



ARTIGO ORIGINAL

Telephone counseling for young Brazilian cocaine and/or crack users. Who are these users? ☆, ☆☆



Nadia K. Bisch*, Taís de C. Moreira, Mariana C. Benchaya, Dan R. Pozza, Larissa C. N. de Freitas, Michelle S. Farias, Maristela Ferigolo e Helena M.T. Barros

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido em 24 de abril de 2017; aceito em 12 de dezembro de 2017

KEYWORDS

Telephone counseling;
Drug addiction;
Youth;
Teenagers;
Cocaine;
Crack

Abstract

Objective: To describe the users' drug abuse characteristics, problematic behaviors associated with addiction, the motivation of teenagers and young adults to quit cocaine and/or crack abuse, and then compare these characteristics.

Methods: A cross-section study was conducted with 2390 cocaine/crack users (teenagers from 14 to 19 years of age, and young adults from 20 to 24 years of age); 1471 were young adults and 919 were teenagers who had called a phone counseling service between January 2006 and December 2013. Semi-structured interviews were performed via phone calls. The questionnaires included sociodemographic information; assessment of the characteristics of cocaine/crack abuse; assessment of the problematic behaviors; also, the Contemplation Ladder was used to evaluate the stages of readiness to cease substance abuse.

Results: Participants reported using cocaine (48.2%), crack and other smoking forms (36.7%) and combined consumption of both drugs (15%). Young adults were more prone to using crack or crack associated with cocaine (OR = 1.9; CI 95% = 1.05–1.57) and they were exposed to substance abuse for longer than two years (OR = 3.45; CI 95% = 2.84–4.18), when compared to teenagers. On the other hand, they showed higher readiness to quit.

Conclusion: Data shows important differences in drug abuse characteristics, problematic behaviors and motivation to cease substance abuse between teenager and young adult cocaine and/or crack users. Behaviors displayed by young adults involve greater physical, mental and social health damages. These findings reinforce the importance of public policy to act on prevention and promoting health, to increase protection factors among teenagers and lower risks and losses during adult life.

© 2018 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Sociedade Brasileira de Pediatria. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

DOI se refere ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.12.016>

☆ Como citar este artigo: Bisch NK, Moreira TC, Benchaya MC, Pozza DR, Freitas LC, Farias MS, et al. Telephone counseling for young Brazilian cocaine and/or crack users. Who are these users? J Pediatr (Rio J). 2019;95:209–16.

☆☆ Trabalho vinculado ao "Ligue 132", Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: nkrubs@gmail.com (N.K. Bisch).

PALAVRAS-CHAVE

Aconselhamento telefônico;
Dependência química;
Jovens;
Adolescentes;
Cocaína;
Crack

Aconselhamento telefônico para jovens brasileiros usuários de cocaína e/ou crack. Quem são esses usuários?

Resumo

Objetivo: Descrever as características de consumo, comportamentos problemáticos associados ao uso e motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack e comparar essas características.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, com 2.390 usuários de cocaína/crack (adolescentes: 14 – 19 anos e jovens: 20 – 24 anos) sendo 1471 jovens e 919 adolescentes, que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico entre janeiro de 2006 e dezembro de 2013. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por telefone. Os questionários incluíram informações sociodemográficas; avaliação das características do consumo de cocaína/crack; avaliação dos comportamentos problemáticos e escala de Contemplação Ladder para avaliar os estágios de motivação.

Resultados: Os participantes relataram uso de cocaína (48,2%), crack e outras formas fumadas (36,7%) e uso associado de ambas as formas (15%). Os jovens faziam maior uso de crack ou crack associado à cocaína (OR = 1,19; IC 95% = 1,05-1,57) e estavam expostos ao uso da droga havia mais de 2 anos (OR = 3,45; IC 95% = 2,84-4,18) quando comparados aos adolescentes. Por outro lado, mostraram-se mais motivados para cessar o consumo.

Conclusão: Os dados mostraram haver importantes diferenças nas características de consumo, comportamentos problemáticos e motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack. Os jovens apresentaram comportamentos que envolvem maiores prejuízos para a saúde física, mental e aspectos sociais. Esses achados reforçam a importância de ações de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde para aumentar os fatores de proteção entre os adolescentes e reduzir riscos e prejuízos para a vida adulta.

© 2018 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O relatório mundial sobre drogas de 2015 mostrou que, enquanto no restante do mundo o consumo de cocaína/crack estabilizou, na América do Sul houve um aumento.¹ Em 2014, nos EUA, um milhão de pessoas com mais de 12 anos foram classificadas como dependentes ou abusadores de cocaína.² Com relação ao Brasil, o país ocupa o segundo lugar no comércio de cocaína e lidera o *ranking* no consumo de crack no mundo, representa 20% do consumo mundial.³

Aproximadamente 200 mil jovens brasileiros relataram uso de cocaína intranasal nos últimos 12 meses e 150 mil jovens usaram pelo menos uma vez na vida crack ou similares.³ Segundo estudo feito para descrever o perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, em 2012, a maior prevalência de faixa etária dos usuários era entre 18 e 24 anos (31,32%).⁴

A juventude é uma fase evolutiva que traz muitos obstáculos e pode conduzir os indivíduos a um envolvimento em atividades de risco, como o uso de drogas.⁵ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram-se adolescentes indivíduos entre 10 e 19 anos e como jovens adultos os sujeitos da faixa de 20 a 24 anos.⁶

Sabe-se que a experimentação de drogas geralmente inicia na adolescência.⁷ No entanto, nessa fase do desenvolvimento, em que ocorrem modificações importantes no organismo, principalmente no sistema nervoso central (SNC), o uso de drogas pode comprometer o funcionamento cerebral e afetar a capacidade cognitiva e de aprendizagem.⁷ Retardar ou evitar o início do consumo de

substâncias psicoativas pelos jovens tem sido um desafio mundial entre as autoridades responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Muitos estudos têm apresentado os riscos relacionados à experimentação, ao uso e ao abuso de drogas entre adolescentes e adultos jovens.^{8,9} O uso precoce de cocaína e/ou crack aumenta o risco de desenvolver um transtorno por uso da substância, além de outros transtornos mentais durante a juventude e também na vida adulta.¹⁰ Compreender os padrões de uso de cocaína e/ou crack entre adolescentes e jovens adultos pode auxiliar no planejamento de ações de prevenção direcionadas e mais efetivas, bem como no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para o tratamento.¹¹

O presente estudo tem como objetivo descrever as características de consumo, os comportamentos problemáticos associados ao uso e a motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack e comparar essas características entre os dois grupos.

Métodos

Foi feito um estudo transversal, com amostragem por conveniência, com 2.390 usuários de cocaína/crack (adolescentes entre 14 e 19 anos e jovens entre 20 e 24 anos), que relataram uso associado ou não de outras substâncias e que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico com o intuito de buscar auxílio para cessar seu consumo. O Ligue 132 é um serviço de aconselhamento telefônico (Central de Atendimento sobre Drogas) que tem como objetivo

auxiliar usuários de substâncias psicoativas no processo de cessação no consumo. Os dados foram coletados de janeiro de 2006 a dezembro de 2013. Nesse período 3.272 jovens e adolescentes ligaram para o serviço. Foram excluídos 892 jovens e adolescentes que reportaram estar sob efeito de alguma droga durante a ligação, com dificuldades cognitivas de compreender ou responder aos instrumentos, além daqueles que não aceitaram participar do estudo.

Os usuários aceitaram participar do estudo por meio de um processo de consentimento informado, feito verbalmente, com a aceitação tácita após exposição dos objetivos e da finalidade do projeto. O consentimento foi solicitado na primeira ligação feita pelo usuário. A aceitação oral foi devidamente registrada nos protocolos informatizados.¹² O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), processo número 942/12.

Os dados foram coletados por consultores, estudantes universitários de diferentes áreas da saúde, capacitados para atendimento no *call center* e para aplicação da intervenção aos usuários sob supervisão de profissionais da saúde. O processo de treinamento foi composto por: a) aulas teóricas em formato de curso de extensão sobre as bases para abordagem da dependência química (40 horas); b) treinamento teórico-prático no *call center* para familiarização com o *software* (20 horas) e treinamento da entrevista motivacional; e c) treinamento continuado com fins de manter a qualidade das informações prestadas.¹³ O modelo de treinamento feito foi adaptado a partir do *Medical Education Model for the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders*.¹⁴

Foram feitas entrevistas semiestruturadas, por telefone, com duração média de 50 minutos. Os questionários incluíram: a) o Protocolo Geral de Atendimento, com informações como sexo, idade, estado marital, profissão, renda familiar, escolaridade, cidade e estado da qual foi feita a chamada; b) Avaliação do Consumo de Cocaína/Crack, com perguntas que caracterizaram a quantidade (gramas/pedras de cocaína/crack) usada por ocasião, frequência e padrão de consumo. Para isso, foi usado um questionário elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual tem sido amplamente usado no Brasil;¹⁵ c) Avaliação dos Comportamentos Problemáticos por Uso de Cocaína/Crack, questionário formulado pelo *National House hold Survey on Drug Abuse* (NHSDA),¹⁶ escolhido pelo fato de ser usado nos levantamentos sobre uso de drogas no Brasil. Esse questionário apresenta seis comportamentos problemáticos, conforme o DSM-5. Para levantamento dos dados, o consumo dos sujeitos é definido como leve (de dois a três sintomas), moderado (de quatro a cinco sintomas) e grave (mais de seis sintomas); e d) Escala de Contemplação Ladder, usada para avaliar a motivação qualitativamente com cinco afirmações que buscam identificar a disposição de um indivíduo de cessar o consumo por meio dos estágios motivacionais (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação/manutenção).¹⁷

A análise descritiva univariada apresenta dados sociodemográficos, marcadores de consumo de cocaína e/ou crack, índices de motivação e informações sobre comportamentos problemáticos relacionados ao uso de drogas sob a forma de média \pm erro padrão da média (SEM) e dados qualitativos foram apresentados por n e percentual. Nas

análises bivariadas foram usados teste do qui-quadrado, *odds ratio* (OR) e 95% de intervalo de confiança (IC 95%) para comparações entre dados de jovens e de adolescentes e discriminação de diferenças entre os usuários de cloridrato de cocaína e de crack. Para comparação das quantidades de substância usadas entre as faixas etárias foi usado teste *t* de amostras independentes.

Uma análise multivariada foi feita para confirmar as principais diferenças entre as faixas etárias, todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise de regressão logística (buscou ajuda antes de ligar para o serviço, tipo de preparação – crack ou cocaína, tempo de uso, frequência, dependência, problemas relacionados ao uso e estágios de mudança). Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Foi feita análise de correlação bivariada de Spearman. As análises foram feitas com o programa IBM SPSS *Statistics* 19.0.

Resultados

A média de idade foi de 22,1 anos (DP = 1,39) entre os jovens e de 17,3 anos (DP = 1,36) entre os adolescentes. Ao analisar a escolaridade dos participantes, em geral, observou-se que a maioria, tanto dos jovens quanto dos adolescentes, não concluiu os estudos. Apenas 10% dos participantes relataram ter concluído o ensino fundamental e 20,7% concluíram o ensino médio. Dentre os que não completaram os estudos, observou-se que 62,5% dos jovens e 67,3% dos adolescentes apresentavam atraso escolar. Verificou-se que houve correlação direta entre anos de atraso escolar e gravidade de problemas relacionados ao uso de cocaína/crack (coeficiente de Spearman ($r = 0,063$; $p = 0,002$), idade dos participantes ($r = 0,238$; $p = 0,000$) e quantidade de cocaína ($r = 0,158$; $p = 0,000$), todas as correlações foram fracas. Também se identificou uma correlação indireta fraca entre anos de atraso escolar e quantidade de crack ($r = -0,142$; $p = 0,000$). Aos serem perguntados sobre a ocupação, 22,6% dos participantes alegaram estudar (a maioria adolescente), já 21,1% relataram estar desempregados (jovens, em sua maioria) e 56,3% alegaram fazer alguma atividade laboral. As características sociodemográficas dos participantes estão sumarizadas na [tabela 1](#).

Quando analisados os dados sobre o consumo de drogas, os participantes relataram uso de cocaína (48,2%), crack e outras formas fumadas (36,7%) e uso associado de ambas as formas (15%). O uso de cocaína/crack associado a outras drogas lícitas ou ilícitas foi relatado por 94,5% dos participantes, apenas 6% dos participantes eram monousuários. Ao analisar o uso associado a outras drogas de abuso, 39,5% faziam uso associado a drogas lícitas e 54,6% declararam uso associado a outras drogas ilícitas ([tabela 2](#)). As associações mostraram diferenças estatísticas significativas entre jovens e adolescentes. Os jovens apresentaram menos chances de fazer associação a drogas ilícitas em comparação aos adolescentes (OR = 0,61; IC 95% = 0,51-0,74). A associação do uso de cocaína/crack combinado com álcool e/ou tabaco foi mais frequente entre os jovens, enquanto os adolescentes relataram mais frequentemente associações de cocaína/crack com a maconha.

Em relação à quantidade de droga usada por ocasião, os jovens usavam em média 8,11 g (EP = 0,45) de cocaína,

Tabela 1 Comparação das características sociodemográficas entre jovens e adolescentes^a usuários de cocaína/crack

	Total n	Jovens n (%)	Adolescentes n (%)
<i>Sexo</i>			
Masculino	1.698	1.149 (67,7)	549 (32,3)
Feminino	682	321 (47,1)	361 (52,9)
<i>Escolaridade</i>			
Ensino fundamental incompleto	748	405 (54,1)	343 (45,9)
Anos de atraso escolar	-	10,5 ± 2,25	4,43 ± 2,95
Ensino fundamental completo	234	167 (71,4)	67 (28,6)
Ensino médio incompleto	543	263 (48,4)	280 (51,6)
Anos de atraso escolar	-	7,23 ± 1,95	2,72 ± 1,65
Ensino médio completo	468	374 (79,9)	94 (20,1)
Ensino superior	174	126 (72,4)	48 (27,6)
<i>Renda familiar</i>			
Até 4 salários mínimos	1.922	1.195 (62,2)	727 (37,8)
Mais de 5 salários mínimos	185	110 (59,5)	75 (40,5)
<i>Estado Civil</i>			
Solteiro	1.773	1.028 (58,0)	745 (42,0)
Casado	402	324 (80,6)	78 (19,4)
<i>Profissão</i>			
Não trabalha	1.015	460 (45,3)	555 (54,7)
Trabalha	1.153	881 (76,4)	272 (23,6)

Alguns participantes não responderam a todas variáveis.

^a Idade conforme as faixas etárias = adolescentes (14 a 19 anos), jovens (20 a 24 anos).

As variáveis anos de atraso escolar estão representadas por média e desvio-padrão.

As demais variáveis estão representadas por número e porcentagem.

Tabela 2 Uso associado a outras drogas: comparação entre jovens e adolescentes^a usuários de cocaína/crack

	Jovens n (%)	Adolescentes n (%)
<i>Monousuários</i>	67 (4,8)	63 (8,0)
<i>Uso associado a substâncias lícitas</i>	607 (43,5)	245 (32,2)
Álcool	186 (12,7)	84 (9,2)
Tabaco	108 (4,6)	64 (7,0)
Álcool e tabaco	313 (21,3)	106 (11,6)
<i>Uso associado a substâncias ilícitas</i>	720 (51,6)	471 (59,8)
Maconha	73 (5,0)	71 (7,8)
Álcool e maconha	114 (7,8)	55 (6,0)
Tabaco e maconha	115 (7,8)	94 (10,3)
Maconha, álcool e tabaco	416 (28,3)	246 (27,0)

Alguns participantes não responderam a todas as variáveis.

^a Idade conforme as faixas etárias = adolescentes (14 a 19 anos), jovens (20 a 24 anos).

A variável uso associado a substâncias lícitas refere-se ao total de jovens e adolescentes que relataram uso de cocaína e/ou crack concomitante ao uso de álcool e/ou tabaco.

A variável uso associado a substâncias ilícitas referem-se ao total de jovens e adolescentes que relataram uso de cocaína e/ou crack concomitante ao uso de maconha, álcool e/ou tabaco.

14,3 pedras (EP = 0,72) de crack e quando usadas concomitantemente 6,9 g (EP = 0,3). Para os adolescentes, a média de cocaína foi de 12,1 g (EP = 1,1), crack 10,1 pedras (EP = 1,18) e ambas 8,3 g (EP = 0,83). Não houve diferenças estatísticas.

As análises bivariadas brutas e ajustadas foram feitas para verificar diferença estatísticas entre jovens e adolescentes nas características do consumo. Observa-se

que a maioria dos jovens e adolescentes buscou ajuda pela primeira vez. Os jovens faziam maior uso de crack ou crack associado à cocaína e usavam há mais tempo a droga quando comparados aos adolescentes, com diferença estatisticamente significativa. Em relação à frequência de uso, ambos faziam uso semanal ou menor do que semanal. Por outro lado, embora os jovens apresentassem maior chance para o comportamento de usar, quando avaliados

Tabela 3 Características de consumo de cocaína/crack: comparação entre jovens e adolescentes

	Total n	Jovens n (%)	Adolescentes n (%)	Bruto OR (IC 95%)	p	Ajustado OR (IC 95%)	p
<i>Ajuda antes de ligar</i>							
Não	1.380	829 (60,1)	551 (39,9)	1,31 (1,08-1,59)	0,003	1 (0,77-1,16)	0,62
Sim	695	462 (66,5)	233 (33,5)	1			
<i>Tipo de preparação</i>							
Crack e crack associado com cocaína	1.232	797 (64,7)	435 (35,3)	1,29 (1,09-1,52)	0,001	1,29 (1,05-1,57)	0,01 ^a
Cocaína	1.148	673 (58,6)	475 (41,4)	1		1	
<i>Tempo de exposição</i>							
Mais de 2 anos	1.396	1.024 (73,4)	372 (26,6)	3,34 (2,81-3,97)	0,000	3,45 (2,84-4,18)	0,000 ^a
Até 2 anos	981	443 (45,2)	538 (54,8)	1		1	
<i>Frequência</i>							
Diária	998	623 (61,4)	385 (38,6)	0,98 (0,83-1,16)	0,44	0,87 (0,71-1,06)	0,17
Semanal ou menor que semanal	1.316	813 (61,8)	503 (38,2)	1			
<i>Estágios de mudança</i>							
Não motivados para mudar comportamento	483	260 (53,8)	223 (46,2)	0,66 (0,54-0,81)	0,000	0,72 (0,57-0,91)	0,007*
Motivados a mudar comportamento de consumo	1.897	1.210 (63,8)	687 (36,2)	1		1	

Alguns dos participantes não responderam a todas as variáveis.

^a $p \leq 0,05$.

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confiança.

os estágios motivacionais para cessar o consumo, os jovens mostraram mais chance de estar motivados para mudar o comportamento de uso da cocaína/crack em comparação aos adolescentes (tabela 3).

Para análise mais detalhada, na avaliação das características de consumo, discriminou-se a amostra entre usuários de crack e cocaína, compararam-se as faixas etárias. Entre os usuários de crack, os jovens mostraram quase três vezes mais chances de consumir a substância havia mais de dois anos em comparação aos adolescentes (OR = 2,84; IC 95% = 2,16-3,73). Da mesma forma se observou que, entre os usuários de cocaína, os jovens apresentaram quatro vezes mais chances de usar há mais tempo do que os adolescentes (OR = 4,38; IC 95% = 3,30-5,82). Os dados sobre a motivação também se mantiveram entre os jovens usuários de crack (OR = 0,63; IC 95% = 0,45-0,88); entretanto, entre os jovens e adolescentes usuários de cocaína, não houve diferença significativa.

Na avaliação da gravidade dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína/crack, 1.131 usuários (47,8%) preencheram critérios para uso moderado e 811 (34,3%) para uso grave. Ao avaliar os comportamentos problemáticos relacionados ao uso nos últimos 12 meses, os jovens mostraram mais chances de apresentar desejo de consumir a droga, aumento da frequência de uso ou da quantidade da droga e de perder o controle com relação ao uso (OR = 1,42; $p = 0,008$, OR = 1,43; $p = 0,009$; OR = 2,22; $p = 0,000$), conforme tabela 4. Quando analisadas as associações entre os comportamentos problemáticos relacionados ao uso nos últimos 12 meses, observou-se que entre os jovens a perda de controle esteve associada ao proeminente desejo de consumir

cocaína e/ou crack ($p = 0,000$), aumento da frequência de uso ($p = 0,003$), tolerância aos efeitos da substância ($p = 0,01$), exposição a riscos físicos ($p = 0,005$) e problemas pessoais relacionados ao uso da substância ($p = 0,000$). Para os adolescentes a perda de controle esteve associada ao proeminente desejo de consumir cocaína e/ou crack ($p = 0,04$) e aos problemas pessoais relacionados ao uso da substância ($p = 0,003$).

Discussão

Os resultados mostram haver diferenças importantes nas características de consumo, nos comportamentos problemáticos relacionados ao uso e na motivação para cessar o consumo entre jovens e adolescentes usuários de cocaína/crack. Os jovens apresentaram maiores chances para usar o crack, maior tempo de uso e mais comportamentos problemáticos relacionados ao consumo, enquanto os adolescentes mostraram mais chances para fazer uso associado a outras drogas ilícitas e menor motivação para mudar o comportamento problema. Além disso, observou-se uma relação entre níveis de escolaridade e gravidade dos problemas com uso de cocaína e crack.

Os dados mostraram que a maioria, tanto dos jovens quanto dos adolescentes, não concluiu os estudos. Sabe-se que o uso de drogas tem forte relação com o prejuízo no desempenho escolar e a continuidade do uso associado ao baixo rendimento, muitas vezes, leva ao abandono dos estudos. Pesquisas epidemiológicas têm mostrado alta relação entre o abandono escolar com problemas de saúde

Tabela 4 Características de comportamentos problemáticos relacionados ao uso de cocaína/crack: comparação entre jovens e adolescentes

	Total n	Jovens n (%)	Adolescentes n (%)	Bruto OR (IC 95%)	p	Ajustado OR (IC 95%)	p
Uso grave	811	535 (66,0)	276 (34,0)	1,77 (1,39-2,25)	0,000	0,93 (0,40-2,13)	0,87
Uso moderado	1.131	699 (61,8)	432 (38,2)	1,39 (1,11-1,74)	0,002	0,95 (0,77-1,16)	0,62
Uso leve	425	222 (52,2)	203 (47,8)			1	
Problemas relacionados ao uso							
<i>Proeminente desejo de consumir cocaína</i>							
Sim	1.874	1.191 (63,6)	683 (36,4)	1,47 (1,21-1,79)	0,000	1,42 (1,09-1,85)	0,008 ^a
Não							
<i>Aumento da frequência e quantidade de uso</i>							
Sim	1.928	1.219 (63,2)	709 (36,8)	1,43 (1,16-1,76)	0,001	1,43 (1,09-1,87)	0,009 ^a
Não						1	
<i>Tolerância</i>							
Sim	1.638	1.025 (62,6)	613 (37,4)	1,14 (0,95-1,36)	0,14	1 (0,81-1,36)	0,71
Não							
<i>Risco físico sob efeito de cocaína</i>							
Sim	1.686	1.057 (62,7)	629 (37,3)	1,17 (0,98-1,40)	0,08	1,14 (0,89-1,46)	0,28
Não							
<i>Problemas pessoais relacionados ao uso</i>							
Sim	1.831	1.149 (62,8)	682 (37,2)	1,21 (1,00-1,48)	0,030	1,15 (0,89-1,47)	0,27
Não							
<i>Perda de controle com relação ao uso</i>							
Sim	2.182	1.375 (63,3)	807 (37,0)	2,02 (1,51-2,71)	0,000	2,22 (1,56-3,16)	0,000 ^a
Não						1	

Alguns participantes não responderam a todas variáveis.

^a $p \leq 0,05$.

OR, odds ratio; IC, intervalo de confiança.

mental,^{18,19} atividades ilícitas¹⁹ e, principalmente, aumento do risco para problemas relacionados ao uso de álcool, cigarro, maconha e outras drogas ilícitas.²⁰ O atraso escolar esteve associado à gravidade dos problemas relacionados ao consumo e quantidade de cocaína usada, bem como a idade; isto é, quanto mais velhos, maior o atraso escolar, mais problemas com o consumo e maior era a quantidade de cocaína usada.

No presente estudo, os jovens mostraram maior chance para usar crack ou crack e cocaína juntos e mais chance de consumir a droga havia mais de dois anos. Pode-se conjecturar que esses jovens passaram a fazer uso de crack a partir de experiências de uso de cocaína e maconha durante a adolescência. Um estudo que buscou avaliar o perfil sociodemográfico e o padrão de uso da cocaína entre usuários de drogas hospitalizados encontrou resultados semelhantes. Entre os 440 pacientes entrevistados, 29,8% eram dependentes de cocaína, 38,4% de crack e 31,8% usavam ambas as formas de cocaína (inalada e fumada).²¹ Outro estudo que buscou investigar a prevalência do consumo de cocaína e dependência no Brasil e possíveis associações com fatores sociodemográficos mostrou que 45% da amostra iniciaram o uso de cocaína antes dos 18 anos.²² Uma pesquisa que investigou em 20 usuários de crack o padrão do uso de outras drogas de abuso identificou que o consumo de substâncias iniciou com drogas lícitas (álcool e tabaco) e passou depois para outras drogas ilícitas, como a maconha e cocaína. A cocaína foi a terceira droga usada, em geral e o crack foi a última droga de uso em metade dos casos investigados.²³ A

literatura tem apontado que a progressão do uso geralmente ocorre na adolescência, com uso experimental de drogas lícitas (álcool e tabaco) que pode evoluir para o uso de ilícitas (maconha e cocaína aspirada).²⁴

Os resultados do presente estudo apontaram que os adolescentes mostraram maior risco para associações a outras drogas ilícitas e que quase 100% eram poliusuários. Um estudo entre dependentes de cocaína e crack que procuraram tratamento apontou uma prevalência de 25% de dependência de mais uma substância, 32,6% de dependência de duas e 22,4% de dependência de três drogas.²⁵ Tais achados reforçam a urgência de se intervir, pois se sabe que quanto maior o tempo de exposição a uma substância, maiores poderão ser os prejuízos ao desenvolvimento dos jovens.²⁶

Os achados deste estudo não demonstraram diferenças significativas entre as faixas etárias no que se refere à gravidade dos problemas relacionados ao uso da substância, ou seja, ambos os grupos demonstram prejuízos de moderado à grave no que se refere ao uso de cocaína e/ou crack. A relação entre o uso precoce e o aumento do risco para doenças psiquiátricas tem sido demonstrada pela literatura.²⁴ Outro dado importante observado foram as associações de comportamentos problemáticos relacionados ao uso de cocaína/crack. Pode-se observar que entre os jovens houve associações estatisticamente significativas em todos os seis comportamentos avaliados, o que leva a pensar na gravidade do abuso. Embora os adolescentes tenham relatado comportamentos problemáticos, não

apresentaram perda de controle associada com frequência de uso, tolerância aos efeitos e exposição a riscos físicos. Talvez por estarem há menos tempo expostos à substância em comparação aos jovens. Todavia, cabe salientar a importância de intervenções precoces, com vistas à prevenção do uso de drogas, bem como da progressão da experimentação para consumos que refletem maior risco quanto ao uso problemático e à gravidade quanto ao consumo frequente. Programas de prevenção nas comunidades e em escolas e estratégias específicas de atenção à saúde para adolescentes e adultos jovens podem contribuir para o desenvolvimento psicossocial mais saudável e evitarem prejuízos mais graves na vida adulta.²⁷

Os jovens deste estudo não são diferentes do perfil de usuários apresentados na literatura (uso de moderado à grave, poliusuários, com prejuízos no desempenho escolar); entretanto, ao avaliarmos a motivação para modificar o comportamento, os jovens relataram alta motivação, fato que pode ser compreendido pela possível percepção dos prejuízos relacionados ao consumo. Os adolescentes, por outro lado, apresentaram mais chances de estar em estágios de pré-contemplação e contemplação, ou seja, baixa motivação para mudar o comportamento. Na adolescência há uma imaturidade na capacidade de avaliar riscos, pensar em consequências e organizar temporalmente a relação causa-efeito e isso ocorre pois estruturas cerebrais responsáveis pelo controle dos impulsos e percepção temporal ainda estão em amadurecimento.²⁸ Por essas características, possivelmente os adolescentes não percebiam a necessidade de mudar seu consumo ou não se encontram prontos para tomar tal decisão.

A maioria dos jovens e adolescentes buscou ajuda pela primeira vez ao ligar para o serviço de aconselhamento telefônico. Sabe-se que, geralmente, essa população não procura acompanhamento espontaneamente, principalmente quando apresenta baixa motivação para mudar o comportamento. Entretanto, o anonimato e o acesso facilitado à orientação desprovida de preconceitos e julgamentos podem tê-los estimulado à busca por ajuda. A literatura aponta que o telefone tornou-se uma opção vantajosa para serviços de saúde²⁹ e essas opções de tratamento têm se mostrado efetivas para cessação e redução do uso de drogas.³⁰

O presente estudo apresenta algumas limitações. A primeira a ser destacada refere-se ao processo de seleção da amostra, que ocorreu por conveniência. O estudo foi feito com aqueles usuários que tiveram acesso a informação sobre a existência de um serviço telefônico gratuito e anônimo e que ligaram para o número telefônico. Não temos como saber quantos jovens obtiveram informações sobre o serviço e não ligaram. Nesse sentido, não temos como avaliar qual o impacto para um viés de seleção. Por outro lado, como a informação sobre o serviço telefônico era amplamente divulgada por ações de mídia através de televisão, internet e rádio, em nível nacional, pode-se supor que houve oportunidade para os jovens de todas as regiões brasileiras buscarem contato com o serviço.

Não se investigaram outros fatores de risco, como a presença de comorbidades, violência, evasão escolar e relacionamento parental. Fatores esses que são importantes para a compreensão global do uso de drogas na juventude. Contudo, como neste estudo objetivou-se investigar a

diferença no padrão de consumo, dependência e motivação entre adolescentes e jovens, acredita-se não haver interferência nos resultados o fato de não se terem investigado os demais fatores de risco.

Os dados do presente estudo mostraram haver importantes diferenças nas características de consumo, comportamentos problemáticos e motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack. Os jovens, apesar de fazer menor associação do uso de cocaína e/ou crack com drogas ilícitas, demonstraram fazer uso mais frequente de crack e usar esses compostos há mais tempo, além de apresentar comportamentos que envolvem maiores prejuízos para a saúde física e mental, além de prejuízos a aspectos sociais. Quanto à motivação para cessar o uso de drogas, os adolescentes se mostraram menos motivados do que os jovens. Esses achados reforçam a importância de se buscarem metodologias de intervenção mais apropriadas para intervenções precoces, com vistas a aumentar os fatores de proteção entre os adolescentes e reduzir riscos e prejuízos para a vida adulta.

Financiamento

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e Associação Mario Tannhauser de Ensino Pesquisa e Assistência (Amtepa).

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6)*; 2015.
2. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Available from: <http://www.samhsa.gov/data/> [cited 10.12.17].
3. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014.
4. Bastos FI, Bertoni N. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de cracke ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.
5. Wagner MF, Oliveira MS. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicol Clín.* 2007;19:101-16.
6. WHO, World Health Organization. *Young people's health – a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731.* Geneva: WHO; 1986.
7. Diehl A, Coutinho GR. Álcool e adolescência. *Rev Patol Ensino Médio.* 2012;4:34.
8. Cleveland MJ, Collins LM, Lanza ST, Greenberg MT, Feinberg ME. Does individual risk moderate the effect of contextual-level protective factors? A latent class analysis of substance use. *J Prev Interv Community.* 2010;38:213-28.
9. Kopak AM, Chen AC, Haas AS, Gillmore MR. The importance of family factors to protect against substance use related problems

- among Mexican heritage and white youth. *Drug Alcohol Depend.* 2012;124:34–41.
10. Schwinn TM, Schinke SP, Trent DN. Substance use among late adolescent urban youths: mental health and gender influences. *Addict Behav.* 2010;35:30–4.
 11. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev Latino Am Enferm.* 2011;19, 08 telas.
 12. Rogers W, Ballantyne A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *RECIIS – R Eletr de Com Inf Inov Saude.* 2008;2:31–41.
 13. Barros HM, Santos V, Mazoni C, Dantas DC, Ferigolo M. Neuroscience education for health professional undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug Alcohol Depend.* 2008;98:270–4.
 14. Murray M, Fleming M. Prevention and treatment of alcohol-related problems: an international medical education model. *Acad Med.* 1996;71:1204–10.
 15. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2007.
 16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration –SAMSHA. Office of Applied Studies: 1998. National Household Survey on Drug Abuse. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1999.
 17. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira Tde C, Pierozan PS, Mazoni CG, et al. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. *Addict Behav.* 2010;35:750–5.
 18. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Lisi M, Maynard BR, Boutwell B. Prevalence and correlates of psychiatric disorders among former juvenile detainees in the United States. *Compr Psychiatry.* 2015;59:107–16.
 19. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Maynard BR. Dropping out of school and chronic disease in the United States. *J Public Health.* 2014;22:265–70.
 20. Bachman JG, O’Malley PM, Scheulenberg JE, Johnston LD, Fredoman-Doan P, Messersmith EE. The education-drug use connection: how success and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use and delinquency. New York, NY: Taylor & Francis; 2008.
 21. Ferreira FO, Turchib MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil. *Rev Saude Publica.* 2003;37:751–9.
 22. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addict Behav.* 2014;39:297–301.
 23. Seleglim MR, Oliveira ML. Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica. *Rev Neurocienc.* 2013;21:339–48.
 24. Olumide AO, Robinson AC, Levy PA, Mashimbye L, Brahmabhatt H, Lian Q, et al. Predictors of substance use among vulnerable adolescents in five cities: findings from the well-being of adolescents in vulnerable environments study. *J Adolesc Health.* 2014;55:39–47.
 25. Azevedo RCS, Oliveira KD, Silva LFAL, Koller K, Andrada NC, Marques ACPR, et al. Abuso e dependência de múltiplas drogas. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2012. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso.e.dependencia.de_alcool.pdf [cited 17.11.15].
 26. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet.* 2007;369:1391–401.
 27. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet.* 2011;377:2093–102.
 28. Bisch NK, Benchaya MC. Adolescência e a vulnerabilidade ao uso de drogas: estratégia de intervenção. In: Rudnicki T, Sanchez MM, editors. *Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral.* Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 153–78.
 29. Sheffer CE, Stitzer M, Brandon T, Bursac Z. Effectiveness of adding relapse prevention materials to telephone counseling. *J Subst Abuse Treat.* 2010;39:71–7.
 30. Bisch NK, Benchaya MC, Signor L, Moleda HM, Ferigolo M, Andrade TM, et al. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Rev Gaucha Enferm.* 2011;32:31–9.