

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLAS DE MEDICINA E PSICOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**DROGAS ILÍCITAS – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO
EM ADOLESCENTES DE PELOTAS – RS**

LÚCIA LESSA HORTA

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre**

**ORIENTADOR: PROF. DR. RICARDO TAVARES PINHEIRO
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. BERNARDO LESSA HORTA**

PELOTAS, DEZEMBRO DE 2002

“Se queres progredir, não deves repetir
a história, mas fazer uma história
nova.” (Ghandi)

A meus pais ***Márcio e Maria Julia,***
pelo constante estímulo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo Dom da vida.

Ao **Ricardo Pinheiro**, por todas as horas de orientação e pelo incentivo recebido ao longo do curso.

Ao **Bernardo**, pela sua dedicação e incansável esforço na realização deste trabalho.

Ao **Rogério, Cristina e Raquel**, pelo apoio recebido.

Ao **Luciano**, que partilhou comigo este sonho, pelo carinho, compreensão e paciência durante todo este tempo .

À **Flávia**, sem a qual teria sido muito difícil a realização deste projeto.

Aos **professores do mestrado** por todo o conhecimento transmitido ao longo do curso.

Às **colegas** que desenvolveram comigo o projeto “Estudo Sobre Comportamentos em Saúde dos Adolescentes”, por tudo o que vivemos durante o desenvolvimento dessa investigação.

Aos **alunos** entrevistadores, pelo esforço na realização do trabalho.

As pessoas passam em nossa vida: entram e saem. Mas elas não vão só...Sempre levam um pouco de nós e deixam um pouco de si.

ÍNDICE

Agradecimentos	04
Lista de Tabelas	07
Lista de Figuras	08
I. Projeto de Pesquisa	
1. Introdução	10
2. Objetivos	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3. Metodologia	15
3.1 Delineamento	15
3.2 População - alvo	15
3.3 Tamanho da Amostra	15
3.4 Coleta de Dados	15
3.5 Variáveis	16
3.5.1 Desfecho	16
3.5.2 Variáveis Independentes	17
3.6 Treinamento e Estudo Piloto	18
3.7 Controle de Qualidade	18
3.8 Análise dos Dados	19
3.9 Modelo Hierárquico	19
3.10 Pessoal Auxiliar	20
4. Cronograma	21
5. Referências Bibliográficas	22

II. Artigo

1. Resumo	26
2. Abstract	27
3. Introdução	28
4. Metodologia	30
5. Resultados	33
6. Discussão	36
7. Referências Bibliográficas	39

Anexos

Questionário	48
--------------------	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição da amostra e prevalência de uso de drogas (maconha, solventes e cocaína) na vida e no último mês conforme os fatores sociodemográficos 42
- Tabela 2** – Prevalência de uso de drogas (maconha, solventes e cocaína) na vida e no último mês de acordo com a escolaridade do adolescente 43
- Tabela 3** – Prevalência de uso de drogas (maconha, solventes e cocaína) na vida e no último mês de acordo com os comportamentos em Saúde 44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo hierárquico utilizado para a análise dos dados	45
Figura 2 - Prevalência de uso droga ilícitas (Maconha, Solventes e Cocaína) na vida e no mês e de uso das drogas em geral	46
Figura 3 – Modelo hierárquico final para uso de drogas ilícitas (maconha, solventes e cocaína) na vida	47
Figura 4 – Modelo hierárquico final para uso de drogas ilícitas (maconha, solventes e cocaína) no último mês	48

PROJETO DE PESQUISA

**DROGAS ILÍCITAS – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO
EM ADOLESCENTES DE PELOTAS - RS**

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define droga como sendo qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento, sendo que droga psicotrópica é aquela que age no sistema nervoso central, produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto passível de auto-administração. Em outras palavras, leva à dependência ¹⁰.

O uso de drogas é dividido pela Organização Mundial de Saúde da seguinte forma¹⁰ :

Frequência do uso	Descrição
Uso na vida	Quando a pessoa fez uso de drogas pelo menos uma vez na vida.
Uso no ano	Quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa.
Uso no mês	Quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa.
Uso freqüente	Quando a pessoa utilizou drogas seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.
Uso pesado	Quando a pessoa utilizou drogas vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

O uso de drogas é uma prática universal; entretanto, nas últimas décadas, tem gerado preocupação em decorrência dos riscos associados à saúde, como a prostituição e a maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis, além do alto índice de envolvimento em crimes e porte de armas.^{7,8} A adolescência é a fase da vida na qual o indivíduo está mais vulnerável ao consumo de drogas².

Alguns estudos indicam um crescente aumento do consumo de drogas no Brasil. O IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras, realizado em 1997 pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), mostra um aumento da tendência para “uso na vida”, de anfetamínicos, maconha e cocaína, quando comparado com os levantamentos anteriores (87-89-93)¹⁰. Em Porto Alegre, este estudo apresentou uma estimativa para “uso na vida” de 30,5%, indicando aumento estatisticamente significativo em relação aos levantamentos anteriores. No I Levantamento domiciliar que o CEBRID realizou em 2001, encontrou-se prevalência para uso na vida de maconha (8,4%) e cocaína(3,6%), maiores na região Sul do que nas demais regiões do país.³

Um outro estudo avaliando a prevalência do uso de drogas entre adolescentes escolares com idade entre 10 e 19 anos foi realizado por Tavares e colaboradores (2001) na cidade de Pelotas – RS. Neste encontrou-se uma prevalência para uso na vida, de maconha de 13,9%, sendo esta seguida pelos solventes (11,6%), ansiolíticos (8,0%), anfetaminas(4,3%) e cocaína (3,2%)¹⁶.

Por outro lado, os dados apresentados nestes estudos não podem ser generalizados para aqueles adolescentes que abandonaram ou que nunca

freqüentaram a escola, uma vez que a evasão escolar está relacionada ao uso de drogas, conforme mostrou o IV Levantamento do CEBRID entre estudantes (46,5% de evasão entre os não-usuários, contra 65,2% entre os usuários)¹⁰. Outras conseqüências do uso de drogas foram encontradas em um trabalho realizado por Ferri e Gossop em 1999. Estas são: alto índice de envolvimento em crimes, porte de armas, prostituição, problemas físicos, como no aparelho respiratório, úlcera nasal, trombozes, risco de contaminação pelo HIV e maior exposição a outras doenças sexualmente transmissíveis⁸.

Além das conseqüências do uso de drogas, os fatores de risco também foram estudados por alguns autores. Dunn e Laranjeira (1999) mostraram que os principais fatores de risco para o uso de drogas são o uso de tabaco e/ou álcool, convivência com parentes que possuem problemas com álcool e amigos usuários de drogas⁶. Já o IV Levantamento do CEBRID entre estudantes indicou as faixas etárias de 16-18 anos e acima de 18 anos como as de maior risco, atingindo nesta última faixa a prevalência de 55,6% de usuários. Indicou também que a porcentagem de usuários foi maior nas classes A e B, e que os alunos do sexo masculino fizeram mais uso de maconha, cocaína, alucinógenos e orexígenos. Os alunos do sexo feminino, por sua vez, fizeram maior uso de anfetamínicos, ansiolíticos, barbitúricos e tabaco¹⁰.

Em relação aos fatores de proteção, Forster et al (1996), no estudo que realizaram com crianças e adolescentes de rua em Porto Alegre – RS, concluíram que estar estudando ou ter estudado e manter contato diário com a família são fatores de proteção para o uso de drogas. Eles encontraram prevalências de uso de drogas em geral, exceto tabaco e álcool, em torno de 11% nas crianças que possuem contato com a família e freqüentam a escola,

25% nas que possuem contato com a família, mas não vão à escola, e 68% entre as crianças que não possuem contato diário com a família nem freqüentam escola⁹.

Pode-se notar que a maioria dos estudos foi realizada com populações específicas, como escolares^{10,11,15,16} e/ou usuários de drogas^{6,7}, não sendo, por isso, possível a generalização dos resultados destes para a população em geral, fazendo-se necessária a realização de estudos que avaliem o uso de drogas nesta população, para que se tenha um retrato mais fidedigno deste problema e seja possível desencadear medidas preventivas mais eficazes.

Por meio de um estudo transversal de base populacional pretende-se determinar a prevalência e os fatores associados ao uso de maconha, cocaína e solventes entre os adolescentes da área urbana de Pelotas – RS.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Determinar a prevalência e os fatores associados ao uso de maconha, solventes e cocaína, na vida e no último mês, entre os adolescentes da zona urbana da cidade de Pelotas – RS.

2.2 Específicos

- Verificar a associação entre o uso de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, solventes e cocaína);
- Determinar a distribuição do uso de drogas em relação a: fatores demográficos, classe social, escolaridade, entre outras.

3. METODOLOGIA

3.1 **Delineamento:** Estudo Transversal

3.2 **População-alvo:** Adolescentes da zona urbana de Pelotas - RS com idade compreendida entre 15 e 18 anos completos.

3.3 **Tamanho da Amostra:**

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla que irá avaliar a saúde dos adolescentes de Pelotas. O tamanho da amostra desta pesquisa foi calculado em função dos seus múltiplos objetivos e o maior tamanho de amostra necessário foi de 1 000 adolescentes. Considerando-se uma prevalência de 15% para uso de drogas na vida e margem de erro de 3,5 pontos percentuais, o tamanho de amostra necessário para um estudo de uso de drogas seria:

Nível de Confiança (%)	Tamanho da Amostra
80	342
90	564
95	800
99	1380
99,9	2252
99,99	3146

3.4 **Coleta de Dados:**

A amostragem será feita em múltiplos estágios, a partir dos 448 setores censitários da zona urbana de Pelotas. Desses, 90 serão sorteados

sistematicamente para inclusão no estudo. A seguir, selecionar-se-á, aleatoriamente, um quarteirão de cada setor e, após, será feito o sorteio de uma esquina desse quarteirão para ser o ponto inicial a partir do qual 86 residências serão visitadas de forma sistemática . Se necessário, serão incluídas casas de outros quarteirões, escolhidas de forma padronizada, a fim de complementar o número de 86 residências. No total, 7 740 domicílios serão visitados pela equipe de pesquisa.

Serão entrevistados todos os adolescentes com idade entre 15 e 18 anos completos, residentes nos domicílios sorteados, após obtido o consentimento por escrito dos pais ou de outra pessoa adulta responsável pelo adolescente. Depois de serem pesados e medidos, os adolescentes responderão a um questionário auto-aplicável, padronizado e pré-codificado, que conterà questões sobre: sexo, idade, escolaridade, escolaridade dos pais, trabalho remunerado do adolescente, hábito de fumar dos pais e consumo de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, solventes e cocaína) pelos adolescentes. As questões referentes ao uso de drogas serão baseadas naquelas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adaptadas para o Brasil por Carlini-Cotrinm e colaboradores. Será utilizada uma urna onde o próprio adolescente colocará o questionário após a sua conclusão, preservando-se, assim, a sua privacidade.

3.5 Variáveis

3.5.1 Desfecho

O uso de maconha, solventes e cocaína na vida e no último mês entre os adolescentes.

3.5.2 Variáveis Independentes

- 3.5.2.1. Sexo – Feminino ou Masculino
- 3.5.2.2. Idade – Será considerada em anos completos
- 3.5.2.3. Escolaridade – Serão avaliados os anos completos de escolaridade do adolescente
- 3.5.2.4. Nível socioeconômico – Será avaliados por meio dos índices da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)⁴ que avalia a classe social das famílias mediante informações sobre a escolaridade do chefe da família e posse de determinados “itens de consumo” tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel.
- 3.5.2.5. Trabalho – Será avaliado se o adolescente desenvolve algum tipo de atividade remunerada
- 3.5.2.6. Residência com a família – Será avaliado se o adolescente reside com pai e mãe
- 3.5.2.7. Uso de drogas lícitas na vida – Será considerado o uso de álcool no último mês, e de tabaco na vida e no último mês
- 3.5.2.8. Transtornos Psiquiátricos Menores – Será medido através do Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20)¹³, que investiga a presença ou não de transtornos psiquiátricos menores, como a depressão e a ansiedade

- 3.5.2.9. Nível de atividade física – Será avaliada por meio da prática de atividade física na escola, fora da escola e no tempo livre, além do tempo gasto na atividade em minutos e a frequência em vezes por semana.

3.6 Treinamento e Estudo Piloto

O treinamento será realizado durante uma semana e consistirá de apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos, de leitura e discussão do questionário e manual do entrevistador. Os entrevistadores serão orientados sobre como proceder na chegada às residências, sobre a importância de identificar-se, a forma de solicitar permissão ao adulto presente em casa no momento, para a realização da entrevista com o adolescente, e também, sobre o modo de abordagem do adolescente. Será aplicada técnica de dramatização, acompanhada pelos coordenadores da pesquisa.

O estudo piloto será realizado em um final de semana, em um setor censitário que não foi sorteado para inclusão na pesquisa.

3.7 Controle de Qualidade

Com a finalidade de garantir uma boa qualidade dos dados coletados, os questionários serão codificados logo após a entrevista e revisados à medida que forem entregues. Com a finalidade de checar a veracidade dos dados coletados, 10% das casas visitadas serão revisitadas pelos coordenadores do trabalho de campo, que checarão a existência de adolescente no domicílio e a realização da entrevista.

3.8 **Análise de Dados**

Será realizada dupla entrada dos dados dos questionários no programa EPI INFO. Além disso, será feita uma checagem automática dos dados no momento da digitação, com o uso do programa CHECK do EPI INFO, o que permitirá a identificação de inconsistência na digitação, caso haja alguma.

A análise univariada terá como objetivos:

- Obter frequências de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições;
- Escolher pontos de corte para as variáveis quantitativas e recodificá-las, se for o caso.

O teste Qui-quadrado será usado na análise bivariada, que terá como objetivo:

- Descrever a amostra segundo a prevalência, a frequência e os padrões de uso das drogas de acordo com as variáveis independentes e possíveis fatores de confusão listados na secção 3.5.2.

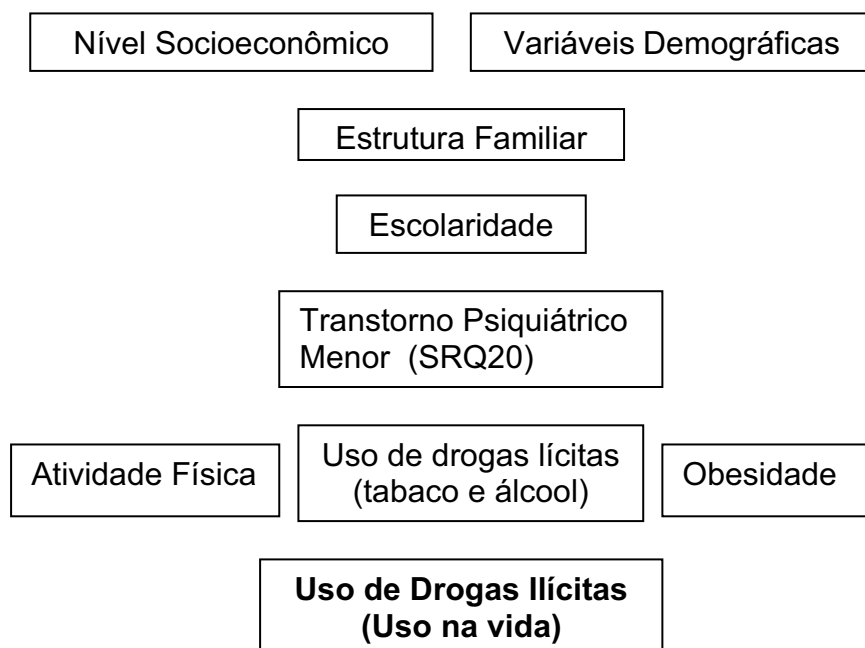
Na análise multivariada, utilizar-se-á a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância e controle para efeito do delineamento, uma vez que a amostra será sistemática.

3.9 **Modelo Hierárquico**

No modelo hierárquico, cada bloco de variáveis de um determinado nível será incluído, e as variáveis com um valor do $p \leq 0,20$ no teste de razões de

verossimilhança permanecerão no modelo. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidores da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadores da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permanecerão nos modelos subseqüentes e serão consideradas como fatores de risco para o uso de drogas mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, percam sua significância.

O modelo hierárquico utilizado foi o seguinte:



3.10 Pessoal Auxiliar

Professores orientadores, psicólogos, psiquiatra, epidemiologista, estudantes de pós-graduação, bolsistas (estudantes de Psicologia e Medicina).

4. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	03-06 / 2001	07-09 / 2001	10-11 / 2001	12/2001- 04/2002	05-09 / 2002	10/2002
Revisão Bibliográfica	x					
Redação do Questionário		X				
Estudo Piloto/ Treinamento			X			
Coleta de Dados				X	X	
Análise dos Resultados					X	
Elaboração do Artigo						X

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Rev. Saúde Pública 2002. 36(1) 40-46.
2. Bucher R. As Drogas e a Vida: Uma abordagem biopsicossocial. CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos. 1988 EPU.
3. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Napo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001 - CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 2002.
4. Contrin SP. Contato imediato com pesquisa e propaganda. [Direct contact with propaganda research]. 1988. São Paulo: Global.
5. Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. Rev. Saúde Pública 1998. 32(3): 246-254
6. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine – profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. Substance Use & Misuse 1999. 34 (11), 1527-1548.
7. Dunn J, Laranjeira, R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. Addiction 1999. 94 (6): 813-824.

8. Ferri CP, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among brazilian sample. *Addictive Behaviors* 1999. 24 (6): 815-821.
9. Forster LMK, Tannhauser M, Barros HMT. Drug use among street children in southern Brazil. *Drug and Alcohol Dependence* 1996. 43, 57-62.
10. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/ Escola Paulista de Medicina – EPM 1997.
11. Godoi AMM, Muza GM, Costa MP, Gama MLTG. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. *Rev. Saúde Pública* 1991. São Paulo, 25 (2): 150-156
12. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2001. 35(2). 159-164
13. Mari J de J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ – 20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986. 148:23 – 26
14. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil) – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev. Saúde Pública* 1997. 31(1): 21-29

15. Silva MTA, Barros RS, De Magalhães MP. Use of marijuana and other drugs by college students of São Paulo, Brazil. *The International Journal of the Addictions* 1994. 29 (8), 1045-1056.
16. Tavares BF, Béria JU, De Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev. Saúde Pública* 2001. 35(2):150-158.

**DROGAS ILÍCITAS – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO
EM ADOLESCENTES DE PELOTAS - RS**

LÚCIA LESSA HORTA

Lúcia Lessa Horta

Rua Anchieta, 4043

CEP: 96015-420

Pelotas - RS

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência e os fatores associados ao uso de maconha, solventes e cocaína, na vida e no último mês, em adolescentes da zona urbana da cidade de Pelotas – RS

Metodologia: Um estudo transversal de base populacional foi realizado entre os meses de maio e outubro de 2002. Foi selecionada uma amostra sistemática com 90 setores censitários, onde 86 residências foram visitadas e todos os adolescentes na faixa etária de 15 a 18 anos completos eram entrevistados. Eles respondiam a um questionário auto-aplicável e, após, colocavam-no em uma urna. Foi considerado usuário de drogas aquele adolescente que mencionava ter usado pelo menos uma vez qualquer uma das três drogas estudadas.

Resultados: Foram entrevistados 960 adolescentes e 79 foram perdidas. As prevalências de uso na vida e no mês, para o consumo de qualquer uma das três drogas estudadas, foram 14,3% e 8,6% respectivamente. A maconha foi a droga de maior prevalência, seguida dos solventes e da cocaína. Os principais fatores de risco foram: repetência escolar 1,89 (95% IC 1,23 – 2,91), uso de tabaco 7,68 (95% IC 3,73 - 15,81) e uso de álcool 2,03 (95% IC 1,31 – 3,16).

Conclusões: Este estudo demonstra a associação do uso de maconha, solventes e cocaína com o uso de álcool e tabaco. Além disso, a cocaína apresentou prevalências de uso na vida e no último mês muito similares o que indica o fato de que a maioria dos adolescentes que experimentam a droga, segue sendo usuária.

Palavras chave: Adolescentes; Drogas; Fatores associados; Prevalência.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence and the factors associated to the use of marijuana, solvents and cocaine, during lifetime and the last month, among adolescents living in the urban area of a southern Brazilian city.

Methods: A cross-sectional study was conducted between May and October, 2002. A systematic sample of 90 census tract was draw and 86 households in each census tract were visited, all adolescents aged between 15 and 18 years old were interviewed. They answered to a self-respondent questionnaire, and laid their questionnaire in a bullet-box. The adolescent who stated to have used any of the three drugs, at least once in life, was considered as a user.

Results: 960 adolescents answered to the questionnaire, 79 were lost. The prevalence of lifetime and the last month use of any drug were, respectively, 14,3% and 8,6%. The highest prevalence of use was of marijuana, followed by solvents and, in third place, cocaine. The main risk factors for drug use in lifewere grade retention 1.89 (95% Confidence Interval – CI - 1,23 – 2,91), smoking 7,68 (95% CI 3,73 – 15,81) and alcohol use 2,03 (95% CI 1,31 – 3,16).

Conclusions: This study shows the association of the marijuana, solvents and cocaine to smoking and drinking. Besides this, the prevalence of cocaine use during last life and during last month were similar, indicating that the majority of the adolescents that try this drug, go on using it.

Keywords: Adolescents; Drug; Associated Factors; Prevalence

INTRODUÇÃO

O uso de drogas tem gerado grande preocupação em decorrência dos riscos associados à saúde, como a prostituição e a maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis, além do alto índice de envolvimento em crimes e porte de armas^{6,8}. A adolescência é a fase da vida na qual o indivíduo está mais vulnerável ao consumo de drogas².

Estudos realizados no Brasil mostram que álcool e tabaco são as duas drogas mais consumidas^{3,10,14,16}. Por outro lado, existe uma certa controvérsia no que diz respeito a qual é a terceira droga mais consumida. Alguns estudos relataram que a maconha^{1,3,16} era a terceira droga mais usada, enquanto que outros autores observaram que os solventes ocupavam tal posição^{3,10,14}. A maior parte dos estudos sobre o uso de drogas em adolescentes foi feita em populações de escolares, podendo, com isso, ter subestimado a real prevalência deste comportamento na população, visto que os adolescentes que não estão na escola geralmente apresentam uma maior prevalência de comportamentos aditivos^{9,12}. Por exemplo, Horta e colaboradores (2001) relataram que a prevalência de tabagismo era 7,35 vezes maior naqueles adolescentes que não estavam estudando¹².

Além disso, no Brasil, o IV Levantamento realizado em 1997 pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) entre escolares mostra um aumento da tendência para “uso na vida”, de maconha, cocaína e tabaco, na maioria das capitais. Os solventes foram as drogas que tiveram maior “uso na vida” nos quatro levantamentos realizados¹⁰. O I Levantamento domiciliar, também realizado pelo CEBRID, mostra que 19,4%

dos entrevistados no país já fizeram uso de drogas na vida (exceto tabaco e álcool). Na região Sul, a porcentagem de uso na vida foi de 17,1%³. Outros estudos avaliam a prevalência do uso de drogas entre adolescentes escolares e mostram taxas de consumo de drogas nesta população, variando em torno de 19,9% para maconha e 3,2% para cocaína, quando analisado o uso na vida, e 4,0% para maconha e 0,3% para cocaína, quando analisado o uso freqüente^{1,14,16}.

Alguns estudos mostram também que, entre os fatores de risco relacionados ao uso de drogas, está a idade, turno de estudo, classe social, sexo, o fato de não residir com os próprios pais, além da existência de familiares e/ou amigos usuários de drogas^{1,9,16}.

O presente estudo tem por objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de maconha, solventes e cocaína, na vida e no último mês, entre os adolescentes residentes na área urbana da cidade de Pelotas – RS.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo transversal, de base populacional, realizado entre os meses de maio e outubro de 2002, na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Inicialmente, sorteou-se aleatoriamente uma amostra de 90 setores censitários. Em cada setor, era sorteada uma esquina para ser o ponto inicial, a partir do qual 86 residências eram visitadas de forma sistemática e todos os adolescentes com idade entre 15 e 18 anos completos eram entrevistados, após obtenção do consentimento por escrito do pai ou responsável pelo adolescente. Se necessário, eram incluídas casas de outros quarteirões, escolhidas de forma padronizada, a fim de complementar o número de 86 residências. No total, 7 740 domicílios foram visitados pela equipe de pesquisa.

Inicialmente, o adolescente era medido e pesado e, a seguir, respondia individualmente a um questionário auto-aplicável. Ao término da entrevista, o questionário era dobrado e colocado em uma urna lacrada, garantindo-se, assim, o sigilo.

Avaliou-se o uso de maconha, solventes e cocaína, na vida e no último mês. Mesmo que o adolescente tenha usado uma destas drogas apenas uma única vez, ele foi considerado como tendo usado. O questionário abordava outros comportamentos em saúde dos adolescentes, como, por exemplo: tabagismo, atividade física, uso de bebidas alcoólicas, trabalho remunerado, escolaridade, frequência à escola, repetência, etc. O nível socioeconômico foi avaliado pelos índices da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)⁴, que avalia a classe social das famílias mediante informações

sobre a escolaridade do chefe da família e posse de determinados “itens de consumo”, tais como televisor, geladeira, rádio e automóvel.

A existência de transtornos psiquiátricos menores foi medido por meio do Psychiatric Screening Questionnaire – SRQ 20¹³, que investiga a presença ou não de transtornos psiquiátricos menores, como a depressão e ansiedade. Sete ou mais respostas positivas ou seis respostas positivas foram usadas como ponto de corte para homens e mulheres, respectivamente.

O tamanho da amostra desta pesquisa foi calculado para um estudo mais amplo sobre comportamentos em saúde dos adolescentes. Em função dos seus múltiplos objetivos, o tamanho de amostra calculado foi de 1000 adolescentes. Com este tamanho, foi possível avaliar um desfecho com uma prevalência de 15%, com uma margem de erro de 3,5 pontos percentuais e um nível de confiança de 95%, uma vez que, seriam necessários 800 adolescentes.

Para as comparações entre proporções, utilizou-se o teste do Qui-quadrado com correção de Yates para tabelas 2X2. Na análise multivariada, utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância e controle para efeito do delineamento, uma vez que a amostra foi sistemática.

Na regressão de Poisson, os dados foram analisados conforme o modelo hierárquico (figura 1): no primeiro nível entraram as variáveis demográficas e socioeconômicas; no segundo, as variáveis relacionadas à estrutura familiar. No terceiro nível, entraram as variáveis de escolaridade do adolescente; no quarto, a existência de transtorno psiquiátrico menor e,

finalmente, no quinto bloco, as variáveis de comportamentos em saúde dos adolescentes (uso de álcool e tabaco, atividade física, obesidade,...)

No modelo hierarquizado, cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído, e as variáveis com um valor do $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança permaneciam no modelo. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidores da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadores da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneceram nos modelos subseqüentes e foram consideradas como fatores de risco para o uso de drogas mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, tivessem perdido sua significância.

RESULTADOS

Foram entrevistados, no total, 960 adolescentes, que constituíram uma amostra representativa dos adolescentes residentes na área urbana da cidade de Pelotas. Em 79 adolescentes, não foi possível aplicar o questionário em função de recusa dos pais em autorizarem, dos próprios adolescentes em responderem o questionário, ou por não terem sido encontrados em casa após três revisitas, resultando em 7,6% de perdas.

Entre as drogas ilícitas estudadas, a maconha foi a que apresentou maior prevalência de uso na vida (12,3%), seguida dos solventes (5,2%) e, por último, da cocaína (3,5%). A prevalência de uso de alguma destas drogas na vida foi de 14,3%. Por outro lado, 8,6% usaram, no último mês, alguma das drogas ilícitas estudadas. As prevalências para cada droga na categoria de “uso no mês” foram as seguintes: maconha (6,6%), solventes (2,4%) e cocaína (3,3%) (Figura 2).

O uso de drogas na vida não esteve associado com o sexo do adolescente, enquanto, considerando-se o último mês, os meninos fizeram maior uso de drogas ($p=0,01$). No tocante à faixa etária, os adolescentes com 17 anos foram os que mais relataram uso de drogas no último mês ($p<0,05$). Não morar com o pai ou com a mãe esteve associado com um maior uso de drogas na vida. A classe social não mostrou associação com o uso de drogas na vida ou no último mês. Por outro lado, aqueles adolescentes cujas mães possuíam entre 5 e 8 anos de escolaridade apresentaram a menor prevalência de uso de drogas na vida. (Tabela 1)

Os adolescentes com baixo nível de escolaridade, que já haviam repetido de ano ou que não estavam freqüentando a escola, apresentaram maior prevalência de uso de drogas tanto na vida quanto no último mês (Tabela 2).

O uso de drogas foi maior naqueles adolescentes que relataram o uso de bebidas alcoólicas ou de cigarros ($p < 0,05$). Por outro lado, obesidade e sedentarismo não estiveram associados com o uso de drogas, enquanto que a freqüência regular ao culto ou missa estiveram associados com uma menor prevalência do uso de drogas. (Tabela 3)

A Figura 3 mostra os resultados da análise multivariada para uso de drogas na vida. Mesmo após ajuste para idade do adolescente e escolaridade materna, os adolescentes que não moravam com o pai apresentaram uma prevalência de uso de drogas 1,52 vez maior (95% intervalo de confiança: 1,07 a 2,14), enquanto que o efeito de morar com a mãe não foi reduzido e a variável não foi incluída no modelo. O pai ser ou ter sido fumante aumenta em 1,57 vez (95% IC 1,00 a 2,48) o risco de o adolescente fazer uso de drogas na vida. Após ajuste para as variáveis dos níveis hierárquicos superiores, o nível de escolaridade e o fato de estar estudando não mostraram mais associação com o uso de drogas na vida. Os adolescentes que apresentaram resultado positivo para transtornos psiquiátricos menores apresentaram risco 1,48 vez (95% IC 1,02 a 2,15) maior para uso de drogas na vida. A prevalência de uso de drogas na vida foi 7,68 vezes (95% intervalo de confiança: 3,73 a 15,81) maior entre os adolescentes que relataram já ter fumado pelo menos uma vez na vida. O uso de bebidas alcoólicas e a não-freqüência a missa ou ao culto mantiveram associação com um maior risco de uso de drogas.

Após ajuste para fatores de confusão, apenas a escolaridade do adolescente, o uso de cigarro no último mês e a obesidade permaneceram associadas ao uso de drogas no último mês. Os adolescentes com até 4 anos de escolaridade mostraram uma prevalência 2,37 vezes (95% IC 1,14 a 4,94) maior quando comparados com aqueles que possuem segundo grau ou mais. Para aqueles que fumaram no último mês, a prevalência foi 2,60 vezes (95% IC 1,70 a 3,97) maior do que para os que não fumaram. Os adolescentes obesos apresentaram uma razão de prevalência 2,07 vezes (95% IC 1,00 à 4,30) maior de uso de drogas no último mês do que aqueles que estavam dentro da faixa de peso considerada normal (Figura 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo atingiu uma amostra representativa dos adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas. A taxa de resposta de aproximadamente 92,4% minimiza a possibilidade de ocorrência de viés de seleção. Por outro lado, mesmo com a garantia do sigilo do estudo, alguns adolescentes podem não ter revelado o uso de drogas em função de ser esta uma prática ilegal, por autocensura, desconfiança, sentimento de culpa ou outros motivos, ocasionando, com isso, um viés de informação.

A prevalência de uso na vida, de uma ou mais das drogas ilícitas estudadas, foi de 14,3% entre os adolescentes de Pelotas. Esta prevalência foi menor do que a encontrada no primeiro levantamento domiciliar realizado pelo CEBRID³ que, na região Sul, encontrou prevalência de uso de drogas em geral, na vida, de 17,1% e de 19,4% no país. Esta diferença pode ser decorrente do fato de que, no levantamento do CEBRID, foram entrevistadas pessoas com idade entre 12 e 65 anos.

Além disso, as prevalências de uso de drogas em geral, encontradas pelo CEBRID, dizem respeito a drogas lícitas e ilícitas, com exceção do tabaco e álcool. Porém, as três drogas ilícitas de maior prevalência de uso foram as mesmas estudadas por nós, sendo que as demais apresentaram prevalências inferiores a 1%. Por outro lado, quando analisamos os resultados de CEBRID para estas drogas separadamente, as prevalências encontradas são inferiores às do nosso estudo, com exceção da cocaína que, na região Sul, é praticamente a mesma.

Em relação à escolaridade do adolescente, há uma tendência, já mostrada em estudos anteriores, de aqueles adolescentes que não estão freqüentando a escola ou que já repetiram o ano fazerem maior uso de drogas do que aqueles que nunca rodaram ou estão na escola. Porém, por se tratar de um estudo transversal, não é possível afirmar a relação causal desta tendência, ou seja, não podemos afirmar se, em função do uso de drogas, o adolescente tem o seu desempenho escolar afetado, ou se, ao contrário, o baixo rendimento escolar leva ao uso de drogas e à evasão escolar.

O sexo do adolescente não aparece associado ao uso de drogas na vida; porém, quando se considerou o “uso no mês”, aparece uma tendência dos meninos a fazerem maior uso de drogas do que as meninas, sugerindo que talvez os meninos tenham uma maior tendência ao uso continuado de drogas ilícitas. Alguns estudos ^{10,14,16} mostram uma tendência de aumento do consumo de drogas pelas meninas, sendo que estas fazem, geralmente, maior uso de ansiolíticos e anfetaminas. Como se optou por estudar apenas drogas de uso exclusivamente ilícito, não possuímos dados para analisar essa tendência.

Entre as três drogas estudadas, a cocaína é a que gera maior preocupação, uma vez que houve uma diferença muito pequena da prevalência de uso no mês (3,3%) em relação ao uso na vida (3,5).

Outro fator que merece atenção especial é a associação entre uso de bebidas alcoólicas e de tabaco, e uso de drogas ilícitas, que tem sido observada em outros estudos (2,6,7,10,16). Estes resultados mostram uma forte associação entre os comportamentos aditivos de uma forma geral, o que

indica a necessidade de campanhas preventivas direcionadas aos comportamentos aditivos dos adolescentes, para que sejam mais eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev. Saúde Pública* 2002. 36(1) 40-46.
2. Bucher R. As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos. EPU 1988.
3. Carlini EA, Galduróz JCF, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 2002.
4. Contrin SP. Contato imediato com pesquisa e propaganda. [Direct contact with propaganda research].. São Paulo: Global 1988.
5. Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev. Saúde Pública* 1998. 32(3): 246-254
6. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine – profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Substance Use & Misuse* 1999. 34 (11), 1527-1548.
7. Dunn J, Laranjeira, R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999. 94 (6): 813-824.
8. Ferri CP, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among Brazilian sample. *Addictive Behaviors* 1999. 24 (6): 815-821.

9. Forster LMK, Tannhauser M, Barros HMT. Drug Use among street children in southern Brazil. *Drug and Alcohol Dependence* 1996. 43, 57-62.
10. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Graus em 10 capitais brasileiras – 1997. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/ Escola Paulista de Medicina – EPM 1997.
11. Godoi AMM, Muza GM, Costa MP, Gama MLTG. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. *Rev. Saúde Pública* 1991. São Paulo, 25 (2): 150-156
12. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2001. 35(2). 159-164
13. Mari J de J, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ – 20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986. 148:23 – 26
14. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil) – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev. Saúde Pública* 1997. 31(1): 21-29
15. Silva MTA, Barros RS, De Magalhães MP. Use of marijuana and other drugs by college students of São Paulo, Brazil. *The International Journal of the Addictions* 1994. 29 (8), 1045-1056.

16. Tavares BF, Béria JU, De Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Rev. Saúde Pública 2001. 35(2):150-158.

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalência de uso de drogas (maconha, solventes e cocaína) na vida e no último mês conforme os fatores sociodemográficos

VARIÁVEIS	USO DE DROGAS ILÍCITAS		N
	Vida (%)	Mês (%)	
Sexo			
Masculino	14,6	11,0	463
Feminino	13,9	6,4	497
	p= 0,83	p= 0,01	
Idade			
15	11,6	6,2	227
16	12,0	5,9	271
17	15,6	14,0	221
18	18,2	9,1	241
	p=0,12	p<0,05	
ESCOLARIDADE (anos completos)			
0 a 4	28,6	19,2	52
5 a 8	14,0	11,4	351
9 ou mais	13,1	5,9	557
	p= 0,01	p< 0,05	
RESIDE COM O PAI			
Sim	11,5	8,0	616
Não	19,3	9,9	344
	p< 0,05	p=0,36	
RESIDE COM A MÃE			
Sim	13,0	8,0	805
Não	20,9	12,3	155
	p=0,01	p=0,11	
CLASSE SOCIAL			
A ou B	16,1	7,2	346
C	12,6	9,3	366
D ou E	14,1	9,7	248
	p=0,42	p=0,49	

Tabela 2 –Prevalência de uso de drogas (maconha, solventes e cocaína) na vida e no último mês de acordo com a escolaridade do adolescente

	USO DE DROGAS ILÍCITAS	
	Vida (%)	Mês (%)
Escolaridade (Anos completos)		
0 – 4	28,6	19,2
5 – 8	14,0	11,4
9 ou mais	13,1	5,9
	p = 0,01	p < 0,05
Freqüentou a Escola (Último Ano)		
Sim	12,7	7,6
Não	21,2	13,2
	p = 0,02	p= 0,05
Rodou (Alguma vez)		
Sim	17,3	11,0
Não	9,3	4,9
	p= 0,01	p < 0,05

Tabela 3 – Prevalência de uso de drogas (maconha, solventes e cocaína) na vida e no último mês de acordo com os comportamentos em Saúde

	USO DE DROGAS ILÍCITAS	
	Vida (%)	Mês (%)
Obesidade		
0	14,1	8,4
1	14,8	8,1
2	13,5	13,5
	p = 0,97	p = 0,54
Frequência à Missa		
Semanalmente	4,7	5,9
Esporadicamente	10,3	5,8
Nunca Vai	19,4	11,1
	p < 0,05	p = 0,01
Fumo (na vida)		
Sim	29,6	14,7
Não	2,6	3,5
	p < 0,05	p < 0,05
Fumo (no mês)		
Sim	44,5	22,3
Não	19,5	10
	p < 0,05	p < 0,05
Alcool (no mês)		
Sim	25,1	13,4
Não	6,3	5,0
	p < 0,05	p < 0,05
Sedentarismo		
Sim	16,9	8,6
Não	12,6	8,7
	p = 0,06	p = 0,93

Figura 1: Modelo hierárquico utilizado para a análise dos dados

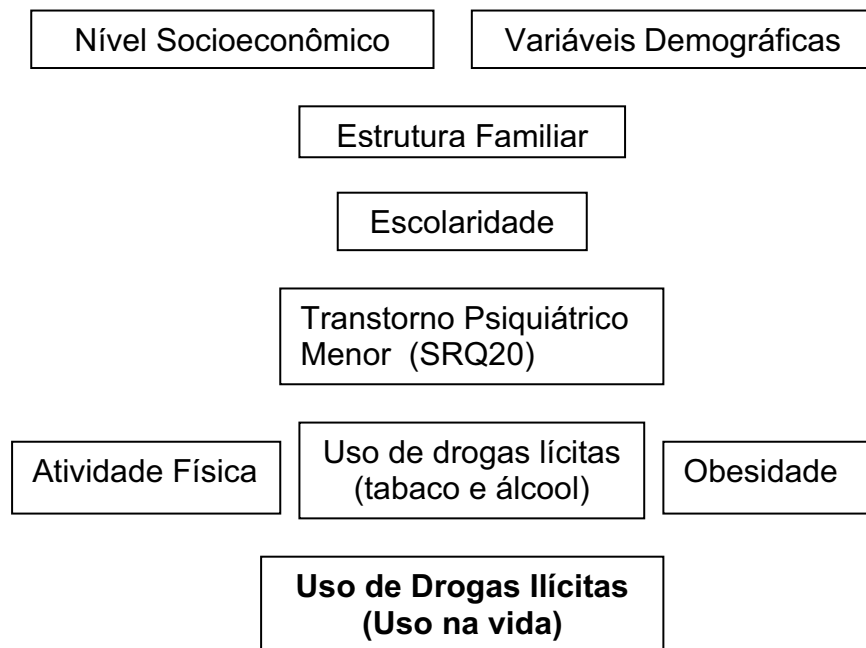
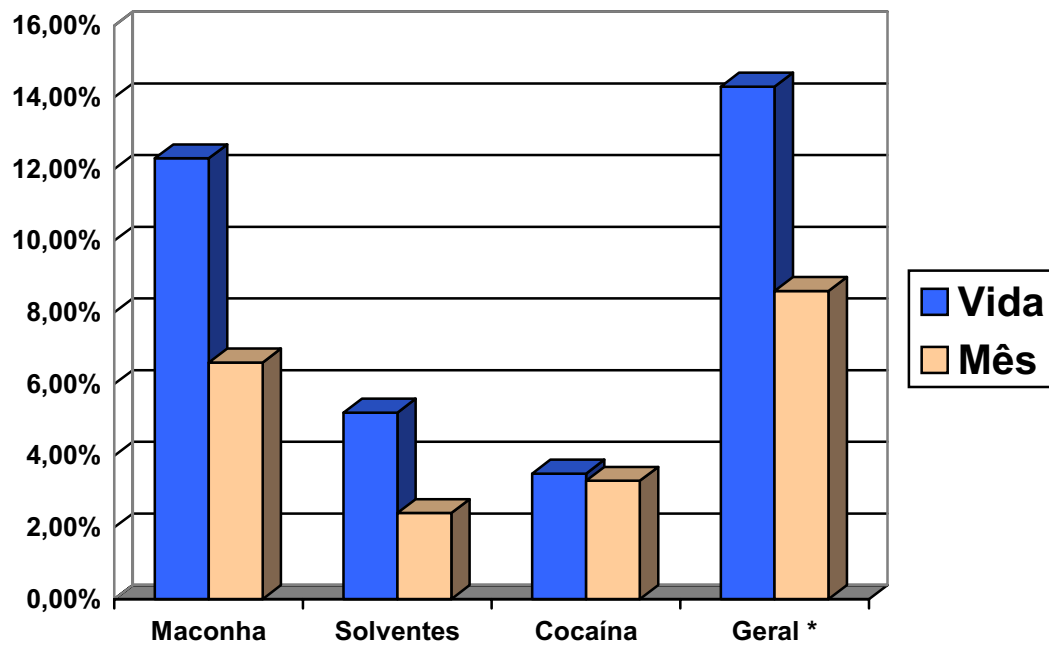


Figura 2 – Prevalência de uso droga ilícitas (Maconha, Solventes e Cocaína) na vida e no mês e de uso das drogas em geral



* Uso de drogas em geral corresponde à soma das prevalências de uso das três drogas estudadas.

Figura 3 – Modelo hierárquico final para uso de drogas ilícitas (maconha, solventes e cocaína) na vida

<p>Idade (anos)</p> <p>15 – Referência</p> <p>16 – 1,07 (0,61 – 1,85)</p> <p>17 - 1,36 (0,81 – 2,28)</p> <p>18 – 1,59 (0,97 – 2,60)</p>	<p>Escolaridade da Mãe (anos completos)</p> <p>0 a 4 – 0,93 (0,61 – 1,41)</p> <p>5 a 8 – 0,60 (0,43 – 0,84)</p> <p>09 ou mais – Referência</p>	
<p>Morar com o pai</p> <p>Sim – Referência</p> <p>Não – 1,52 (1,07 – 2,14)</p>	<p>Morar com a mãe</p> <p>Sim – Referência</p> <p>Não – 1,29 (0,89 – 1,86)</p>	<p>Pai fumar</p> <p>Sim – 1,57 (1,00-2,48)</p> <p>Não - Referência</p>
<p>Escolaridade do Adolesc. (anos completos)</p> <p>0 a 4 - 1,75 (0,99–3,11)</p> <p>5 a 8 – 0,99 (0,64–1,55)</p> <p>09 ou mais - Referência</p>	<p>Freqüentou Escola</p> <p>Sim – Referência</p> <p>Não – 1,39 (0,87–2,23)</p>	<p>Rodou</p> <p>Sim – 1,89 (1,23-2,91)</p> <p>Não - Referência</p>
<p>Transtorno Psiquiátrico Menor (SRQ20)</p> <p>Positivo - 1,48 (1,02 – 2,15)</p> <p>Negativo - Referência</p>		
<p>Bebeu Álcool (mês)</p> <p>Sim– 2,03 (1,31–3,16)</p> <p>Não - Referência</p>	<p>Fumou (vida)</p> <p>Sim– 7,68 (3,73–15,81)</p> <p>Não - Referência</p>	<p>Freqüência à missa</p> <p>Semanal – Referência</p> <p>Esporádica – 1,53 (0,74-3,16)</p> <p>Nunca – 2,58 (1,35 – 3,16)</p>

Figura 4 - Modelo hierárquico final para uso de drogas ilícitas (maconha, solventes e cocaína) no último mês

<p>Idade (anos)</p> <p>15 – Referência</p> <p>16 – 0,95 (0,57 – 1,58)</p> <p>17 - 1,04 (1,01 – 1,08)</p> <p>18 – 1,47 (0,81 – 2,66)</p>	<p>Sexo</p> <p>Feminino – Referência</p> <p>Masculino – 1,71 (0,98 – 2,96)</p>	
<p>Morar com a mãe</p> <p>Sim – Referência</p> <p>Não – 1,38 (0,87 – 2,20)</p>		
<p>Escolaridade do Adolesc. (anos completos)</p> <p>09 ou mais - Referência</p> <p>5 a 8 – 1,54 (0,97–2,46)</p> <p>0 a 4 – 2,37 (1,14 - 4,94)</p>	<p>Freqüentou Escola</p> <p>Sim – Referência</p> <p>Não – 1,39 (0,82– 2,35)</p>	<p>Rodou</p> <p>Sim – 1,66 (0,98-2,81)</p> <p>Não - Referência</p>
<p>Bebeu Álcool (mês)</p> <p>Sim – 1,75 (0,94 – 3,26)</p> <p>Não - Referência</p>	<p>Fumou (mês)</p> <p>Sim – 2,60 (1,70 – 3,97)</p> <p>Não - Referência</p>	<p>Obesidade</p> <p>Sim – 2,07 (1,00 – 4,30)</p> <p>Não - Referência</p>

ANEXOS