociopolítico brasileiro, pode-se dizer que a prevalência encontrada de motoristas que dirigiram sob influência de SPAs é relativamente elevada e certamente contribui para a manutenção da frequência de ATs nas rodovias brasileiras.

Diante da necessidade de solucionar as dificuldades relativas ao crescente número de ATs devido ao uso de álcool e drogas por motoristas brasileiros, o presente estudo pretendeu contribuir para a elucidação da relação entre dirigir sob influência de SPAs e uma das variáveis envolvidas: os transtornos psiquiátricos.

Está documentado na literatura, e presente no senso-comum, que motoristas que fazem uso de SPAs ao dirigir apresentam maiores prevalências de transtornos psiquiátricos e transtornos por uso de substâncias. O grande questionamento – principalmente no Brasil, onde ainda não há estudos publicados sobre o tema – é o quanto frequente o problema se apresenta nessa população e qual o impacto dessa realidade para esses motoristas. Nesse estudo, em consonância com os resultados publicados na literatura internacional, os transtornos de humor, TEPT e abuso e

dependência de álcool e outras drogas foram os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes na amostra de motoristas com resultados positivos no etilômetro e teste de saliva, o que indica a necessidade de uma maior atenção para estes transtornos específicos (Sutton, 1994; Oslin, O'Brien *et al.*, 1999; Lapham, C' de Baca *et al.*, 2006; Mcmillan, Timken *et al.*, 2008). Os achados sugerem, também, que essa amostra está mais próxima às populações clínicas do que da população geral no que se refere aos diagnósticos avaliados (Baumeister e Härter, 2007). O que parece ser bastante significativo em relação a esses resultados é a importante diferença entre os dois grupos, mesmo quando comparados aos achados de outros estudos realizados previamente nos EUA (Lapham, Smith *et al.*, 2001).

A análise dos dados coletados através de regressão logística demonstrou a existência de forte associação entre dirigir sob efeito de álcool e outras substâncias psicoativas e presença de diagnósticos psiquiátricos e dependência ou abuso de SPAs avaliados nessa amostra. Esse resultado sugere que, se o indivíduo for avaliado adequadamente e receber tratamento e acompanhamento para eventuais transtornos psiquiátricos, principalmente para abuso e dependência de SPAs, a chance desse motorista dirigir intoxicado por álcool e outras drogas, diminuirá.

8.4. Comportamentos de risco

No que compete aos comportamentos de risco para acidentes de trânsito, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados. É possível que esse resultado esteja relacionado a limitações da própria escala como problemas nas propriedades de sensibilidade e especificidade ou, ainda, falta de parâmetros estabelecidos, já que a mesma encontra-se em processo de validação para o contexto sociocultural brasileiro. No entanto, ao avaliarmos os resultados de modo global, sem atentar para a divisão dos grupos, chamam a atenção

as médias apresentadas pelos motoristas na EVEM, principalmente nas subescalas “violações agressivas” e “violações agressivas interpessoais”, o que demonstra a necessidade de uma maior investigação sobre comportamentos de risco no trânsito, a fim de planejar futuras intervenções endereçadas à educação no trânsito, ao controle dos comportamentos através do aumento da fiscalização e tratamento para questões relacionadas à impulsividade.

8.5. Limitações

As principais limitações identificadas pela autora são aqui citadas para que, nos próximos estudos, se possa aprimorar o método buscando resultados cada vez mais confiáveis. São elas:

1- A falta de representatividade da amostra devido à restrição dos dias e horários de coleta de dados, tanto no estudo principal realizado nas rodovias quanto no presente estudo. Isso ocorreu devido a limitações no orçamento e questões envolvendo segurança – por exemplo, a coleta de dados nas rodovias no período da madrugada não foi aconselhada, apesar de haver o conhecimento de que a ingestão de bebidas alcoólicas e outras drogas ocorre com mais frequência nesse período, o que poderia aumentar a prevalência de dirigir sob influência de SPAs na amostra estudada. Outro fator que pode ter limitado a generalização dos resultados para a população de motoristas brasileiros foi a falta de dados coletados em três estados;

2- Uma taxa de resposta menor do que as apresentadas em estudos presenciais, o que, nesse caso, pode contribuir para a subestimação dos resultados;

3- O tempo de busca pelos motoristas que aceitaram contato telefônico foi estipulado em duas semanas para que todas as regiões pudessem ser contempladas da mesma forma. Houve, também, restrições ao número de tentativas para realizar a entrevista (cinco para cada motorista), de modo que todos pudessem ter a mesma

chance de serem contatados. É provável que a ampliação do período de coleta de dados pudesse aumentar a taxa de resposta do estudo;

4- O delineamento transversal do estudo, pois impede inferências sobre relações de causa e efeito entre os fatores em estudo e o desfecho.

5- O tamanho amostral, já que o n não foi suficiente para realizar uma análise de regressão logística separando as variáveis independentes por tipo de patologia, o que resultaria no conhecimento sobre a chance que indivíduos com cada patologia teriam de apresentar o comportamento de dirigir sob influência de SPAs.

9. CONCLUSÕES

Considerando as evidências apresentadas e discutidas acima, os transtornos psiquiátricos são fatores associados à prática de beber/consumir drogas e dirigir, também no Brasil. O conhecimento da realidade dos motoristas brasileiros fundamenta a elaboração e o planejamento de estratégias mais amplas também direcionadas para transtornos psiquiátricos, para problemas relacionados ao álcool e outras SPAs e não somente medidas relacionadas à educação no trânsito, como as campanhas veiculadas na mídia e os cursos de reciclagem realizados nos CFCs. Sugere-se o delineamento de intervenções, programas de tratamento e realização de avaliações psiquiátricas adequadas – talvez como parte obrigatória do processo de obtenção da CNH – para que danos decorrentes do problema sejam evitados ou, pelo menos, minimizados. Tendo em vista a prevalência de drogas ilícitas entre os motoristas estudados, sugere-se às autoridades que sejam utilizados meios de detectar o uso de substâncias por motoristas que trafegam nas rodovias do país, através de testes instantâneos já utilizados em outros países.

Nas próximas investigações, talvez pudesse ser interessante incluir outros diagnósticos psiquiátricos não abordados nesse estudo, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, entre outros; e realizar entrevistas presenciais com o objetivo de aprofundar a avaliação psiquiátrica de motoristas e até mesmo validar um questionário para aplicação por telefone no intuito de reduzir os custos da avaliação. Como sugestão, também se pode pensar em um futuro estudo comparando motoristas com múltiplas autuações por beber e dirigir e aqueles sem reincidência, pensando em intervenções e restrições específicas para cada grupo. Outra investigação de inegável importância poderia ser realizada para estimar o impacto que avaliações e tratamentos para

transtornos psiquiátricos – e, como consequência, provável redução nos ATs – teriam na economia do país, tendo como objetivo avaliar a relação custo-benefício do investimento em políticas públicas delineadas para o problema.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERG, L.; RIMMÖ, P. Dimensions of aberrant driver behaviour. *Ergonomics* [S.I.], v. 41, n. 1, p. 39-56, Jan 1998.
- ALLEN, K. *et al.* Diagnosing major depression in medical outpatients: acceptability of telephone interviews. *J Psychosom Res* [S.I.], v. 55, n. 4, p. 385-7, Oct 2003.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000. p. 106-15.
- BAUMEISTER, H.; HÄRTER, M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [S.I.], v. 42, n. 7, p. 537-46, Jul 2007.
- BLOWS, S. *et al.* Marijuana use and car crash injury. *Addiction* [S.I.], v. 100, n. 5, p. 605-11, May 2005.
- BORKENSTEIN, R. F. The role of drinking driver in traffic accident. Indiana University 1964.
- C'DE BACA, J. *et al.* Psychiatric disorders of convicted DWI offenders: a comparison among Hispanics, American Indians and non-Hispanic whites. *J Stud Alcohol* [S.I.], v. 65, n. 4, p. 419-27, Jul 2004.
- _____. Reclassifying DIS-III-R alcohol use disorders to DSM-IV criteria in a sample of convicted impaired drivers. *J Stud Alcohol* [S.I.], v. 67, n. 6, p. 898-903, Nov 2006.
- CAETANO, R. Non-response in alcohol and drug surveys: a research topic in need of further attention. *Addiction* [S.I.], v. 96, n. 11, p. 1541-5, Nov 2001.
- CHERPITEL, C. Drinking patterns and problems associated with injury status in emergency room admissions. *Alcohol Clin Exp Res* [S.I.], v. 12, n. 1, p. 105-10, Feb 1988.
- DUAILIBI, S. *et al.* [Prevalence of drinking and driving in a city of Southeastern Brazil]. *Rev Saude Publica* [S.I.], v. 41, n. 6, p. 1058-61, Dec 2007.
- DUNCAN, S. *et al.* Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug Alcohol Depend* [S.I.], v. 49, n. 1, p. 39-48, Dec 1997.

- DUTTON, R. Food and Drug Administration public hearing of the conduct of emergency clinical research: testimony of Dr. Dutton. *Acad Emerg Med* [S.I.], v. 14, n. 4, p. e33-6, Apr 2007.
- FERGUSON, D.; HORWOOD, L. Cannabis use and traffic accidents in a birth cohort of young adults. *Accid Anal Prev* [S.I.], v. 33, n. 6, p. 703-11, Nov 2001.
- FEVEILE, H. *et al.* A randomized trial of mailed questionnaires versus telephone interviews: response patterns in a survey. *BMC Med Res Methodol* [S.I.], v. 7, p. 27, 2007.
- GARDNER, W. *et al.* Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law* [S.I.], v. 11, n. 3, p. 307-21, 1993.
- GARDNER, W.; LIDZ, C. Gratitude and coercion between physicians and patients. *Psychiatr Ann* [S.I.], v. 31, n. 2, p. 125-9, Feb 2001.
- GREENFIELD, T. *et al.* Effects of telephone versus face-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. *Addiction* [S.I.], v. 95, n. 2, p. 277-84, Feb 2000.
- HIDAY, V. Coercion in civil commitment: process, preferences, and outcome. *Int J Law Psychiatry* [S.I.], v. 15, n. 4, p. 359-77, 1992.
- HIDAY, V. *et al.* Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* [S.I.], v. 20, n. 2, p. 227-41, 1997.
- HINGSON, R.; WINTER, M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Res Health* [S.I.], v. 27, n. 1, p. 63-78, 2003.
- HOCKING, J. *et al.* Postal surveys of physicians gave superior response rates over telephone interviews in a randomized trial. *J Clin Epidemiol* [S.I.], v. 59, n. 5, p. 521-4, May 2006.
- HOGUE, S. *et al.* Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry* [S.I.], v. 20, n. 2, p. 167-81, 1997.
- HURST, P. *et al.* The Grand Rapids dip revisited. *Accid Anal Prev* [S.I.], v. 26, n. 5, p. 647-54, Oct 1994.

- IREDELL, H. *et al.* Introductory postcards: do they increase response rate in a telephone survey of older persons? *Health Educ Res* [S.I.], v. 19, n. 2, p. 159-64, Apr 2004.
- KESSLER, R. *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [S.I.], v. 51, n. 1, p. 8-19, Jan 1994.
- KONTOGIANNIS, T. *et al.* Self-reports of aberrant behaviour on the roads: errors and violations in a sample of Greek drivers. *Accid Anal Prev* [S.I.], v. 34, n. 3, p. 381-99, May 2002.
- KYPRI, K.; STEPHENSON, S. Drink-driving and perceptions of legally permissible alcohol use. *Traffic Inj Prev* [S.I.], v. 6, n. 3, p. 219-24, Sep 2005.
- LABOUVIE, E.; PINSKY, I. Substance use and driving: the coexistence of risky and safe behaviors. *Addiction* [S.I.], v. 96, n. 3, p. 473-84, Mar 2001.
- LAPHAM, S. *et al.* Psychiatric disorders in a sample of repeat impaired-driving offenders. *J Stud Alcohol* [S.I.], v. 67, n. 5, p. 707-13, Sep 2006.
- _____. Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Arch Gen Psychiatry* [S.I.], v. 58, n. 10, p. 943-9, Oct 2001.
- MAJOWICZ, S. *et al.* An introductory letter in advance of a telephone survey may increase response rate. *Can Commun Dis Rep* [S.I.], v. 30, n. 13, p. 121-3, Jul 2004.
- MCDONALD, D. A rapid situation assessment of drug use in Papua New Guinea. *Drug Alcohol Rev* [S.I.], v. 24, n. 1, p. 79-82, Jan 2005.
- MCLEAN, A. Alcohol, drugs, and road accidents. *Med J Aust* [S.I.], v. 1, n. 13, p. 596-7, Jun 1983.
- MCMILLAN, G. *et al.* Underdiagnosis of comorbid mental illness in repeat DUI offenders mandated to treatment. *J Subst Abuse Treat* [S.I.], v. 34, n. 3, p. 320-5, Apr 2008.
- MCMILLEN, D. *et al.* Behavior and personality traits among DUI arrestees, nonarrested impaired drivers, and nonimpaired drivers. *Int J Addict* [S.I.], v. 26, n. 2, p. 227-35, Feb 1991.

MOSKOWITZ, H. *et al.* Skills performance at low blood alcohol levels. *J Stud Alcohol* [S.I.], v. 46, n. 6, p. 482-5, Nov 1985.

NHTSA., N. H. T. S. A. S.-. National survey on drinking and driving behavior. Washington, DC1998.

OLIVEIRA, E. M.; MELCOP, A. G. Álcool e trânsito.: Instituto RAID, CONFEN e DETRAN/PE., 1997.

OSLIN, D. *et al.* The disabling nature of comorbid depression among older DUI recipients. *Am J Addict* [S.I.], v. 8, n. 2, p. 128-35, 1999.

PALMER, R. *et al.* Concurrent and predictive validity of drug use and psychiatric diagnosis among first-time DWI offenders. *Alcohol Clin Exp Res* [S.I.], v. 31, n. 4, p. 619-24, Apr 2007.

PARKER, D. *et al.* Behavioural characteristics and involvement in different types of traffic accident. *Accid Anal Prev* [S.I.], v. 27, n. 4, p. 571-81, Aug 1995.

PATTEN, S. *et al.* Assessment of mental health and illness by telephone survey: experience with an Alberta mental health survey. *Chronic Dis Can* [S.I.], v. 27, n. 3, p. 99-109, 2006.

PECHANSKY, F. *et al.* Highly reported prevalence of drinking and driving in Brazil: data from the first representative household study. *Rev Bras Psiquiatr* [S.I.], v. 31, n. 2, p. 125-30, Jun 2009.

_____. Consumo de drogas entre motoristas privados e profissionais do Brasil. In: SENAD (Ed.). *Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos*. Brasília, DF, 2010.

PEDEN, M. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: OMS, 2004.

PIAGET, J. Les trois systèmes de la pensée de l'enfant ; étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. v. XXVIII: Bulletin de la Société Française de Philosophie., 1928. p. 121-122.

_____. *Études sociologiques*. 3. ed. Genève: Groz, 1977.

PIL, K.; VERSTRAETE, A. Current developments in drug testing in oral fluid. *Ther Drug Monit* [S.I.], v. 30, n. 2, p. 196-202, Apr 2008.

- QUINLAN, K. *et al.* Alcohol-impaired driving among U.S. adults, 1993-2002. *Am J Prev Med* [S.I.], v. 28, n. 4, p. 346-50, May 2005.
- REASON, J. *et al.* Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics* [S.I.], v. 33, n. 10-11, p. 1315-32, 1990.
- ROSMAN, A.; SAWYER, W. Population-based drug use evaluation. *Top Hosp Pharm Manage* [S.I.], v. 8, n. 2, p. 76-91, Aug 1988.
- ROSMAN, D. *et al.* A linkage study of Western Australian drink driving arrests and road crash records. *Accid Anal Prev* [S.I.], v. 33, n. 2, p. 211-20, Mar 2001.
- ROTHER, J.; ELGERT, L. Driving risk and rural life: everyday and reconstructed realities. *J Agric Saf Health* [S.I.], v. 11, n. 2, p. 273-9, May 2005.
- SAÚDE., M. D. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF2007.
- SLUTSKE, W. *et al.* Long-term reliability and validity of alcoholism diagnoses and symptoms in a large national telephone interview survey. *Alcohol Clin Exp Res* [S.I.], v. 22, n. 3, p. 553-8, May 1998.
- STEVENSON, M. *et al.* Drink and drug driving: what's the skipper up to? *Aust N Z J Public Health* [S.I.], v. 25, n. 6, p. 511-3, Dec 2001.
- STUTTS, J.; WILKINS, J. On-road driving evaluations: a potential tool for helping older adults drive safely longer. *J Safety Res* [S.I.], v. 34, n. 4, p. 431-9, 2003.
- SUTTON, L. Assessment of alcohol dependence and other psychiatric disorders: implications for rehabilitation programs of the DUI offender. *Blutalkohol* [S.I.], v. 31, n. 1, p. 33-9, Jan 1994.
- TABORDA, J. *et al.* Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry* [S.I.], v. 27, n. 2, p. 179-92, 2004 Mar-Apr 2004.
- WALSH, J. *et al.* An evaluation of rapid point-of-collection oral fluid drug-testing devices. *J Anal Toxicol* [S.I.], v. 27, n. 7, p. 429-39, Oct 2003.
- WHO, W. H. O. *Global Status Report on Road Safety*. Geneva, 2009.

11. ARTIGO

Submetido para: Journal of Studies on Alcohol and Drugs – Fator de Impacto: 2.3

Prevalence of psychiatric disorders among drivers with and without alcohol and/other drug use in Brazil: an exploratory study

Sibele Faller^a, J. Matthew Webster^b, Carl G. Leukefeld^b, Daniela Benzano Bumaguin^a,
Raquel De Boni^a, Flavio Pechansky^a

^a*Center for Drug and Alcohol Research, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil*

^b*Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky, Lexington, KY, USA*

Correspondence:

Sibele Faller
Room 2350/2201-F, Ramiro Barcelos St.
90035-903 Porto Alegre, RS, Brazil
E-mail: sifaller@yahoo.com.br

Abstract

Objective: There are no studies examining problems that may be related to driving under the influence of drugs and alcohol in Brazil, making it difficult for the development of programs that address this issue. One potential problem is the presence of co-morbid psychiatric disorders. The aim of the study is to examine the difference in psychiatric disorders between two groups of drivers – drivers who test positive for substance(s) and those who do not.

Methods: A cross-sectional sample of 1,134 individuals driving on federal highways in Brazilian cities took alcohol breathalyzer tests and drug saliva tests and completed the MINI. Participants were divided into two groups (drivers who tested positive for substances (n=82) and those who did not (n=1052)). Data were compared by the Chi-square test and with a logistic regression model.

Results: Substance positive drivers reported a significantly higher prevalence of psychiatric diagnoses like depression (21.8%), mania/hypomania (20.8%), post traumatic stress disorder (10.7%), antisocial personality (9.0%), substance use (24.5%) when compared to other drivers (5.8%, 7.1%, 0.4%, 1.2% and 2.8%, respectively). Participants with a psychiatric symptom were 4.47 times more likely to test positive for substance use. Similarly, participants with a substance use disorder were 5.47 times more likely to test positive for substance use.

Discussion: This is the first national study that aims to evaluate psychiatric disorders, blood alcohol concentration and the use of drugs by Brazilian Individuals who drive under the influence of drugs and alcohol may need assessments and interventions targeted to specific psychiatric disorders. These results will inform the development of public policies in Brazil.

Keywords: Drivers, alcohol, drugs, psychiatric disorders, public policy, Brazil.

1. Background

According to the World Health Organization (WHO), injuries resulting from traffic accidents (TAs) represent almost 12% of the Global Burden of Disease, and are the second leading cause of death for individuals from 5 to 29 years of age (Peden, 2004) (WHO, 2004). TAs are a serious public health problem, considering that approximately 1.2 million people are killed in a single year worldwide. However, the density of deaths is not uniformly distributed. In fact, 90% of these deaths occur in developing countries while accounting for only 48% of the world fleet of vehicles. Although most traffic deaths occur in developing countries, data systems in these countries are limited, making it difficult to conduct any systematic studies on the causes of these traffic-related crashes and fatalities or the characteristics of the drivers.

In Brazil, for example, there is no reliable information on the percentage of deaths and injuries resulting from TAs caused by drivers who drive under the influence of alcohol or other drugs. However, there have been a few Brazilian studies which suggest that the prevalence of drinking and driving among drivers is high. In the first National Survey on Household Consumption Patterns of Alcohol (Pechansky et al., 2009), approximately 34% of drivers reported drinking and driving in the past year. This percentage is more than twice the rate (15.1%) of past year alcohol-impaired driving by adults found in the US (SAMHSA, 2008).

Although Brazil has this limited information on how many individuals may drive after drinking alcohol, there are no data on other characteristics of these drivers such as psychiatric disorders. This is an important void in that driving under the influence of alcohol or other drugs has associated with a high prevalence of psychiatric disorders such as mood disorders, posttraumatic stress disorder (PTSD) and antisocial personality disorder (ASPD) in the US and, is reported in several studies as a factor for the

increased risk of TA (Lapham et al., 2006; Lapham et al., 2001; McMillan et al., 2008; McMillen et al., 1991; Sutton, 1994).

A study published in 2001 with 1,105 offenders (Lapham et al., 2001), reported that 91% consumed alcohol at least once in their lifetime, compared to 44% of the general North American population (National Comorbidity Survey - NCS) (Kessler et al., 1994). Among those drivers, 50% of women and 33% of men were diagnosed with at least one psychiatric comorbidity – often Major Depressive Disorder and PTSD – as well as drug abuse or dependence. The possibility that personal characteristics and psychiatric disorders are influenced by TAs and drug use are supported. Therefore, a psychiatric diagnosis or identification of risk factors for these morbidities can determine interventions and post-treatment planning for driver offenders to reduce relapse, consumption and traffic violations (Palmer et al., 2007). There were no findings related to psychiatric disorders and their relationship with traffic and driving in Brazilian published studies.

Prevention of problems on the roads, such as drinking and driving, is largely a policy question. For a policy to be effective, however, it is necessary to learn the reality and variables involved in order to provide evidence to base interventions and design programs that address the need of the driver and the society in the historical and cultural context in which they need to be implemented.

The information presented highlights the fact that driving under the influence of substances is an important public health problem throughout the world, and particularly in Brazil. There are few studies to evaluate the characteristics and elements involved in this practice covering the all of Brazil due to geographical and financial difficulties. The purpose of this study was to learn more about the association between impaired driving and psychiatric problems among drivers in Brazil. Specifically, drivers who tested

positive for substances were compared to those who did not with regard to major depression disorder, mania and hypomania, PTSD and antisocial personality disorder (ASPD), as well as substances abuse or dependence. Consistent with the non-Brazilian literature, it was expected that psychiatric problems would be more prevalent among drivers testing positive for substances via a breathalyzer or saliva test.

2. Methods

2.1 Sample

Volunteers who participated in this study were recruited at the time of data collection of a larger study about the prevalence of positive blood alcohol and other psychoactive substances in professional and private drivers in Brazil. This was a cross-sectional study stratified by blocks, which had as its main objective the estimation of risk factors for accidents, and the prevalence of alcohol drugs. Private and professional drivers of federal highways which cross the metropolitan areas of 23 Brazilian capitals and the country's capital were evaluated.

The study included drivers of buses, vans and SUVs, trucks, motorcycles and passenger cars who were at least 18 years old and who consented to participate. Data collection points were initially mapped and the possible locations randomly selected from a distance of up to 50km (31 miles) from the city of origin. After the main study interview was conducted, each participant was asked to provide their name and telephone number so that they could be contacted and administrated the survey described below. Attempts were made in order to contact all those who accepted to be called. A total of 1134 individuals completed the telephone interview.

2.2 Procedures

Telephone interviews were conducted in a call center run by the National Secretariat for Drug and Alcohol Policies in the city of Porto Alegre (VivaVoz). This center is a free hotline that provides confidential information on the prevention of drug abuse through phone calls. Interviewers were eight undergraduate students of health courses, trained to apply the instrumentation used. Two MSC level professionals were in charge of real time supervision during interviews.

Through the call center, with the information contained in the contacts database, interviewers contacted drivers for interview. The first step was to read the first part of the consent form for the driver who was then invited to participate. After acceptance, assessment criteria for inclusion were checked. During data collection, monitoring of telephone interviews was conducted by the study coordinator - with consent from volunteers – and through meetings to assess logistical problems.

There were restrictions on the number of attempts to interview each driver (five). A database was independently developed to insert and save confidential information to conduct the calls. On a weekly basis the main author organized a spreadsheet with coded information of the study. Thus, subjects were located and contacted without their personal identification data in order to preserve their identity. All information acquired during each interview were recorded in computer files.

2.3 Measures

During the recruitment stage, the presence of alcohol was verified by breathalyzer (Alco-Sensor IV – Intoximeters, Inc) and the presence of drugs were tested via a saliva test (Quantisal, Inc) consistent with recommendations found in the literature (Pil and Verstraete, 2008; Walsh et al., 2003). Psychiatric problems were measured by the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI - CORE) (Amorim, 2000). The main

author was trained in the use of the Brazilian version of the MINI by one of the key investigators in the country⁵.

2.4 Ethical aspects

Informed consent was obtained in stages (rolling consent). The interviewee was asked to consent at every change of section, so he/she could choose to continue or terminate the interview, therefore reinforcing the process of staged consent. The study was accepted by the Institutional Review Board of Hospital de Clinicas of Porto Alegre, the main study site.

2.5. Data analyses

Data were analyzed using SPSS v.17. Categorical variables were described by absolute frequency and relative frequency percentages, and quantitative variables by mean and standard deviation and median and interquartile range in asymmetric distributions. In the secondary data analysis, categorical variables were compared using a series of chi-square tests. To identify the factors that were most related to drive under the influence of alcohol or drugs (dependent variable), a logistic regression analysis was conducted whereby odds ratio (OR) and confidence interval (CI) of 95% were estimated. The independent variables – *gender, age, income, educational level, has been a passenger of a driver who had drunk and drive, psychiatric disorder, substance abuse or dependence* – were selected according to information found in the literature and through bivariate analysis (Hingson and Winter, 2003; Kypri and Stephenson, 2005; Labouvie and Pinsky, 2001; NHTSA., 1998; Stevenson et al., 2001). Due to collinearity between income and educational level, this last variable was removed from the model.

⁵ During 16 hours, the main author underwent theoretical and practical training on the use of the instrument provided by the MINI Brazilian author.

3. Results

3.1 Response rates

Out of the 2,957 drivers interviewed in the main study, 2,580 (87.25 %) agreed to have further contact. Of these, 1,134 were interviewed and 199 (7.71) refused to participate at the time of telephone contact. Of the individuals who were not interviewed and did not formally refused to participate, 300 (11.62) were scheduled for further contact but did not respond to subsequent calls and 947 (36.70 %) were not found. This resulted in a response rate of 43.95 %, acceptable in a study conducted by telephone.

3.2 Demographics

The overall sample was comprised primarily of men (95%) with approximately 36 years of age (sd=11). About 34% of the sample had not finished high school. Participants and non-participants were compared regarding sociodemographics (Table 1). This comparison was possible due to the information collected at the moment of the main study interview.

Table 1: Demographics: comparison between respondents and non-respondents

<i>Variable</i>	<i>Participants n=1,134 (38.3%)</i>	<i>Non-participants** n=1,823(61.6%)</i>	<i>P</i>
Gender - male	1,085 (95.7)	1,715 (94.1)	0.06*
Age –18 to 30	566 (49.9)	885 (48.8)	0.45
Type of vehicle – car	570 (50.3)	939 (51.6)	0.10
Employed	340 (30.0)	559 (30.7)	0.75
High school education or more	1,072 (94.5)	1,689 (93.2)	0.40

Chi-square Test

* Fisher's Exact Test

**Of the total drivers interviewed in the main study (n=2957)

Approximately 7% (n = 82) of the sample tested positive of alcohol or drugs at the time of the road interviews. Both groups of drivers – those who drove under the

influence of alcohol and/or other drugs, and the other drivers – were compared regarding demographic information, showing no statistical differences (Table 2).

Table2: Demographics: comparison between the two groups of drivers

	<i>Drivers – positive for substances</i> <i>n=82 (7.3%)</i>	<i>Other drivers</i> <i>n=1052 (92.7%)</i>	<i>P</i>
Gender - male	80 (97.6)	972 (95.0)	0.23*
Age – from 18 to 30	34 (41.8)	526 (50.0)	0.46
Vehicle – car	41 (50.0)	533 (50.7)	0.85
Employed	29 (36.2)	361 (34.4)	0.14
High school education or more	82 (100)	1044 (99.3)	0.79

Data analyzed by Chi-square Test

* Fisher's Exact Test

3.3 Psychiatric disorders

The group of drivers who test positive for alcohol or drug use had a higher prevalence of psychiatric diagnoses when compared to drivers without alcohol and other drugs use by bivariate analysis (Table 3). The results from the logistic regression analysis are shown in Table 4.

Table 3: Comparison of psychiatric disorders in the two groups of drivers

	<i>Alcohol and/or drug – positive</i> <i>n (%)</i> <i>82 (7.3)</i>	<i>Other Drivers</i> <i>n (%)</i> <i>1,052 (92.7)</i>	<i>P</i>
Current Depression	17 (21.8)	36 (3.9)	<0.01
Rec Depression	6 (7.6)	34 (3.8)	0.09
Depression	17 (21.8)	51 (5.8)	<0.01
Hypomania	3 (4.1)	22 (2.5)	0.29
Past Hypomania	4 (5.6)	9 (1.0)	0.01
Mania	5 (6.9)	26 (2.9)	0.07
Past Mania	5 (6.9)	24 (2.7)	0.06
Hypomania / Mania	15 (20.8)	63 (7.1)	<0.01
PTSD	8 (10.7)	4 (0.4)	<0.01
Antisocial	7 (9.0)	12 (1.2)	<0.01
Alcohol Dep	10 (15.4)	58 (9.2)	0.09
Alcohol Abuse	11 (18.3)	15 (2.7)	<0.01
Alcohol Dep/Abuse	18 (28.6)	63 (10.8)	<0.01
Substance Dep/Abuse	13 (24.5)	16 (2.8)	<0.01

Fisher's Exact Test

Table 4: Logistic Regression Analysis Examining Factors Related to Drivers Who Test Positive for Substances

<i>Variable</i>	<i>OR Crude</i>	<i>CI (95%)</i>	<i>P</i>	<i>OR Adjusted</i>	<i>CI (95%)</i>	<i>P</i>
Gender - male	2.16	0.51 – 9.04	0.29	4.32	0.57 – 32.67	0.15
Age – >30 years old	0.73	0.44 – 1.23	0.24	0.56	0.30 – 1.03	0.63

	<1,499	1	–	0.93	1	–	0,86
Income	1,500 – 2,999	0.90	0.51 – 1.57	0.71	1.14	0.60 – 2.16	0,67
	>3,000	0.92	0.46 – 1.82	0.81	1.16	0.60 – 2.23	0,64
Passenger of DUI driver*		0.89	0.53	0.67	0.61	0.34 – 1.10	0.10
Psychiatric disorder		5.98	3.57 – 10.01	<0.01	4.47	2.39 – 8.38	<0.01
Substance dependence or abuse		5.85	3.45	<0.01	5.47	2.93 – 10.23	<0.01

According to the results of logistic regression analysis, there was a statistically significant association between psychiatric disorders, abuse or dependence of any PS and driving under the influence of SPA. Even after variable adjustment, participants with a psychiatric symptom were 4.47 times more likely to test positive for substance use. Similarly, participants with a substance use disorder were 5.47 times more likely to test positive for substance use.

4. Discussion

4.1 Sample and Demographics

The results showed homogeneity among groups in the comparison between respondents and non-respondents and between drivers drove under the influence versus other drivers. This suggests that this similarity is likely to remain in other aspects, which makes drivers comparable despite the differences in sample size for each group.

4.2 Psychiatric Disorders and Alcohol and Drug Abuse/Dependence

Despite the fact that the prevalence of drivers who had the behavior of driving under the influence seems low (7%), it should be noted that data collection was initiated soon after a new law banning alcohol and other substance use was passed in Brazilian roads. Specifically, a law was passed in 2008 prohibiting the consumption of any level of alcohol by drivers in the country. Drivers who drink may have to pay a fine, have their license suspended for 12 months or even be arrested, depending on the concentration of alcohol per liter of blood (BAC). Considering the Brazilian socio-political context, we

can say that the prevalence of drivers who drove under the influence of any substance is relatively high, and certainly helps maintain the frequency of TAs in Brazilian roads.

It is documented in the literature that drivers under the influence of alcohol and drugs present a greater prevalence of psychiatric disorders – including substance abuse. The biggest question, particularly in Brazil - where there are no published studies on the topic - is how frequent the problem in this population, and its impact on drivers. In this study, like in the other studies published in the international literature, mood disorders, PTSD, substance abuse and dependence were the most prevalent psychiatric disorders in the sample of drivers who test positive for substances, indicating the need for greater attention to these specific disorders (Lapham et al., 2006; McMillan et al., 2008; Oslin et al., 1999; Sutton, 1994). What seems to be significant in relation to these results is the important difference between the two groups, even when compared with the findings of other studies previously conducted in the US (Lapham, 2001). The logistic regression analysis showed a strong association between driving under the influence of psychoactive substances and the presence of psychiatric diagnoses and dependence or abuse. This suggests that if drivers could be properly assessed and receive treatment for potentially diagnosed psychiatric disorders - mostly substance dependence or abuse - chances for driving under the influence of alcohol and drugs would eventually decrease. This, however, poses a tricky solution, since the appropriate diagnosis of these disorders or conditions should be made at the preliminary stages of traffic education and licensing for young drivers. Since most of these conditions can be properly ascertained by a focused set of questions, this would imply much further training from medical examiners than what is typically provided in a country like Brazil. The secondary focus of attention would be the referral for medical and eventually psychiatric treatment of

those cases properly identified after a car accident or traffic violation before allowing them to return to driving (Sutton, 1994).

4.3 Implications

To the best of our knowledge, this is the first study of national scope in Brazil that aims to evaluate psychiatric disorders of substance positive drivers using telephone interviews. Also, we believe we were able to set a landmark on the use of modern bioethics approach through rolling or scaled consent applied for telephone surveys in Brazil. In this sense, we believe some aspects were essential to ensure study quality - among them the fact that data were collected in a structured call center, which allowed for a better organization of calls and staff; real time monitoring of data collection, which allowed for quick problem solution during interviews was also a determinant factor to increase the quality of information obtained. Finally the extensive training that was provided to the coordinator of the study, interviewers and supervisors - both for the operation of resources as well as to deal with technical issues was of paramount value. Interviewers were acquainted both with the technicalities of the call center as well as with diagnostics procedures. Results show psychiatric disorders were clearly associated with the practice of drunk/drugged driving in Brazil. This type of epidemiological information about Brazilian drivers is vital the designing and planning of broader strategies aim reaching such psychiatric disorders and problems related to alcohol and other drugs. This information can be used not only for traffic education only purposes - such as advertising campaigns and training courses for suspended drivers but also the design of interventions, treatment programs and psychiatric evaluations, perhaps as part of a compulsory process for obtaining a drivers license in a preventive rather than reactive manner.

Further investigation of this matter would perhaps include other psychiatric diagnoses not ascertained in this study, such as generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, attention deficit hyperactivity disorder, among others, since many have already shown they can be associated with drunk/drugged driving. Future studies in Brazil could compare drivers with multiple charges of DUI and those with no record of recurrence, considering specific penalties and restrictions for each group. Another investigation of importance could be the estimation of the impact that evaluations and treatment of psychiatric disorders – and consequent reduction of TAs – would have on the economy of the country, aiming to evaluate the cost-benefit analysis of the investment on public policies directed for the issue. Although costs would be higher at a first impression, it is believed that not only such problems could be avoided or at least minimized, but also costs in the end would diminish. A recent study has shown that alcohol alone accounted for 47% of the total costs of traffic accidents in the city of Porto Alegre, Brazil, for the year 2009⁶.

4.4 Limitations

Our findings must be viewed on the light of some study limitations,. First, the sample may not be have national representativeness due to the restriction of the days and time of data collection, both in the main study conducted on the highways and in the current study here presented. This was due to limitations in budget and issues involving security - data collection on the highways during after midnight was discouraged by police authorities. Second, the time allotted for calls to the drivers who consented to participate was set at a maximum of two weeks after consent, so that all regions could be covered in the same way. There were also restrictions on the number of attempts to interview each driver, so that everyone could have the same chances of

⁶ Sousa et al, personal communication

being contacted. Third, a response rate lower than those presented in face-to-face studies, which, in this case, may contribute to the underestimation of the results; however, response rates for other telephone surveys were not different from the ones produced in this study. Fourth, the cross-sectional design of the study prevents causal inferences. Finally, the sample size, was not large enough for some logistic regression analysis separating the independent variables by psychiatric disorder, which would result in knowledge about the chances that individuals with each condition would have to present the behavior of driving under the influence of alcohol and substances.

Financial support

This study was funded by the National Secretariat for Drug and Alcohol Policies (SENAD) under grant #07-069.

References

- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview, *Rev Bras Psiquiatr*, 2000, pp. 106-15.
- DUTTON, R. Food and Drug Administration public hearing of the conduct of emergency clinical research: testimony of Dr. Dutton. *Acad Emerg Med* 14: e33-6, 2007.
- HINGSON, R. and WINTER, M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Res Health* 27: 63-78, 2003.
- KESSLER, R., MCGONAGLE, K., ZHAO, S., NELSON, C., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H. and KENDLER, K. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-19, 1994.

- KYPRI, K. and STEPHENSON, S. Drink-driving and perceptions of legally permissible alcohol use. *Traffic Inj Prev* 6: 219-24, 2005.
- LABOUVIE, E. and PINSKY, I. Substance use and driving: the coexistence of risky and safe behaviors. *Addiction* 96: 473-84, 2001.
- LAPHAM, S., C'DE BACA, J., MCMILLAN, G. and LAPIDUS, J. Psychiatric disorders in a sample of repeat impaired-driving offenders. *J Stud Alcohol* 67: 707-13, 2006.
- LAPHAM, S., SMITH, E., C'DE BACA, J., CHANG, I., SKIPPER, B., BAUM, G. and HUNT, W. Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Arch Gen Psychiatry* 58: 943-9, 2001.
- MCMILLAN, G., TIMKEN, D., LAPIDUS, J., C'DE BACA, J., LAPHAM, S. and MCNEAL, M. Underdiagnosis of comorbid mental illness in repeat DUI offenders mandated to treatment. *J Subst Abuse Treat* 34: 320-5, 2008.
- MCMILLEN, D., PANG, M., WELLS-PARKER, E. and ANDERSON, B. Behavior and personality traits among DUI arrestees, nonarrested impaired drivers, and nonimpaired drivers. *Int J Addict* 26: 227-35, 1991.
- NHTSA., N. H. T. S. A. s.-. National survey on drinking and driving behavior., Washington, DC, 1998.
- OSLIN, D., O'BRIEN, C. and KATZ, I. The disabling nature of comorbid depression among older DUI recipients. *Am J Addict* 8: 128-35, 1999.
- PALMER, R., BALL, S., ROUNSAVILLE, B. and O'MALLEY, S. Concurrent and predictive validity of drug use and psychiatric diagnosis among first-time DWI offenders. *Alcohol Clin Exp Res* 31: 619-24, 2007.
- PECHANSKY, F., DE BONI, R., DIEMEN, L., BUMAGUIN, D., PINSKY, I., ZALESKI, M., CAETANO, R. and LARANJEIRA, R. Highly reported prevalence of drinking and

driving in Brazil: data from the first representative household study. *Rev Bras Psiquiatr* 31: 125-30, 2009.

PEDEN, M. World report on road traffic injury prevention., Geneva: OMS, 2004.

PIL, K. and VERSTRAETE, A. Current developments in drug testing in oral fluid. *Ther Drug Monit* 30: 196-202, 2008.

STEVENSON, M., PALAMARA, P., ROOKE, M., RICHARDSON, K., BAKER, M. and BAUMWOL, J. Drink and drug driving: what's the skipper up to? *Aust N Z J Public Health* 25: 511-3, 2001.

SUTTON, L. Assessment of alcohol dependence and other psychiatric disorders: implications for rehabilitation programs of the DUI offender. *Blutalkohol* 31: 33-9, 1994.

WALSH, J., FLEGEL, R., CROUCH, D., CANGIANELLI, L. and BAUDYS, J. An evaluation of rapid point-of-collection oral fluid drug-testing devices. *J Anal Toxicol* 27: 429-39, 2003.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA CONTATO TELEFÔNICO

Solicitamos a sua autorização para realizar um contato telefônico nas próximas duas semanas. No momento da ligação, o entrevistador explicará melhor os objetivos deste outro estudo, responderá suas dúvidas e você poderá escolher entre participar ou não de uma entrevista telefônica.

Reiteramos que os dados de identificação, número de identificação no atual estudo, nome e telefone, não serão armazenados junto com as demais informações já coletadas ou que serão coletadas durante a entrevista.

Caso você autorize o contato telefônico, informe o seu nome

_____ e os números de telefone onde poderá ser localizado, incluindo o código DDD

() _____ e () _____.

Caso queira maiores informações solicite aos coletadores do presente estudo ou a uma das pesquisadoras envolvidas no novo estudo que será realizado, Psic. Sibelee Faller (51) 93262962.

_____ __/__/__

Registro no projeto _____ __/__/__

ANEXO II – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista Telefônica

SEÇÃO “CONSENTIMENTO INFORMADO”

ATENÇÃO ENTREVISTADOR:

As frases escritas em “minúsculas” devem ser lidas alto para o(a) entrevistado(a).

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções para o(a) entrevistador(a).

As palavras sublinhadas devem ser enfatizadas pelo entrevistador(a).

Não sei / Não quis responder são respostas válidas. Neste caso, deve-se selecionar a opção “Não sabe/Não quis responder”.

Boa Noite (OU Boa Tarde / Bom Dia).

O meu nome é _____, e sou pesquisador(a) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Eu gostaria de falar com o(a) Sr.(a) _____. Ele(a) está?

a) CASO NÃO ESTEJA PRESENTE NO MOMENTO, SOLICITAR A INFORMAÇÃO SOBRE O HORÁRIO EM QUE SEJA POSSÍVEL CONTATAR DIRETAMENTE A PESSOA. AGRADECER E INFORMAR QUE RETORNARÁ COM A LIGAÇÃO.

VOLTAR NO BANCO DE DADOS DOS CONTATOS E, NA COLUNA “AGENDAMENTO”, INSERIR O DIA E A HORA (NO MODELO dd/mm/aa E hh:mm).

b) CASO SEJA POSSÍVEL O CONTATO NO MOMENTO, CONTINUAR COM O CONSENTIMENTO INFORMADO:

Sr.(a)._____, estou ligando porque o(a) Sr.(a). disponibilizou seu número telefônico para contato após participar da pesquisa feita nas estradas brasileiras.

Estamos realizando uma pesquisa do Governo Federal coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobre as características de motoristas brasileiros. O objetivo é melhorar as condições de trânsito no país. A sua participação é voluntária, e você pode desistir de participar a qualquer momento. Ou então, caso alguma pergunta cause muito desconforto, o(a) Sr.(a). poderá simplesmente não respondê-la. Esta entrevista é feita por telefone, com uma duração aproximada de 20 minutos.

Todas as informações pessoais são confidenciais, ou seja, nenhuma pessoa que não faça parte da pesquisa pode ter acesso a elas. O seu nome nunca aparecerá nos resultados deste estudo, pois todos os dados serão avaliados e divulgados de forma coletiva, sem identificação

individual. Conseqüentemente, as informações pelo(a) Sr(a). concedidas não serão repassadas para órgãos judiciais ou policiais.

O(a) Sr(a). compreende esta explicação?

- 1) Não → EXPLIQUE NOVAMENTE. CASO O ENTREVISTADO NÃO COMPREENDA A NOVA EXPLICAÇÃO, AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
- 2) Sim → CONTINUE A ENTREVISTA.

O principal benefício em participar deste estudo é o de que a informação aqui obtida pode vir a ajudar outros motoristas no futuro.

Se tiver mais alguma pergunta sobre esse estudo ou consentimento informado, poderá entrar em contato com o Dr. Flávio Pechansky ou a Psicóloga Sibebe Faller, que coordenam a pesquisa.

Por favor, o(a) Sr.(a) pode anotar o e-mail e o telefone dos responsáveis pela pesquisa?

DIGA O NÚMERO DE TELEFONE, HORÁRIOS E E-MAIL, PAUSADAMENTE:
51- 3330-5813, de segunda à sexta-feira, ou através do e-mail: cpad@cpad.org.br.

I) O (a) Sr. (a) aceita realizar a presente entrevista telefônica?

- 3) Sim → PULE PARA PERGUNTA V.
- 4) Não → SIGA NA PERGUNTA II:

II) O (a) Sr. (a) tem alguma dúvida?

- 5) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
- 6) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA III.

III) O (a) Sr. (a) se sente confortável agora para iniciarmos a entrevista?

- 7) Sim → PULE PARA PERGUNTA V.
- 8) Não → SIGA NA PERGUNTA IV:

IV) O (a) Sr (a) aceita conversar em outra ocasião?

- 9) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
- 10) Sim → COMBINE DIA E HORÁRIO. AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA. VOLTAR NO BANCO DE DADOS DOS CONTATOS E, NA COLUNA “AGENDAMENTO”, INSERIR O DIA E A HORA (NO MODELO dd/mm/aa E hh:mm).

V) O (a) Sr. (a) está sozinho na linha?

11) Sim → PULE PARA CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

12) Não → SIGA NA PERGUNTA VI:

VI) O (a) Sr. (a) pode ficar sozinho nesta linha? Você quer que eu ligue para outro número?

13) Sim → SE PRECISAR, LIGUE PARA O NÚMERO INDICADO PELO ENTREVISTADO. PULE PARA CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

14) Não → SIGA NA PERGUNTA VII:

VII) O (a) Sr (a) aceita conversar em outra ocasião?

15) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.

16) Sim → COMBINE DIA E HORÁRIO. AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA. VOLTAR NO BANCO DE DADOS DOS CONTATOS E, NA COLUNA “AGENDAMENTO”, INSERIR O DIA E A HORA (NO MODELO dd/mm/aa E hh:mm).

SEÇÃO “CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO”

AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Ao longo da entrevista farei algumas perguntas que poderão parecer um pouco estranhas.

1- Você toma algum tipo de medicação? Qual?

Sim: _____ Não

2- Você sabe ter alguma doença atualmente? Qual?

Sim: _____ Não

3- Em que dia, mês e ano estamos?

Certo Errado

CASO O ENTREVISTADO ERRE O DIA, PERGUNTAR QUAL O DIA DA SEMANA.

4- Atualmente vê ou ouve coisas que as outras pessoas não podem ver ou ouvir, como por exemplo, tem visões ou ouve vozes estando completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.

Sim

Não

SE “ERRADO” E “SIM” EM QUALQUER UMA DAS DUAS ÚLTIMAS PERGUNTAS, AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.

SEÇÃO “INFORMAÇÕES GERAIS”

INFORMAÇÕES GERAIS

As próximas perguntas serão sobre informações gerais:

DATA: _____ (dd/mm/aa)

HORA DE INÍCIO: _____ (hh:mm)

HORA DE ENCERRAMENTO: _____ (hh:mm)

ENTREVISTADOR: _____ (Nome)

PROTOCOLO: _____

A1) Sexo:

M F

A2) Em qual estado você mora?

Capital Interior

A3) Qual a sua idade?

A4) Seu estado civil é:

- a) solteiro
- b) casado
- c) vivendo como casado
- d) separado
- e) divorciado
- f) viúvo

A5) Qual etnia/cor você se considera:

SE O ENTREVISTADO NÃO ENTENDER A PERGUNTA, LER AS OPÇÕES.

SE NÃO FICAR CLARO, PERGUNTAR: Qual é a cor da sua pele?

- a) branca
- b) negra/preta
- c) oriental
- d) parda/mestiça
- e) indígena

A6) Desde quando você possui carteira de habilitação?

___ mês ___ ano

___ idade

___ possui apenas permissão para dirigir

A7) Que categorias de Carteira de Habilitação você possui?

- a – moto
- b – carro
- c – caminhão e trator
- d – ônibus, microônibus, lotação, van e transporte escolar
- e – trailer, carretas, ônibus e caminhões articulados

A8) Qual é a sua escolaridade?

SE O ENTREVISTADO NÃO ENTENDER A PERGUNTA, PERGUNTAR: Qual é a última série ou ano que você completou?

- a) 1 série – ensino fundamental
- b) 2 série – ensino fundamental
- c) 3 série – ensino fundamental
- d) 4 série – ensino fundamental
- e) 5 série – ensino fundamental
- f) 6 série – ensino fundamental
- g) 7 série – ensino fundamental
- h) 8 série – ensino fundamental
- i) 1 série – ensino médio
- j) 2 série – ensino médio
- k) 3 série – ensino médio
- l) Ensino superior incompleto
- m) Ensino superior completo
- n) Pós – graduação

A9) Qual a sua profissão?

- a) Profissional da Saúde
- b) Especialidades profissionais – outras áreas
- c) Ocupações executivas, administrativas ou gerenciais

- d) Ocupações de venda e escritório
- e) Ocupações de serviço
- f) Motorista profissional
- g) Militar
- h) Do lar
- i) Bicos
- j) Desempregado
- k) Aposentado
- l) Incapaz
- m) Estudante

A10) Qual a sua renda pessoal mensal?

Até R\$ 1.499

De R\$ 1.500 a R\$ 2.499

Acima de R\$ 3.000

SEÇÃO “CONSENTIMENTO 2”

Antes de passarmos para a próxima seção, eu gostaria de ter certeza de que você ainda sente-se confortável em participar do estudo. As próximas perguntas são sobre características pessoais, e devem ser respondidas com Sim ou Não.

VIII) Posso continuar?

- 17) Sim → PULE PARA A PERGUNTA B1.
- 18) Não → SIGA NA PERGUNTA IX:

IX) O Sr. tem alguma dúvida?

- 19) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
- 20) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA X.

X) O Sr. ficou com alguma dúvida?

- 21) Não → SIGA NA PERGUNTA XI.
- 22) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA XI.

XI) O Sr (a) se sente confortável agora para continuar a entrevista?

- 23) Sim → PULE PARA A PERGUNTA B1.
 24) Não → SIGA NA PERGUNTA XII.

XII) O Sr (a) aceita conversar em outra ocasião?

- 25) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
 26) Sim → COMBINE DIA E HORÁRIO. AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
 VOLTAR NO BANCO DE DADOS DOS CONTATOS E, NA COLUNA
 “AGENDAMENTO”, INSERIR O DIA E A HORA (NO MODELO dd/mm/aa E
 hh:mm).

SEÇÃO “MINI”

1.EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

B1) Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido (a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

Sim ___ Não ___

B2) Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?

Sim ___ Não ___

AS QUESTÕES B1 OU B2 SÃO COTADAS “SIM”?

- 1) Sim → SIGA NA QUESTÃO B3.
 2) Não → PULE PARA A QUESTÃO C1a.

B3) Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- a) O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)

COLOQUE “SIM”, SE HOUVER RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.

Sim ___ Não ___

- b) Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

Sim ___ Não ___

c) Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado (a) e incapaz de ficar sentado quieto (a), quase todos os dias?

Sim ___ Não ___

d) Sentiu-se a maior parte do tempo cansado (a), sem energia, quase todos os dias?

Sim ___ Não ___

e) Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias?

Sim ___ Não ___

f) Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?

Sim ___ Não ___

g) Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto (a) ou pensar em fazer mal a si mesmo (a)?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO B3?

OU

SE B1 OU B2 = “NÃO”

HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO B3?

3) Sim → EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

4) Não

B4a) Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE B3a A B3g]?

Sim ___ Não ___

5) Sim → SIGA NA QUESTÃO B4b.

6) Não → PULE PARA A QUESTÃO C1a.

b) Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?

Sim ___ Não ___

7) Sim → EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE.

C) EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

C1a) Alguma vez você teve um período em que se sentia tão eufórico (a) ou cheio (a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que você não estava no seu estado habitual?

NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL (“Alguma dessas vezes você estava sob efeito de álcool ou outra substância?”)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo (a), excitado (a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio (a) de idéias ou extremamente motivado (a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo (a).

Sim ___ Não ___

A QUESTÃO C1a É COTADA SIM?

- 8) Sim → SIGA NA QUESTÃO C1b.
9) Não → PULE A QUESTÃO C1b.

C1b) Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?

Sim ___ Não ___

C2a) Alguma vez você teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família?

Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo (a), comparado (a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável?

NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL (“Alguma dessas vezes você estava sob efeito de álcool ou outra substância?”)

Sim ___ Não ___

A QUESTÃO C2a É COTADA SIM?

- 10) Sim → SIGA NA QUESTÃO C2b.
11) Não → PULE A QUESTÃO C2b.

C2b) Sente-se continuamente irritável atualmente?

Sim ___ Não ___

AS QUESTÕES C1a OU C2a SÃO COTADAS “SIM”?

12) Sim → SIGA NA QUESTÃO C3.

13) Não → PULE PARA A QUESTÃO D1a.

C3) SE C1b OU C2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL: “Atualmente:”

SE C1b E C2b = “NÃO”: EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE: “Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável:”

a) Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?

Sim ___ Não ___

b) Tinha menos necessidade de dormir do que de costume (por ex., sentia-se repousado (a) com apenas poucas horas de sono)?

Sim ___ Não ___

c) Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo (a)?

Sim ___ Não ___

d) Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?

Sim ___ Não ___

e) Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?

Sim ___ Não ___

f) Estava tão ativo (a) e agitado (a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?

Sim ___ Não ___

g) Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO C3?

OU

SE C1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) ou C1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL)

HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO C3?

14) Sim → SIGA NA QUESTÃO C4.

15) Não → PULE PARA A QUESTÃO D1a.

C4) Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado (a) por causa desses problemas? COLOQUE “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.

Sim ___ Não ___

A QUESTÃO C4 É COTADA “NÃO”?

16) Sim → EPISÓDIO HIPOMANÍACO.

17) Não

SE SIM, ESPECIFICAR SE:

ATUAL ___

PASSADO ___

A QUESTÃO C4 É COTADA “SIM”?

18) Sim → EPISÓDIO MANÍACO.

19) Não

SE SIM, ESPECIFICAR SE:

ATUAL ___

PASSADO ___

D) TEPT

D1a) Alguma vez você viveu ou viu ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?

EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

Sim ___ Não ___

<p>20) Sim → SIGA NA QUESTÃO D1b. 21) Não → PULE PARA QUESTÃO E1.</p>

D1b) Que acontecimentos foram esses e que idade você tinha na época em que ocorreram?

- () acidente de carro ___
- () outro acidente ___
- () ameaça com arma ___
- () assalto ___
- () agressão ___
- () seqüestro ___
- () agressão sexual ___
- () morte de ente querido ___
- () incêndio ___
- () guerra ___
- () catástrofe natural ___
- () outro ___

D2) Durante o último mês, você pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?

Sim ___ Não ___

<p>22) Sim → SIGA NA QUESTÃO D3. 23) Não → PULE PARA QUESTÃO E1.</p>
--

D3) Durante o último mês:

- a) Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo (a) lembrar-se dele?

Sim ___ Não ___

b) Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?

Sim ___ Não ___

c) Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?

Sim ___ Não ___

d) Sentiu-se desligado (a) de tudo ou teve a impressão de ter se tornado um (a) estranho (a) em relação aos outros?

Sim ___ Não ___

e) Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?

Sim ___ Não ___

f) Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO D3?

24) Sim → SIGA NA QUESTÃO D4.

25) Não → PULE PARA A QUESTÃO E1.

D4) Durante o último mês:

a) Teve dificuldade de dormir?

Sim ___ Não ___

b) Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?

Sim ___ Não ___

c) Teve dificuldades de se concentrar?

Sim ___ Não ___

d) Estava nervoso (a), constantemente alerta?

Sim ___ Não ___

e) Ficava sobressaltado (a) por quase nada?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO D4?

26) Sim → SIGA NA QUESTÃO D5.

27) Não → PULE PARA A QUESTÃO E1.

D5) Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

Sim ___ Não ___

D5 É COTADA “SIM”?

28) Sim → TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL. SIGA NA QUESTÃO D10.

29) Não → PULE PARA A QUESTÃO E1.

D10) Que idade você tinha na época do aparecimento desses problemas?

E) TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

E1) As próximas perguntas poderão parecer um pouco estranhas / incomuns.

Antes dos 15 anos:

a) Frequentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa?

Sim ___ Não ___

b) Frequentemente mentiu, passou a perna / enganou os outros ou roubou?

Sim ___ Não ___

c) Provocou, ameaçou ou intimidou os outros?

Sim ___ Não ___

d) Destruiu ou incendiou coisas de propósito?

Sim ___ Não ___

e) Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?

Sim ___ Não ___

f) Forçou alguém a ter relações sexuais com você?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO E1?

30) Sim → SIGA NA QUESTÃO E2.

31) Não → PULE PARA A QUESTÃO F1.

NÃO COTAR “SIM” NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

E2) Depois dos 15 anos:

a) Frequentemente você teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?

Sim ___ Não ___

b) Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso (a)), como destruir bens materiais dos outros, roubar, vender droga ou cometer um crime?

Sim ___ Não ___

c) Frequentemente você foi violento (a) fisicamente, inclusive com seu (sua) companheiro (a) ou seus filhos?

Sim ___ Não ___

d) Frequentemente você mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir?

Sim ___ Não ___

e) Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?

Sim ___ Não ___

f) Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO E2?

- 32) Sim → TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA.
33) Não

SEÇÃO “CONSENTIMENTO 3”

Antes de passarmos para a próxima seção, eu gostaria de ter certeza de que você ainda se sente confortável em participar do estudo. Faltam cerca de 15 minutos para o final da entrevista. As próximas perguntas são sobre uso de álcool e outras substâncias.

XIII) Posso continuar?

- 1) Sim → PULE PARA A PERGUNTA G.
- 2) Não → SIGA NA PERGUNTA XIV:

XIV) O Sr. tem alguma dúvida?

- 3) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
- 4) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA XV.

XV) O Sr. ficou com alguma dúvida?

- 5) Não → SIGA NA PERGUNTA XVII.
6) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA XVI.

XVI) O Sr (a) se sente confortável agora para continuar a entrevista?

- 7) Sim → PULE PARA A PERGUNTA G.
8) Não → SIGA NA PERGUNTA XVII.

XVII) O Sr (a) aceita conversar em outra ocasião?

- 9) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
10) Sim → COMBINE DIA E HORÁRIO. AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA. VOLTAR NO BANCO DE DADOS DOS CONTATOS E, NA COLUNA “AGENDAMENTO”, INSERIR O DIA E A HORA (NO MODELO dd/mm/aa E hh:mm).

SEÇÃO “ÁLCOOL”

G) DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

G) Alguma vez você já consumiu bebida alcoólica, mesmo que tenha sido somente um gole?

Quantos anos você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool?

____ anos

Agora vamos levar em conta o período de tempo de 12 meses para trás. Estamos no mês de _____, então quero que você se concentre nos meses de _____ até _____.

G1) Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, uísque...), num período de três horas?

Sim ____ Não ____

- | |
|--|
| <p>1) Não → PULE PARA QUESTÃO II.
2) Sim → SIGA NA QUESTÃO G2.</p> |
|--|

G2) Nos últimos 12 meses:

a) Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?

Sim ____ Não ____

b) Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, suava ou se sentia agitado (a)?

Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.

Sim ___ Não ___

c) Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?

Sim ___ Não ___

d) Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?

Sim ___ Não ___

e) Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?

Sim ___ Não ___

f) Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, do dia-a-dia) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida?

Sim ___ Não ___

g) Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

Sim ___ Não ___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO G2?

3) Não → SIGA NA QUESTÃO H1.

4) Sim → DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL. PULE PARA QUESTÃO H2.

H) ABUSO DE ÁLCOOL

H1) Durante os últimos 12 meses:

a) Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (na escola) ou em casa?

Isso lhe causou problemas?

(COLOCAR “SIM” SOMENTE A EMBRIAGUEZ OU RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)

Sim ___ Não ___

b) Por várias vezes estive sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso?

Sim ___ Não ___

c) Alguma vez teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?

SE O ENTREVISTADO NÃO ENTENDER O SIGNIFICADO DE INTERPELAÇÃO, EXPLICAR: SOFRER UMA INTERPELAÇÃO É SER INTIMADO A DAR EXPLICAÇÕES, PRESTAR ESCLARECIMENTOS.

Sim___ Não___

d) Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas?

Sim___ Não___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO H1?

5) Não → PULE PARA A QUESTÃO I1.

6) Sim → ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL. SIGA NA QUESTÃO H2.

H2) Que idade você tinha quando esse período iniciou?

___ anos

H3) Desde que você começou a beber, você já esteve completamente abstinente (limpo) do álcool por pelo menos 1 ano? SE SIM, PERGUNTAR:

Quanto tempo durou a abstinência?

___ anos

___ anos

() Não

SEÇÃO “SUBSTÂNCIAS”

I) USO DE SUBSTÂNCIAS

I1) Você já experimentou maconha?

Sim___ Não___

I1b) Que idade você tinha quando experimentou?

___ anos

I2) Você já experimentou sedativos (EX: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, ou barbitúricos, como Gardenal®)?

Sim___ Não___

I2b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

I3) Você já experimentou cocaína?

Sim___ Não___

I3b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

I4) Você já experimentou crack?

Sim___ Não___

I4b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

I5) Você já experimentou estimulantes (EX: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina)?

Sim___ Não___

I5b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

I6) Você já experimentou alucinógenos (EX: L.S.D., “ácido”, mescalina, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®)?

Sim___ Não___

I6b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

I7) Você já experimentou inalantes (EX: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”ou outros solventes, como cola de sapateiro, gasolina, benzina, líquidos para limpeza, perfume, ou outras coisas do mesmo tipo)?

Sim___ Não___

I7b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

I8) Você já experimentou morfina ou heroína?

Sim___ Não___

I8b) Que idade você tinha quando experimentou?

___anos

SE TODAS “NÃO”, PULE PARA O PRÓXIMO CONSENTIMENTO.

I9) Durante os últimos 12 meses, usou alguma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado (a)”?

Sim ___ Não ___

7) Sim → SIGA NA QUESTÃO I10. SE FOR MONOUSUÁRIO NO ÚLTIMO ANO, PULAR PARA A QUESTÃO J1.

8) Não → PULE PARA O CONSENTIMENTO.

I10) Quais drogas você usou nos últimos 12 meses?

Maconha

Sedativos

Cocaína/Crack

Estimulantes

Alucinógenos

Inalantes

Heroína

SIGA NA QUESTÃO J1, PERGUNTADO POR CADA DROGA UTILIZADA.

J) DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

J1) Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA(S) OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA(S)], durante os últimos 12 meses:

PERGUNTAR SOBRE UMA DROGA DE CADA VEZ.

a) Percebeu que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito?

Sim ___ Não ___

b) Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], você tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado (a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?

Você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?

COLOCAR “SIM”, SE A RESPOSTA FOR “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.

Sim___ Não___

c) Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], você freqüentemente consumia mais do que pretendia?

Sim___ Não___

d) Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?

Sim___ Não___

e) Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], você passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do (a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas?

Sim___ Não___

f) Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da (s) droga (s)?

Sim___ Não___

g) Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta (s) lhe causava (m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?

Sim___ Não___

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” NA QUESTÃO J1?

9) Não → SIGA NA QUESTÃO K1

10) Sim → DEPENDÊNCIA ATUAL DE SUBSTÂNCIA. PULE PARA O PRÓXIMO CONSENTIMENTO.

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA _____

K) ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

K1) Durante os últimos 12 meses:

a) Por várias vezes você ficou intoxicado ou “de cabeça feita / chapado (a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho ou em casa?

Isso lhe causou problemas?

(COLOCAR “SIM” SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS)

Sim___ Não___

b) Por várias vezes você esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc?

Sim___ Não___

c) Por várias vezes você teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?

Sim___ Não___

d) Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas?

Sim___ Não___

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA “SIM” NA QUESTÃO K1?

- 11) Sim → ABUSO ATUAL DE SUBSTÂNCIA.
12) Não

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA _____

SEÇÃO “CONSENTIMENTO 4”

Antes de passarmos para a última seção, eu gostaria de ter certeza de que você ainda se sente confortável em participar do estudo. Faltam cerca de 10 minutos para o final da entrevista. As próximas perguntas são sobre direção e trânsito.

XVIII) Posso continuar?

- 1) Sim → PULE PARA A PERGUNTA L1.
2) Não → SIGA NA PERGUNTA XIX:

XIX) O Sr. tem alguma dúvida?

- 3) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
4) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA XX.

XX) O Sr. ficou com alguma dúvida?

- 5) Não → SIGA NA PERGUNTA XXI.
6) Sim → EXPLIQUE E SIGA NA PERGUNTA XXI.

XXI) O Sr (a) se sente confortável agora para continuar a entrevista?

- 7) Sim → PULE PARA A PERGUNTA L1.
8) Não → SIGA NA PERGUNTA XXII.

XXII) O Sr (a) aceita conversar em outra ocasião?

- 9) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.
10) Sim → COMBINE DIA E HORÁRIO. AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA. VOLTAR NO BANCO DE DADOS DOS CONTATOS E, NA COLUNA “AGENDAMENTO”, INSERIR O DIA E A HORA (NO MODELO dd/mm/aa E hh:mm).

SEÇÃO “ÁLCOOL E TRÂNSITO”

L) ÁLCOOL E TRÂNSITO

L1) Qual o seu peso aproximado?

___ kg

L2) Você já teve sua habilitação suspensa?

SE SIM, PERGUNTAR:

Quantas vezes na vida? Que idades você tinha?

() ___ () ___ () ___ () ___ () ___

___ Nunca teve a habilitação suspensa

L3) Alguma vez na vida você já foi passageiro de um condutor que tivesse bebido qualquer quantidade de álcool?

___ Sim ___ Não

L4) Alguma vez na vida você já dirigiu depois de beber?

___ Sim ___ Não

A QUESTÃO L4 É COTADA “SIM”?

- 1) Sim → SIGA NA QUESTÃO L5.
2) Não → PULE PARA A QUESTÃO L10.

L5) Quantas vezes, aproximadamente?

___ vezes.

Um drinque é igual a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de uísque, cachaça ou vodca.

L6) Quantas vezes, no último ano, você dirigiu após ter tomado 3 drinques ou mais?

___ vezes.

L7) Alguma vez na vida você já sofreu um acidente enquanto dirigia, após ter bebido 3 ou mais drinques?

___ Sim ___ Não

L8) Nessas situações em que você bebeu antes de dirigir, em que locais você havia bebido? MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM. (o sistema deve permitir múltiplas respostas).

___ bares

___ boates, danceterias ou festas

___ restaurantes

___ postos de gasolina

___ casa própria, de familiares ou amigos

L9) Alguma vez foi autuado por beber e dirigir?

SE SIM, PERGUNTAR:

Quantas vezes na vida? Que idades você tinha?

() ___ () ___ () ___ () ___ () ___

___ Nunca foi autuado por beber e dirigir

L10) Alguma vez foi multado por qualquer outra infração ou problema de trânsito?

___ Sim ___ Não

L11) Um drinque é igual a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de uísque, cachaça ou vodca. Em sua opinião, quantos drinques você pode beber, uma hora antes de dirigir, sem que seu desempenho seja afetado?

___ drinques

L12) Alguma vez na vida você já dirigiu depois de usar alguma substância psicoativa (droga)?

___ Sim ___ Não

Se sim, qual (is)?

A QUESTÃO L12 É COTADA “SIM”?

- 3) Sim → SIGA NA QUESTÃO L13.
 4) Não → PULE PARA A QUESTÃO M1.

L13) Isto ocorreu nos últimos 12 meses?

___ Sim ___ Não

SEÇÃO “COMPORTAMENTO NO TRÂNSITO”

M) COMPORTAMENTOS DE RISCO NO TRÂNSITO

M1) Responda como motorista e como se não houvesse fiscalização (guardas,

câmeras, etc.) na via. Indique a frequência com que você, como motorista, se comporta da forma descrita nas frases, respondendo “nunca, quase nunca, menos da metade das vezes, mais da metade das vezes, quase sempre e sempre”. Deseja anotar as possíveis respostas?

a) Ao fazer uma curva, você quase bate num ciclista que está trafegando ao seu lado

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___
 Quase sempre ___ Sempre ___

b) Planeja mal o trajeto, ficando num congestionamento que poderia ter sido evitado

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase
 sempre ___ Sempre ___

c) Passa a marcha errada

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase
 sempre ___ Sempre ___

d) Durante uma ultrapassagem numa via de mão dupla, subestima a velocidade de um

veículo vindo na direção contrária e tem que entrar abruptamente na faixa de onde

saiu

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase
 sempre ___ Sempre ___

e) Freia muito rapidamente numa via escorregadia e/ou conduz o veículo de maneira

errada numa derrapagem

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase
 sempre ___ Sempre ___

f) Esquece onde estacionou o seu veículo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

g) Percebe tardiamente que o veículo da frente diminuiu a velocidade, tendo que frear abruptamente para evitar uma colisão

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

h) Liga uma coisa, como os faróis, quando pretendia ligar outra, como os limpadores de pára-brisa, por exemplo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

i) Pretende dirigir até o destino A e “acorda” a caminho do destino B, para onde você vai com mais frequência

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

j) Esquece de olhar pelo retrovisor antes de fazer uma mudança de faixa.

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

k) Ao dar a ré, quase (ou realmente) bate em algo que não tinha visto previamente

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

l) Esquece de ligar o pisca-pisca do veículo antes de fazer uma curva ou mudar de faixa

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

m) Estaciona em local proibido

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

n) Ao dirigir, não usa o cinto de segurança

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

o) Dirige e fala ao telefone celular ao mesmo tempo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

p) Dirige carregando pessoas, animais e/ou objetos no colo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

q) Fica impaciente com um(a) condutor(a) lento na faixa da esquerda e ultrapassa pela direita

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

r) Dirige com “um olho” na via e o outro no mapa ou no som do carro

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

s) Transporta crianças menores de 10 anos no banco de trás do veículo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

t) Dirige ziguezagueando (“costurando”) no trânsito

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

u) Dirige mesmo sabendo que ingeriu bebida alcoólica

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

v) Acelera o seu veículo para passar pelo sinal amarelo do semáforo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

x) Participa de “racha” com outros(as) condutores(as)

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

z) Acelera e/ou ultrapassa somente com a intenção de competir com o (a) condutor(a) ao lado

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Dirige acima do limite máximo de velocidade da via

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Acelera bastante o seu veículo quando vê um(a) pedestre se aproximando da faixa de travessia para evitar a parada

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Avança o sinal vermelho do semáforo

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Dirige na contramão

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Ultrapassa ou muda de faixa em locais onde isto não é permitido

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Acelera o seu veículo antes que o(a) pedestre tenha terminado completamente a sua travessia

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Você “joga” o seu veículo em direção a outro(a) condutor(a).

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Você pára o seu veículo para brigar fisicamente com outro(a) condutor(a) ou pedestre

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Você sente aversão a algum tipo de condutor(a) ou pedestre e expressa a sua hostilidade de qualquer maneira

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Você diminui a velocidade para irritar o(a) outro(a) condutor

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Grita e/ou gesticula ofensas e ameaças com outros (as) condutores (as) e/ou pedestres

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

l) Buzina ou joga luz alta indicando irritação com outros(as) condutores (as) e/ou pedestres

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Irrita-se com outro(a) condutor (a) e persegue-o(a) com a intenção de descarregar um pouco de raiva

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Dirige muito próximo do veículo na sua frente, buzina ou joga luz alta, como um sinal para que o(a) outro(a) condutor (a) ande mais rápido e/ou saia do seu caminho

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Você ameaça com algum tipo de arma (revólver, faca, tranca do carro, etc.) outro(a) condutor(a) ou pedestre

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Joga pela janela do veículo objetos ou substâncias na via

Nunca ___ Quase nunca ___ Menos da metade das vezes ___ Mais da metade das vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

SEÇÃO “COERÇÃO”

N) PERCEPÇÃO DE COERÇÃO

Para finalizar esta entrevista gostaria que o Sr (a) respondesse a cinco perguntas, para que possamos saber como se sentiu ao participar desta pesquisa. Pense como se você mesmo estivesse lendo em voz alta essas afirmações. Apenas diga se CONCORDA ou DISCORDA:

N1) Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito da minha participação na pesquisa.

___ Concordo ___ Discordo

N2) Eu escolhi participar da pesquisa.

___Concordo ___Discordo

N3) Foi minha a idéia de participar da pesquisa.

___Concordo ___Discordo

N4) Tive bastante decisão sobre se eu participaria na pesquisa.

___Concordo ___Discordo

N5) Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre o fato de participar ou não da pesquisa.

___Concordo ___Discordo

AO FINAL, AGRADECER A PARTICIPAÇÃO E REITERAR A POSSIBILIDADE DE CONTATO COM O DR. FLÁVIO PECHANSKY OU A PSICÓLOGA SIBELE FALLER PELO TELEFONE 51- 3330-5813, DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA, OU ATRAVÉS DO E-MAIL: cpad@cpad.org.br.

SE O ENTREVISTADO APRESENTAR PROBLEMAS ATUAIS COM O USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS, INFORMAR SOBRE O VIVAVOZ E OFERECER O SERVIÇO.

ANEXO III – DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS E PRÊMIOS

- 1- Capítulo de livro intitulado “Psicopatologia e Comportamento de Risco em Motoristas Privados e Profissionais no Brasil”, publicado em SENAD (Ed.). *Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos*. Brasília, DF, 2010.
- 2- Abstract aceito para apresentação dos resultados do estudo no NIDA Forum e no College on Problems of Drug Dependence, vinculados ao National Institute on Drug Abuse, que ocorrerão em junho de 2010 em Scottsdale, Arizona, EUA: An exploratory study of substance use biomarkers and psychiatric disorders in Brazilian drivers. Faller, S., Webster, J.M., Leukefeld, C., Benzano, D., De Boni, R., Pechansky, F.
- 3- Prêmio “*travel award*” do National Institute on Drug Abuse pelo trabalho descrito acima para participar dos referidos congressos.
- 4- Apresentação de trabalho e pôster no II Seminário Internacional da Rede de Pesquisa Sobre Drogas, ocorrido nos dias 25 e 26 de novembro de 2009 em Salvador, BA: Estudo telefônico sobre transtornos psiquiátricos, alcoolemia positiva e uso de outras substâncias em motoristas brasileiros. Faller, S., Moreira, T., Diniz, B., Ferigolo, M., Barros, H.M.T., Pechansky, F.
- 5- Apresentação de dois pôsteres e uma palestra no XX Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de estudos do Álcool e outras Drogas, ABEAD, realizado de 21 a 24 de outubro de 2009 em Bento Gonçalves, RS:
 - a. Descrição metodológica de estudo telefônico realizado com motoristas brasileiros sobre transtornos psiquiátricos, alcoolemia positiva e uso de outras substâncias. Faller, S., Moreira, T., Diniz, B., Barros, H.M.T., Pechansky, F. Pôster.
 - b. Associação entre transtornos psiquiátricos, alcoolemia positiva e uso de outras substâncias em motoristas brasileiros – dados preliminares. Faller, S., Machado, C., Benzano, D., Ferigolo, M., Pechansky, F. Pôster.
 - c. Método de pesquisa telefônica para estimativa do uso de álcool e drogas. Faller, S. Palestra.
- 6- Apresentação de pôster na IX Jornada Gaúcha de Psiquiatria, realizada de 19 a 22 de agosto de 2009 em Porto Alegre, RS: Apresentação do método de um estudo telefônico realizado com motoristas brasileiros sobre transtornos psiquiátricos, alcoolemia positiva e uso de outras substâncias. Faller, S., Paim, S.B., Schneider, R., Benzano, D., Barros, H.M.T., Pechansky, F.
- 7- Prêmio de melhor trabalho na modalidade Pôster pelo trabalho descrito acima, na referida jornada.