UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ROBERTA APARECIDA BONELA AMORIM

**Uso de substâncias psicotrópicas e fatores associados: comparação
entre duas coortes de nascimento em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**

RIBEIRÃO PRETO

2020

ROBERTA APARECIDA BONELA AMORIM

**Uso de substâncias psicotrópicas e fatores associados: comparação
entre duas coortes de nascimento em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**

Dissertação apresentada para Defesa de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de Concentração: Investigação em Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Cunha Cardoso

Versão original

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bonela-Amorim, Roberta Aparecida

Uso de substâncias psicotrópicas e fatores associados: comparação entre duas coortes de nascimento em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Ribeirão Preto, 2020.

128p. : il. ; 30 cm

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Cardoso, Viviane Cunha

1. Psicotrópicos. Drogas psicotrópicas. Medicamentos sem receita médica. Álcool. Tabagismo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: BONELA-AMORIM, Roberta Aparecida

Título: Uso de substâncias psicotrópicas e fatores associados: comparação entre duas coortes de nascimento em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, princípio e fonte da vida.

À minha **família**, responsável pela minha trajetória.

À **Dra. Viviane Cardoso**, minha orientadora, que não mediu esforços para permitir que tudo isso fosse possível.

À **Dra. Livia Rodrigues**, por todo auxílio prestado durante cada etapa de execução do projeto.

Aos **Drs. Heloísa Bettiol e Marco Antônio Barbieri**, idealizadores e responsáveis pelas coortes.

Ao **Dr. Fábio Carmona**, pelas reflexões que promove sabiamente e toda contribuição a este trabalho.

À Secretária de Pós-Graduação **Vera Hamaoka**, por toda paciência e dedicação.

A todos os **funcionários, docentes e colaboradores** do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina, pela excelência no trabalho e pela oportunidade que me proporcionaram.

Aos **colegas** que compartilharam experiências durante os anos de estudo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (**CAPES**) – Código de Financiamento 001.

[...] Fiz o que tinha de fazer
E fui até o fim, sem exceção
Planejei cada curso projetado
Cada passo cuidadoso do percurso
Oh, e mais, muito mais que isso
Eu fiz do meu jeito.

[...]

Eu amei, eu ri e chorei
Tive minhas falhas, minha parte de derrotas
E agora as lágrimas cessaram
E acho tudo tão incrível
Pensar que fiz tudo isso
E talvez eu diga, não de uma maneira tímida
Oh, não, eu não
Eu fiz do meu jeito."

(ELVIS PRESLEY, 1973)

RESUMO

BONELA-AMORIM, Roberta Aparecida. **Uso de substâncias psicotrópicas e fatores associados: comparação entre duas coortes de nascimento em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** 2020. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

O objetivo do presente trabalho foi estimar a prevalência e identificar os fatores associados ao uso de drogas psicotrópicas entre indivíduos com faixas etárias diferentes, nos anos de 2016 a 2017. Este é um subprojeto desenvolvido dentro do estudo “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental. Uma contribuição das coortes de nascimento brasileiras para o SUS”. Foram incluídos os participantes da quinta fase de seguimento da Coorte de 1978/1979 de Ribeirão Preto (n=1672) e os participantes da terceira fase de seguimento da Coorte de 1994, de Ribeirão Preto (n=1022), com idade entre 37-39 anos e 22-24 anos, respectivamente. A coleta e digitação dos dados foi realizada por meio de um questionário geral e outro confidencial, auto-aplicado, utilizando-se o aplicativo Research Electronic Data Capture (RedCap). A descrição das variáveis de interesse do estudo e a comparação do uso de substâncias psicotrópicas nas duas amostras foi realizada a partir da determinação de medidas de tendência central (proporção) e de dispersão (intervalo de confiança de 95% da proporção) e foi realizada a análise bivariada (teste de qui-quadrado de Pearson), com nível de significância de 5%. A identificação das variáveis associadas ao desfecho (uso sim ou não de drogas psicotrópicas) foi determinada a partir do método de regressão logística. Foi utilizado o pacote estatístico Stata, versão 14.0. Verificou-se que as maiores prevalências de uso na vida foram de álcool (79,4% dos mais velhos e 84,2% dos mais jovens) e tabaco (35,4 % dos mais velhos e 36,2% dos mais jovens), nas duas faixas etárias analisadas. Indivíduos mais velhos consumiram mais cocaína ou crack, em comparação aos mais jovens, enquanto o maior consumo de bebidas alcoólicas, maconha, anfetaminas, inalantes e alucinógenos se deu entre os mais jovens. Não houve diferença significativa nas prevalências de uso na vida para as demais substâncias. Os fatores de risco para o uso não prescrito na vida de drogas psicotrópicas foram: não ter companheiro (a) e ser o próprio jovem o chefe da família (álcool), não ter companheiro (a) e ter problemas ligados ao álcool (tabaco), ter problemas ligados ao álcool (outras drogas), entre os mais velhos; ter ensino médio e não ter religião (álcool), ter problemas ligados ao álcool (tabaco) e não ter religião e ter problemas ligados ao álcool (outras drogas), entre os mais jovens. Os fatores de proteção foram: ser do sexo feminino (álcool e outras drogas), entre os mais velhos; não estar trabalhando e pertencer à classe socioeconômica C (álcool), ser do sexo feminino (tabaco) e ser do sexo feminino, ter ensino médio/técnico/profissionalizante/superior, ser de cor parda/moreno/mulato (outras drogas) entre os mais jovens. Os achados comprovam a hipótese de que há diferenças do uso na vida de substâncias psicotrópicas e nos fatores associados, conforme a faixa etária e o tipo de substância, sendo que para a maior parte delas as prevalências de uso na vida foram maiores entre os mais jovens, podendo fornecer subsídios para pesquisas futuras e elaboração de políticas públicas sobre o tema.

Palavras-chave: Drogas psicotrópicas. Medicamentos sem receita médica. Álcool. Tabagismo.

ABSTRACT

BONELA-AMORIM, Roberta Aparecida. **Use of psychotropic substances and associated factors: comparison between two birth cohorts in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.** 2020. 128f. Dissertation (Master's Degree in Child and Adolescent Health) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

The objective of this study was to estimate the prevalence and identify the factors associated with the use of psychotropic drugs among individuals of different age groups in the years 2016 to 2017. This is a subproject developed within the study "Determinants throughout the life cycle of obesity, precursors of chronic diseases, human capital and mental health. A contribution of Brazilian birth cohorts to SUS". Participants of the fifth phase of the 1978/1979 cohort of Ribeirão Preto (n=1672) and participants of the third phase of the 1994 cohort of Ribeirão Preto (n=1022), aged 37-39 and 22-24 years, respectively, were included. Data collection and typing was performed by means of a general questionnaire and a self-applied confidential questionnaire using the Research Electronic Data Capture (RedCap) application. The description of the variables of interest of the study and the comparison of the use of psychotropic substances in the two samples was performed from the determination of measures of central tendency (proportion) and dispersion (confidence interval of 95% of the proportion) and a bivariate analysis (Pearson's chi-square test) with a significance level of 5% was performed. The identification of variables associated with the outcome (yes or no use of psychotropic drugs) was determined from the logistic regression method. The statistical package Stata, version 14.0 was used. The highest prevalence of lifetime use was found in alcohol (79.4% of the oldest and 84.2% of the youngest) and tobacco (35.4% of the oldest and 36.2% of the youngest) in the two age groups analysed. The risk factors for the non-prescribed use in life of psychotropic drugs were: not having a partner (a) and being the young person himself the head of the family (alcohol), not having a partner (a) and having problems related to alcohol (tobacco), having problems related to alcohol (other drugs), among the youngest; having high school and not having religion (alcohol), having problems related to alcohol (tobacco) and not having religion and having problems related to alcohol (other drugs), among the youngest. The protective factors were: being female (alcohol and other drugs), among the older ones; not being working and belonging to the socio-economical class C (alcohol), being female (tobacco) and being female, having a high school/technical/professional/ higher education, being brown/mulatto (other drugs) among the younger ones. The findings prove the hypothesis that there are differences in the use of psychotropic substances in life and in the associated factors, according to age group and type of substance, and for most of them the predictions of use in life were greater among the youngest, being able to provide subsidies for future research and preparation of public policies on the subject.

Keywords: Psychotropic drugs. Nonprescription Drugs. Alcohols. Cigarette smoking.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Esquema de uma sinapse.....	20
Figura 2.	Neurônio dopaminérgico da via mesolímbica, que parte da área tegumentar ventral (lado esquerdo da figura) e inerva o núcleo <i>accumbens</i> (lado direito da figura).....	23
Figura 3.	Representação de um corte sagital médio do encéfalo humano com a marcação dos principais sistemas de recompensa cerebral.....	24
Figura 4.	Participantes do estudo.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Prevalência do uso de drogas psicoativas no ano de 2016, na população com idade entre 15-64 anos, nos países em ordem decrescente conforme o ranking de 2018 de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Elaboração própria. Fonte: Relatório Mundial Sobre Drogas - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).....	45
-------------------	--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Prevalência do uso de drogas psicoativas no ano de 2016, na população com idade entre 15-64 anos, nos países em ordem decrescente conforme o ranking de 2018 de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Elaboração própria. Fonte: Relatório Mundial Sobre Drogas - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).....	44
Tabela 2.	Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês de qualquer droga (exceto Tabaco e Álcool) nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes.....	46
Tabela 3.	Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês das drogas mais usadas nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes.....	46
Tabela 4.	Comparação das características gerais das amostras analisadas nas duas coortes (1978/79 e 1994), em Ribeirão Preto.....	70
Tabela 5.	Prevalência (em porcentagem) do <i>uso na vida</i> de drogas psicotrópicas nas amostras analisadas nas duas coortes (1978/79 e 1994) em Ribeirão Preto.....	72
Tabela 6.	Risco de uso de qualquer droga psicotrópica associado a características dos sujeitos. Ribeirão Preto, 2016 – 2017.....	73
Tabela 7.	Risco de uso na vida de álcool, de tabaco e de outras drogas associado a características dos sujeitos. Ribeirão Preto, 2016 – 2017.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Classificação das drogas psicotrópicas.....	26
Quadro 2.	Diagnóstico da Realidade sobre Consumo de Drogas.....	37
Quadro 3.	Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV) para Transtornos do uso de Substâncias.....	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	0
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	3
2.1 Mecanismo cerebrais e efeitos biológicos comuns às drogas psicotrópicas	4
2.2 Teoria do reforço	6
2.2.1 Sistema de recompensa cerebral.....	7
2.3 Classificação das drogas psicotrópicas	11
2.3.1 Drogas depressoras.....	12
2.3.1.1 Álcool.....	12
2.3.1.2 Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.....	13
2.3.1.3 Solventes e Inalantes.....	13
2.3.1.4 Opiáceos e Opióides.....	14
2.3.2 Drogas estimulantes	15
2.3.2.1 Cocaína	15
2.3.2.2 Anfetaminas	16
2.3.2.3 Nicotina.....	17
2.3.3 Drogas perturbadoras	17
2.3.3.1 Indólicos.....	18
2.3.3.2 Feniletilaminas	19
2.3.3.3 Anticolinérgicos.....	19
2.3.3.4 Anestésicos dissociativos.....	20
2.3.3.5 Canabinóides	20
2.4 Epidemiologia do consumo de substâncias psicotrópicas no Brasil e no mundo	21
3. JUSTIFICATIVA	38
4. OBJETIVOS	40
4.1 Geral	41
4.2 Específicos.....	41
5. MÉTODOS.....	42
5.1 Breve histórico sobre as coortes de 1978 e 1994 de Ribeirão Preto	43

5.1.2 Coorte de Nascimentos de 1978/79 de Ribeirão Preto.....	43
5.1.3 Coorte de Nascimentos de 1994 de Ribeirão Preto.....	44
5.2 Amostra.....	44
5.3 Local do estudo	45
5.4 Recrutamento e Coleta dos Dados.....	45
5.5 Instrumentos Utilizados	47
5.6 Variáveis	47
5.6.2 Variável dependente	47
5.6.3 Variáveis independentes.....	48
5.7 Organização do banco de dados.....	51
5.8 Análise estatística	51
5.9 Aspectos éticos	52
6. RESULTADOS	53
7. DISCUSSÃO	63
8.CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	91
ANEXO A – ASSIST (OMS)	92
ANEXO B – IPAQ (VERSÃO CURTA).....	94
ANEXO C – AUDIT	96
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	97
ANEXO E – SRQ-20	102
ANEXO F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Coorte de 1978/79	104
ANEXO G – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Coorte de 1994	106
ANEXO H – ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO	108
ANEXO I – ESCALA DE NOVE SILHUETAS DE STUNKARD et al.	112

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

O termo “droga” é definido pela medicina como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos (CARLINI, GALDURÓZ, 2006). Drogas psicoativas ou psicotrópicas são aquelas que alteram o estado mental e atuam sobre a função psicológica (FORMIGONI et al, 2018), podendo ser classificadas em: depressoras, estimulantes e perturbadoras, conforme a atividade que exercem no Sistema Nervoso Central.

Embora o uso dessas substâncias tenha raízes históricas, culturais e religiosas, no contexto das sociedades contemporâneas as drogas constituem-se uma alternativa bioquímica e psicofarmacológica para o sofrimento psíquico (PERRUSSI, 2015). Durante muito tempo, o uso abusivo de drogas psicoativas foi considerado “falha moral”, impondo um estigma ao indivíduo (ANDRADE et al, 2018).

Todavia, os avanços nos estudos científicos e as transformações na área de saúde mental tem permitido uma abordagem diferente, compreendendo o abuso de substâncias como um problema de saúde que afeta a qualidade de vida do indivíduo (MARCON, 2014) e, num sentido mais amplo, constituindo-se uma ameaça à saúde pública.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNDOC), através do Relatório Mundial sobre Drogas (2018), revelou que o uso não medicinal de medicamentos sob prescrição tem aumentado em nível global, além de uma expansão do mercado de drogas ilícitas, sendo a *cannabis* (maconha) a droga mais consumida em 2016. O relatório também concluiu que o uso de drogas e os danos associados são mais elevados entre os jovens, e que, entre 2000 e 2015, as mortes causadas diretamente pelo uso de drogas aumentaram em 60% (UNDOC, 2018).

Dois estudos conduzidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), utilizando-se a mesma metodologia, na população brasileira residente nos 108 maiores centros urbanos, revelaram um aumento significativo do uso na vida (qualquer uso, inclusive um único experimental) de drogas psicotrópicas, incluindo tabaco e álcool, sendo que, em 2001, 19,4% dos entrevistados relataram ter usado algum tipo de droga e, em 2005, 22,8%. As maiores prevalências de uso foram a de álcool e tabaco, em 2005, seguidas pela de maconha, solventes e benzodiazepínicos. (FONSECA et al, 2010). Em 2015, um estudo conduzi-

do pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entrevistou cerca de 17 mil pessoas com idade entre 12 e 65 anos, em todo o Brasil, revelou que a substância mais consumida no país é a maconha, seguida pela cocaína em pó (BASTOS et al, 2017).

Embora a literatura demonstre que as maiores prevalências de uso na vida de drogas concentram-se em adultos jovens, ainda existem poucos estudos comparando populações em faixas etárias diferentes. Assim, optou-se por desenvolver a presente investigação, cujo objetivo foi estimar a prevalência e identificar os fatores associados ao uso não prescrito de drogas psicotrópicas entre adultos jovens de diferentes faixas etárias, posto que esses inquéritos são extremamente importantes na formulação de políticas públicas de saúde e na identificação de grupos de risco.

2. Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

É comum o emprego dos termos “psicotrópico” e “psicoativo” como sinônimos para definir substâncias que alteram o estado mental e atuam sobre a função psicológica. Porém, alguns autores descrevem substância psicoativa como aquela que modifica a atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) aumentando-a (estimulantes), reduzindo-a (depressoras) ou alterando a percepção da realidade (perturbadoras) e substância psicotrópica aquela que, dentre as substâncias psicoativas, produz efeitos prazerosos podendo levar ao seu uso abusivo ou dependência (FORMIGONI et al, 2018). O termo “psicofármaco” também é amplamente utilizado quando se trata de medicamentos com essa ação.

A medicina define “droga” como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos. O termo droga tem origem na palavra grega *droog* (holandês antigo), que significa “folha seca”, já que antigamente quase todos os medicamentos eram produzidos a partir de plantas (CARLINI, GALDURÓZ, 2006). Na maioria das vezes, a expressão “droga” é associada ao uso ilícito de substâncias psicoativas, ou seja, uso ilegal, proscrito, muitas vezes chamadas “drogas de abuso”. Carlini e colaboradores (2001) ressaltam que a definição de droga de abuso na literatura é *“qualquer substância (tomada através de qualquer forma de administração) que altera o humor, o nível de percepção ou funcionamento do Sistema Nervoso Central (desde medicamentos até álcool e solventes)”*.

2.1 Mecanismo cerebrais e efeitos biológicos comuns às drogas psicotrópicas

Para compreender como as drogas psicotrópicas interferem nas funções cerebrais, é necessário entender como é o funcionamento do SNC. Quando um indivíduo recebe um estímulo através dos órgãos de sentido, essa mensagem é enviada ao SNC onde, em milésimos de segundos, é processada em informação, elaboração, memorização, associação, entre outros. Isso acontece milhares de vezes ao longo do dia. Um exemplo disso é o de uma pessoa que vê um alimento que gosta muito. O estímulo visual, ou seja, a imagem do alimento atinge a retina do olho e de lá parte um impulso nervoso que chega ao cérebro, codificando a imagem em uma coisa “gostosa, já experimentada antes”. Dessa região, um impulso vai para as glândulas salivares (“água na boca”) e outro para o estômago. Apesar dessa

explicação parecer simples, o SNC é extremamente complexo, formado por bilhões de células interligadas que formam uma extensa rede de comunicação. Essas células são chamadas de neurônios (CARLINI et al, 2001).

Figura 1. Esquema de uma sinapse.

Fonte: CARLINI et al (2001).

No cérebro, os neurônios comunicam entre si por mensageiros químicos que são liberados nas sinapses (ver figura 1). Quando um neurônio é excitado, o corpo celular envia um sinal elétrico ao longo de um prolongamento chamado axônio, que pode ser curto para atingir neurônios próximos ou longo, para atingir outras regiões do cérebro. Na extremidade do axônio existe um botão terminal e, para transmitir a mensagem ao neurônio seguinte, é preciso atravessar o espaço denominado sinapse ou fenda sináptica. O neurônio pré-sináptico - que envia a mensagem - libera substâncias químicas para o neurônio pós-sináptico ou receptor. Essas substâncias químicas são conhecidas como neurotransmissores e os mais conhecidos e que estão relacionados com substâncias psicoativas são a dopamina, a serotonina, a norepinefrina, o ácido gama-aminobutírico (GABA), glutamato e os opióides endógenos. Cada uma dessas substâncias possui funções específicas, ligando-se a um receptor, como num esquema chave-fechadura.

Os receptores recebem o nome do tipo de neurotransmissor ao qual se ligam, por exemplo, receptores de serotonina, de dopamina (WHO, 2014). As

substâncias psicoativas “imitam” os efeitos de neurotransmissores, alterando a comunicação entre os neurônios e interferindo com o funcionamento cerebral bloqueando uma função ou alterando os processos normais de liberação, acumulação ou eliminação de neurotransmissores, produzindo diversos efeitos a depender do tipo de neurotransmissor envolvido e a forma como a substância atua (CARLINI et al, 2001).

A recaptura é um mecanismo normal de eliminação do neurotransmissor da sinapse pela membrana pré-sináptica e um dos mecanismos de atuação das substâncias psicoativas é o bloqueio dessa recaptura, exacerbando assim os efeitos dos neurotransmissores. As substâncias que se ligam e reforçam as funções dos receptores são chamadas de agonistas, enquanto as antagonistas são as que se ligam para bloquear a função normal. Em consequência disso, tem diferentes efeitos sobre o comportamento, sintomas de abstinência, desenvolvimento de tolerância e dependência (WHO, 2004).

A dependência de substâncias compreende as alterações cerebrais (neurobiológicas) provocadas pela ação direta do uso prolongado de uma substância, ou seja, é parte de um processo de aprendizagem resultante da interação entre substâncias psicoativas e o ambiente. Um indivíduo consome uma substância e sente em efeito extremamente prazeroso ou reforçador que, ativando determinados circuitos cerebrais, faz com que o comportamento se repita.

O cérebro tem sistemas que dirigem o comportamento para estímulos vitais, de sobrevivência. É o que acontece quando, ao atravessar a rua, um indivíduo vê um carro vindo em sua direção. O estímulo visual faz com que uma mensagem seja enviada ao cérebro, que reconhece imediatamente a situação de perigo e emite uma resposta de fuga. Esse episódio fica “gravado” na memória (CARLINI et al, 2001). As substâncias psicoativas ativam artificialmente essas vias de maneira exacerbada, resultando em motivação reforçada para repetir tal comportamento. Por isso, não são unicamente os efeitos de satisfação e bem-estar que justificam porque certas substâncias conduzem aos comportamentos associados à dependência.

2.2 Teoria do reforço

O termo reforço refere-se a um estímulo que fará com que um determinado comportamento se repita normalmente pois causa prazer (reforço positivo) ou

desprazer e desconforto que é aliviado por meio desse comportamento (reforço negativo).

As pessoas podem usar drogas por que querem ter sensação de bem-estar ou porque estão tristes, deprimidas, para amenizar sensações ruins. Certas teorias, em meados do século XIX, afirmavam que o comportamento dependente resultava de instintos subconscientes, mas nenhuma delas conseguia explicar corretamente os elementos envolvidos na dependência de substâncias. Foi então que surgiu, no início da década de 40 do século passado a teoria do reforço, que compreende que o comportamento das pessoas pode ser influenciado e controlado através do reforço (recompensa) das ações desejadas e desprezo das indesejadas, tendo como pioneira o trabalho realizado por Spragg, que demonstrou em seus testes que, após o estabelecimento da dependência de drogas, os chimpanzés trabalhavam voluntariamente para obter a substância. Após receberem repetidamente drogas opióides, eles assumiam a posição própria para receber injeções da droga.

Em 1954, Olds e Milner conduziram um experimento em que fios elétricos (eletrodos) eram introduzidos em certas regiões profundas do cérebro de ratos. Eles observaram que os animais batiam as patas em barras para receber um estímulo elétrico naquela região e apresentavam um comportamento de auto estimulação exagerado de modo que às vezes deixavam de comer e dormir para bater as patas e continuar recebendo os estímulos. Mas os pesquisadores também perceberam que somente um número restrito de regiões cerebrais desencadeava tais estímulos. Com o avanço das pesquisas, descobriu-se que as mesmas regiões cerebrais que provocam auto estimulação são as mesmas ativadas pelas drogas de abuso, sendo as vias mesolímbica e mesocortical as principais envolvidas no circuito motivacional (FORMIGONI et al, 2016).

2.2.1 Sistema de recompensa cerebral

Embora cada substância tenha seu mecanismo de ação particular, todas elas atuam, direta ou indiretamente, ativando o sistema de recompensa cerebral, formado por circuitos neuronais responsáveis pelas ações reforçadas positiva e negativamente. A dopamina é um neurotransmissor produzido e liberado no cérebro que desempenha importantes funções como o controle de movimentos, do humor, do sono, da atenção e da aprendizagem, da cognição e da memória, das emoções e

sensação de prazer e bem-estar. Normalmente, há um aumento de dopamina quando nos deparamos com um estímulo prazeroso, como atividade sexual e alimentação, por exemplo.

Muitas substâncias, sobretudo as drogas de abuso, agem no neurônio dopaminérgico, induzindo um aumento brusco de dopamina no *núcleo accumbens* (componente do estriado cerebral e estrutura chave na mediação de processos motivacionais e emocionais). O sistema mesolímbico é composto por projeções dopaminérgicas que partem da área tegmentar ventral - onde se localizam os corpos neuronais dopaminérgicos - e chegam principalmente ao *núcleo accumbens*. Esse sistema se relaciona ao condicionamento ao uso da substância, à fissura, à memória e as emoções ligadas ao uso.

Já o sistema mesocortical é composto pela área tegmentar ventral, pelo córtex pre-frontal (responsável pelas funções cognitivas superiores e controle de sequenciamento de ações), pelo giro do cíngulo (responsável pela atenção, memória, regulação da atividade cognitiva e emocional) e pelo córtex orbitofrontal (responsável pelo controle do impulso e da tomada de decisão). O consumo de substâncias psicoativas altera esse sistema com relação à compulsão e perda do controle. O sistema de recompensa cerebral se constitui, portanto, no funcionamento paralelo entre os sistemas mesolímbico e mesocortical, tendo a dopamina como principal neurotransmissor envolvido, porém, não o único (ver figuras 2 e 3) (FORMIGONI et al., 2016).

Figura 2. Neurônio dopaminérgico da via mesolímbica, que parte da área tegmentar ventral (lado esquerdo da figura) e inerva o núcleo *accumbens* (lado direito da figura).

Fonte: FORMIGONI et al (2016).

Figura 3. Representação de um corte sagital médio do encéfalo humano com a marcação dos principais sistemas de recompensa cerebral.

Fonte: FORMIGONI et al (2016).

Em relação às farmacodependências, é importante conhecer, ainda, os conceitos de motivação e estímulo. A via mesolímbica da dopamina está implicada em processos de motivação, ou seja, os estímulos reconhecidos como importantes para a sobrevivência recebem uma resposta cerebral importante. Por exemplo, se um indivíduo não tem fome, estímulos visuais e olfativos terão pouco efeito sobre seu comportamento, mas, se tem fome, a visão e o cheiro da comida podem chamar sua atenção até conseguir meios para obter a comida, podendo levar até mesmo a cometer um crime. Essa é a chamada resposta a um estímulo motivador e, nas farmacodependências, as substâncias psicoativas ativam de maneira repetida os sistemas cerebrais de motivação, podendo levar à sensibilização do estímulo, isto é, a associação torna-se cada vez mais forte gerando uma maior resposta comportamental e neuroquímica. Por meio de processos de aprendizagem, a motivação para o consumo dessas substâncias pode ser fortemente ativada por estímulos ambientais (WHO, 2014).

O uso repetido de drogas de abuso também produz alterações no SNC que podem levar a alterações comportamentais para aumentar o desejo de consumir mais drogas. Nesse contexto, é importante conhecer alguns conceitos:

- **Tolerância:** refere-se à diminuição do efeito de uma droga com o uso contínuo, ou seja, são necessárias doses maiores para produzir a mesma resposta (curva dose-resposta). A tolerância inata refere-se a variações individuais na sensibilidade à droga, presentes desde sua primeira

administração, como é observado com o álcool, enquanto a tolerância adquirida é desenvolvida com o passar do tempo, podendo ocorrer um aumento da capacidade de metabolizar ou excretar a droga (tolerância farmacocinética), alterações na interação droga-receptor (tolerância farmacodinâmica) ou modificação comportamental do indivíduo para ocular os efeitos da droga (tolerância aprendida).

- Tolerância inversa (ou sensibilização): a administração repetida de uma droga provoca um maior efeito de determinada dose, ou seja, há necessidade de uma dose menor para obter o mesmo efeito.
- Dependência física (ou fisiológica): são sinais e sintomas físicos adversos provocados pelo pela abstinência de uma droga
- Dependência fisiológica: ocorre sempre que uma droga afeta o sistema de recompensa, assim, as sensações agradáveis produzidas pela droga aumentam o desejo de continuar usando-a (SWIFT; LEWIS, 2009).

Geralmente, nos estados de abstinência das drogas de abuso, há uma depleção dos níveis de dopamina, principalmente no *núcleo accumbens*, desencadeando um forte desejo (fissura ou *craving*) de consumir a droga novamente, que invade os pensamentos do usuário, alterando seu humor e provocando alterações físicas e no seu comportamento (FORMIGONI et al, 2016).

A presença de dependência não significa necessariamente adicção, embora sejam comumente citadas como sinônimos. Um paciente tratado com opióide para alívio da dor crônica provavelmente desenvolverá tolerância em longo prazo e necessitará de doses maiores, mas isso não significa adicção ao opióide, já que será possível ir diminuindo a dose e eliminar finalmente o analgésico. Assim, o paciente é tolerante e dependente do medicamento, mas não adicto.

Em síntese, a tolerância e a dependência são adaptações fisiológicas normais enquanto a adicção representa um estado de má adaptação à presença crônica da droga que cria uma homeostase alterada. Vários fatores afetam o desenvolvimento da adicção, incluindo a natureza da droga, características genéticas e fatores ambientais (SWIFT; LEWIS, 2009). Esses fatores também se conjugam para aumentar ou diminuir as probabilidades de um indivíduo consumir uma droga. Os genes relacionados ao metabolismo da nicotina podem ser fatores de

risco para o tabagismo, enquanto a hereditariedade é importante em relação à dependência do álcool, tal qual à frequência e à quantidade consumida. Certos estudos também mostram que é grande a hereditariedade da dependência de opióides, sedativos, maconha e cocaína. Os fatores genéticos também podem afetar a toxicidade de uma substância, tanto em termos de dosagem como em efeitos crônicos para a saúde (WHO, 2014).

2.3 Classificação das drogas psicotrópicas

As drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos, a depender da atividade que exercem sobre o cérebro: depressoras (psicolépticos); estimulantes (psicoanalépticos, noanalépticos, timolépticos, etc); e perturbadores (psicotomiméticos, psicodélicos, alucinógenos, psicometamórficos, etc).

Quadro 1. Classificação das drogas psicotrópicas.

DEPRESSORES DA ATIVIDADE DO SNC

Álcool

Soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono): barbitúricos, alguns benzodiazepínicos.

Ansiolíticos (acalmam; inibem a ansiedade). As principais drogas pertencentes a essa classificação são os benzodiazepínicos. Ex.: diazepam, lorazepam etc.

Opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência). Ex.: morfina, heroína, codeína, meperidina etc.

Inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores etc.).

ESTIMULANTES DA ATIVIDADE DO SNC

Anorexígenos (diminuem a fome). As principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas. Ex.: dietilpropiona, femproporex etc.

Cocaína

PERTURBADORES DA ATIVIDADE DO SNC

De origem natural (Reino Vegetal e Reino Fungi)

Mescalina (do cacto mexicano)

THC (da maconha)

Psilocibina (de certos cogumelos)

Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca)

De origem sintética

LSD-25

Êxtase

Anticolinérgicos

Fonte: Carlini e Galduróz (2006)

2.3.1 Drogas depressoras

2.3.1.1 Álcool

Dentre as drogas depressoras talvez o álcool seja a mais antiga consumida pela espécie humana. Por volta do século 385 a.C., Hipócrates já descrevia seu uso como um fator predisponente a várias doenças. Dados epidemiológicos atuais revelam que milhões de pessoas morrem todos os anos devido a consumo de álcool, sem contar os transtornos causados pelo uso crônico, acidentes, homicídios e suicídios oriundos de comportamentos violentos provocados pela substância (WONG et al, 2008).

O álcool impacta diversos sistemas orgânicos, desde o sistema nervoso central (SNC) ao trato gastrointestinal, órgãos hematopoiéticos e sistema imune (WONG et al, 2008). Dentre as várias ações do etanol no SNC, ao nível celular é potencialmente depressor, envolvendo possivelmente receptores de NMDA (N-metil-D-Aspartato) e gabaérgicos – de modo semelhante aos benzodiazepínicos (RANG, DALE, 2007). Provoca uma desorganização geral da transmissão dos impulsos nervosos nas membranas excitáveis, e vários estudos apontam para a capacidade de o etanol alterar a estrutura das membranas lipídicas, aumentando sua fluidez devido à sua propriedade lipofílica. Perturba a atividade elétrica neuronal inibindo a atividade em várias regiões cerebrais, mas em determinadas áreas, como a tegmentar ventral, substância nigra e *núcleo accumbens*, ricas em dopamina, aumenta a atividade espontânea – possivelmente por desinibição (WONG et al, 2008).

Os efeitos agudos da intoxicação por álcool no homem são bem conhecidos e incluem fala arrastada, falta de coordenação motora, aumento da autoconfiança e euforia, enquanto o efeito sobre o humor varia entre os indivíduos – uns tornam-se ruidosos e extrovertidos e outros morosos e retraídos. Em níveis de intoxicação mais altos há uma tendência a um humor lábil, ocorrendo euforia e melancolia, agressividade e submissão. Os principais efeitos periféricos incluem diurese autolimitada e vasodilatação cutânea. O consumo por longo prazo pode provocar degeneração neurológica, demência, neuropatias periféricas, hepatopatia e pode levar à tolerância, dependência física e psicológica (RANG, DALE, 2007).

2.3.1.2 Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos

Compreendem os grupos farmacológicos: benzodiazepínicos (por exemplo, diazepam, alprazolam, clonazepam), agonistas dos receptores GABA-A1 (por exemplo, zolpidem), barbitúricos (por exemplo, fenobarbital, pentobarbital), GHB (gama-hidroxi-butirato), entre outros (FORMIGONI, 2018). Essas substâncias diminuem a atividade do sistema nervoso central por aumento da atividade do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), e a depressão dessa atividade leva aos conhecidos efeitos: sonolência, diminuição da ansiedade, relaxamento muscular, redução do estado de alerta, efeito anticonvulsivante (RANG, DALE, 2007).

Os benzodiazepínicos foram desenvolvidos na década de 60, e desde então tem permitido melhor tratamento de transtornos de ansiedade, distúrbios do sono, epilepsia, convulsões associadas a abstinência alcoólica (BATISTA; REIS, 2009). São um dos medicamentos mais usados no Brasil e no mundo, mas quando usados por longos períodos, podem levar à dependência (CARLINI et al, 2001).

Podem ser classificados de acordo com o tempo de meia-vida, isto é, o tempo gasto para que a concentração plasmática ou a quantidade original do fármaco se reduza à metade: longa duração (diazepam, flurazepam), média duração (lorazepam, alprazolam) e curta duração (triazolam, flunitrazepam, temazepam, midazolam). Os benzodiazepínicos de ação curta possuem maior potencial para induzir dependência, sendo que a OMS (Organização Mundial da Saúde) recomenda a prescrição por períodos entre duas e quatro semanas, no máximo (FORMIGONI, 2018). Os efeitos dos benzodiazepínicos são potencializados pelo álcool, podendo induzir ao coma.

2.3.1.3 Solventes e Inalantes

São substâncias consumidas por via inalatória, bem diferentes no aspecto químico. Por exemplo, gasolina, cola, benzina, tintas, vernizes, esmaltes, aerossóis, removedores, fluido de isqueiro, gás de botijão, inseticidas, extintores de incêndio, acetonas, lança-perfume, “loló” (BATISTA; REIS, 2009). Esses produtos contêm substâncias pertencentes ao grupo químico dos hidrocarbonetos, que são responsáveis pelo efeito psicotrópico (embora seu mecanismo de ação seja complexo e ainda não totalmente esclarecido) e compostos oxigenados.

Após a inalação, os efeitos aparecem em quatro fases:

- Primeira fase: é a fase de excitação, desejada pelo usuário que fica eufórico, com perturbações auditivas e visuais;
- Segunda fase: inicia-se a depressão do SNC, onde o indivíduo fica desorientado, com a visão “embaçada”, confuso, com perda do autocontrole, podendo ver ou ouvir “coisas”.
- Terceira fase: a depressão se aprofunda ocorrendo incoordenação ocular, motora e reflexos deprimidos, com processos alucinatórios;
- Quarta fase: depressão tardia que pode chegar à inconsciência.

A dependência nos que usam cronicamente os inalantes é comum, e os efeitos tóxicos vão desde lesões na medula óssea, rins e fígado até lesões nos nervos periféricos (CARLINI et al, 2001). As razões mais comuns para o uso incluem o início de efeito rápido, o baixo custo, a facilidade de acesso e menos problemas legais (FORMIGONI, 2018).

2.3.1.4 Opiáceos e Opióides

São substâncias extraídas de uma planta conhecida como papoula (*Papaver somniferum*) que ao ser cortada elimina um líquido leitoso branco que ao secar passa a ser chamado de ópio. Os opiáceos tem uso medicinal importante como analgésico (DUARTE, 2005). A partir do ópio pode-se obter a morfina e a codeína e dos opiáceos naturais também podem ser criados os opiáceos semissintéticos como a heroína (diamorfina).

A modificação da estrutura química da morfina pode construir os opiáceos sintéticos meperidina e propoxifeno. Nosso organismo produz substâncias com estrutura química semelhante à morfina, chamadas opióides endógenos: dinorfina, encefalinas e endorfinas (FORMIGONI, 2018). Neste texto, as expressões opiáceos e opióides serão usadas como sinônimo, de acordo com a literatura pesquisada.

Os receptores de opióides estão amplamente distribuídos em todo o encéfalo, e sua função está relacionada com a integração motora-sensorial e a percepção dolorosa. Em um indivíduo sem dor, a utilização dessas substâncias como droga de abuso pode produzir uma sensação de euforia, mas também pode ocorrer disforia, ansiedade ou sensação de medo (BATISTA; REIS, 2009).

Os efeitos dos opiáceos mais comuns incluem: analgesia (redução da sensação de dor), depressão do centro da tosse (xaropes à base de codeína), diminuição do peristaltismo intestinal (usados para combater diarreias), sonolência, diminuição da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, acalmia (serenidade), miose (contração da pupila), que são potencializados em doses elevadas. A dependência se instala rapidamente, mas pode ser revertida pela chamada terapia de substituição com metadona (um agonista dos receptores de opióides que tem efeito semelhante à droga que está sendo usada, mas com menor potencial de abuso) (FORMIGONI, 2018).

2.3.2 Drogas estimulantes

São aquelas que estimulam a atividade do SNC, aumentando o estado de vigília e a atividade motora. Em altas doses, podem produzir delírios e alucinações. Compreendem várias substâncias, dentre elas: a cocaína; as anfetaminas, substâncias sintéticas que incluem os anorexígenos (mazindol, anfepramona, femproporex), medicamentos para tratar déficit de atenção e hiperatividade e narcolepsia (metilfenidato), drogas de rua (metanfetamina – *ice/cristal*, metileno doiximetanfetamina – MDMA); a nicotina; a catinona (khat) e seus derivados sintéticos (FORMIGONI, 2018).

2.3.2.1 Cocaína

A cocaína é extraída das folhas de uma planta nativa da América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadú (FERREIRA, MARTINI, 2001). Pode apresentar-se na forma de um sal (cloridrato de cocaína) – “pó”, “farinha”, “neve” ou “branquinha” – que é solúvel em água e pode ser aspirado ou dissolvido em água para uso endovenoso, ou sob a forma de uma pasta base, a merla e o crack (pedra), que é pouco solúvel em água, mas se volatiliza quando aquecido, sendo fumado em “cachimbos”. Tanto o crack quanto a merla não podem ser aspirados nem injetados (CARLINI et al, 2001).

A cocaína, cheirada na forma de pó, precisa ultrapassar a mucosa até chegar aos vasos sanguíneos, sendo o início dos efeitos após a absorção pela mucosa do nariz em torno de 15 minutos, desaparecendo em 30 minutos, enquanto o uso injetável ou fumado produz efeitos em cerca de 15 segundos, desaparecendo

após 15 minutos, aproximadamente, tendo essas duas formas maior potencial para o estabelecimento de dependência (FORMIGONI, 2018).

O mecanismo de ação da cocaína se dá pela acentuação da ação principalmente da dopamina e da noradrenalina, neurotransmissores excitatórios, produzindo ansiedade, euforia, estado de alerta, irritabilidade, paranoia, agressividade e agitação psicomotora (BATISTA; ALVES, 2009). Devido à sensação de intenso “prazer”, provocada pelo uso da droga, a tendência é que o usuário a consuma compulsivamente e repetidamente, aumentando gradativamente a dose, de modo que a abstinência no uso produz efeitos avassaladores. O uso crônico também pode levar a efeitos tóxicos como desnutrição, cansaço e intensa depressão, perda da libido, além de alterações de comportamento como paranoia e alucinações, incluindo estados de agressividade, tremores e irritabilidade. Em casos extremos (overdose) pode provocar arritmias graves, levando à parada cardíaca por fibrilação ventricular (CARLINI et al, 2001).

2.3.2.2 Anfetaminas

São substâncias sintéticas – produzidas em laboratório – usadas inicialmente para reduzir o cansaço, o apetite e afastar o sono. A anfetamina pertence à classe das feniletilaminas (BATISTA; REIS, 2009). Os efeitos agudos, crônicos e a síndrome de abstinência são semelhantes aos da cocaína. No Brasil, são comercializadas e tem uso sob prescrição médica as substâncias sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol. O uso crônico desses medicamentos pode trazer problemas graves de saúde como dependência, taquicardia, aumento da pressão arterial.

Também vale mencionar a prescrição de metilfenidato para narcolepsia e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, pois é comum o uso em indivíduos sem nenhum transtorno presente, para melhorar o desempenho cerebral (em provas, concursos, etc). Outra forma comum de uso são os famosos “rebites” pelos motoristas de caminhão que utilizam para permanecer acordados por longos períodos. Essas drogas são facilmente encontradas em farmácias, restaurantes, postos de gasolina de beira de estrada (MARCON et al, 2012).

2.3.2.3 Nicotina

A nicotina é uma substância presente em uma planta chamada tabaco, cujo nome científico é *Nicotina tabacum*, podendo ser fumado na forma de charutos, cigarros, cachimbos e *narguilé*. Produz sensação de bem-estar, mas de maneira bem mais branda que os outros estimulantes, sendo que essa sensação de relaxamento é provocada pela diminuição no tônus muscular. Essa substância estimula o sistema de recompensa cerebral induzindo dependência intensa e rápida, além de tolerância, ou seja, o indivíduo tende a consumir um número cada vez maior de cigarros para sentir os mesmos efeitos, sendo que a suspensão repentina produz a sensação de “fissura”, irritabilidade, agitação, prisão de ventre, sudorese, tontura, dor de cabeça e insônia, dentre outros efeitos. A nicotina também provoca aumento nos batimentos cardíacos, na pressão arterial, na atividade motora, úlceras gastrointestinais e aumenta o risco de aborto (CARLINI et al, 2001).

Sabe-se hoje que na fumaça proveniente da queima do cigarro há mais de 4 mil substâncias, mas o elemento principal relacionado à dependência é a nicotina (BATISTA; REIS, 2009). O consumo de tabaco é hoje um dos principais problemas de saúde pública no mundo e uma das principais causas de mortes evitáveis, e as substâncias presentes na fumaça do tabaco associam-se ao desenvolvimento de cânceres e diversos agravos à saúde, atingindo também as pessoas que convivem com os fumantes, os chamados “fumantes passivos” (BALBANI, MANTOVANI, 2005).

2.3.3 Drogas perturbadoras

São assim denominadas as plantas e substâncias que quando consumidas produzem mudanças qualitativas no funcionamento do cérebro, alterações mentais que não são normais como delírios, alucinações, ilusões e alteração na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço, caracterizando um estado conhecido como “viagem”.

Por serem drogas que simulam psicoses também são chamadas de psicotomiméticas, psicodislépticas ou psicodélicas. Podem ser naturais (como o THC), semissintéticas (como o LSD) ou sintéticas (como o êxtase). Também podem ser classificados de acordo com a similaridade estrutural e funcional em: indólicos (LSD, psilocibina, dimetiltriptamina – DMT, ibogaína); feniletilaminas

(metilenidioximetanfetamina – MDMA ou êxtase, mescalina); anticolinérgicos (atropina e escopolamina, triexifenidil - Artane®, biperideno); anestésicos dissociativos (fenciclidina – PCP, ketamina) e canabinóides (maconha, haxixe). Os efeitos dessas substâncias dependem de fatores subjetivos, individuais, sociais e ambientais (FORMIGONI, 2018).

2.3.3.1 Indólicos

O LSD (dietilamida do ácido lisérgico) foi descoberto acidentalmente em 1943 pelo cientista suíço Albert Hoffman que, ao experimentar uma substância semissintética derivada do fungo *Claviceps sp*, que se desenvolve no centeio, apresentou delírios e alucinações intensas (FORMIGONI, 2018). É considerada um protótipo das drogas alucinógenas, sendo a mais bem estudada até o momento (BATISTA; REIS, 2009). É um líquido claro, encontrado comumente em mata-borrão, um papel absorvente impregnado com o líquido. Os efeitos surgem após 20 a 60 minutos da absorção e duram conforme a dose consumida, podendo durar de 6 a 8 horas (FORMIGONI, 2018).

Possui ação agonista no sistema serotoninérgico e os efeitos psíquicos mais importantes são distorções perceptivas alteradas, sinestesia (fusão dos sentidos), perda da discriminação de tempo e espaço, delírios, alucinações visuais e auditivas, enquanto os efeitos agudos incluem aumento da frequência cardíaca, midríase (dilatação da pupila), sudorese, náuseas e vômitos (BATISTA; REIS, 2009).

A psilocibina está presente em alguns cogumelos que já eram consumidos pelos Maias e Astecas há pelo menos 3000 anos, conhecidos como “pequenas flores dos deuses”. São ingeridos na forma natural ou secos, e seus efeitos assemelham-se aos do LSD, com duração de até 12 horas. A dimetiltriptamina (DMT) é o princípio ativo contido nas folhas de *Psychodia viridis*, que em mistura com o cipó *Banisteriopsis caapi*, é consumida na forma de um chá conhecido como ayahuasca. A legislação brasileira reconhece a legitimidade do uso religioso desse chá. Os principais efeitos agudos constituem-se em experiências místicas, mas também náuseas, vômitos e diarreias (ESCOBAR, ROAZZI, 2010).

2.3.3.2 Feniletilaminas

A MDMA é um derivado anfetamínico sintético usado na forma de um comprimido, o êxtase, também conhecido como “bala” (BATISTA; ALVES; 2009). É sintetizado em laboratórios clandestinos por *drug designers*, que alteram a estrutura da molécula de anfetamina e podem acrescentar outros contaminantes, como cafeína, ketamina e efedrina. Ao ser ingerido se dissolve no estômago, sendo absorvido no estômago e intestino, atingindo o cérebro através da corrente sanguínea. Se o indivíduo estiver em jejum, atinge os efeitos máximos ao final da primeira hora de uso, que duram de 2 a 3 horas. Sua ação decorre do aumento da liberação de monoaminas (dopamina, noradrenalina e serotonina) e bloqueio da sua receptação (sobretudo serotonina), aumentando a concentração dessas substâncias na fenda sináptica (FORMIGONI, 2018).

O uso dessa droga costuma ocorrer em festas de músicas eletrônicas e os efeitos psíquicos mais importantes estão relacionados ao pensamento, humor e memória, sentimentos de cordialidade e empatia, efeitos estimulantes, redução do apetite. Os efeitos tóxicos mais importantes são hipertensão, arritmia cardíaca, falência renal e hipertermia (FERIGOLO, MEDEIROS, BARROS, 1998).

2.3.3.3 Anticolinérgicos

São substâncias que produzem efeitos alucinógenos somente em concentrações muito elevadas (doses tóxicas), tendo como mecanismo de ação o bloqueio dos efeitos da acetilcolina, produzindo delírios e alucinações. As pessoas intoxicadas costumam relatar se sentirem perseguidas, terem visões de santos, animais, estrelas, fantasmas. Os efeitos são intensos e podem demorar até 2-3 dias.

O principal anticolinérgico usado no Brasil é o triexifenidil, um medicamento comercializado com fins terapêuticos, mas também existem plantas como o lírio (trombeteira, zabumba, saia-branca) que são consumidas na forma de chá (CARLINI et al, 2001). A atropina, presente na planta *Atropa beladonna*, em altas doses também pode provocar os mesmos efeitos. No Brasil, é vendida com fins terapêuticos em medicamentos para reduzir as dores provocadas pelas cólicas intestinais ou menstruais (FORMIGONI, 2018).

As drogas anticolinérgicas podem produzir diversos efeitos periféricos, dentre eles, dilatar as pupilas, boca seca, taquicardia, e os efeitos psíquicos incluem

excitação, sensação de euforia e bem-estar, melhora da sensibilidade para cores e sons e perda da memória. Também podem levar a um aumento da temperatura corporal, que atinge até 40-41° C, provocando vermelhidão e até mesmo convulsões (CARLINI et al, 2001).

2.3.3.4 Anestésicos dissociativos

São representados principalmente pela fenciclidina (PCP ou “pó de anjo”) e pela ketamina, cuja forma de uso principal é a inalada. Atuam como anestésicos, causando sensação de relaxamento, incoordenação motora e prejuízo cognitivo, mas dependendo da dose, promovem alucinações, sendo que alguns usuários relatam a experiência como a sensação de estar numa espécie de “bolha”. Pouco se sabe sobre os efeitos provocados por essas substâncias, pois o uso é recente (início da década de 90, no contexto da música eletrônica), mas muitas pessoas relatam problemas respiratórios, cardíacos, náuseas, vômitos (SILVA, et al, 2010).

2.3.3.5 Canabinóides

No Brasil, a maconha é o nome dado a uma planta de nome científico *Cannabis sativa*, cujo uso medicinal já é conhecido há pelo menos 5000 anos para “produzir risos”. As sementes da maconha foram trazidas ao Brasil por escravos e passou a ser cultivada com finalidade têxtil, já que as fibras servem para confecção de cordas e roupas, mas seu uso como euforizante rapidamente passou a dominar, sendo proibido e dando início ao tráfico intenso (CARLINI, 2006).

A maconha tem mais de 400 componentes ativos e, dentre esses, pelo menos 66 são chamados de canabinóides, mas o mais bem estudado é o THC (tetraidrocanabinol), substância química responsável pelos efeitos da planta (BATISTA; REIS, 2009). Sua quantidade média na maconha é de cerca de 4,5 %, variando conforme a variedade genética da planta, o solo, clima, estação do ano, época de colheita. Um baseado teria aproximadamente 22,5 mg de THC, enquanto cerca de 2 a 3 mg são suficientes para o indivíduo obter o “barato” ou *high*, efeito proporcionado pela droga. A resina da planta, conhecida como haxixe, é usada com frequência no Oriente, sendo fumada em pedras que podem conter até 28% de THC. A forma mais comum de uso é fumada, sendo que o efeito é atingido em até 10 minutos, com pico em cerca de 30 minutos (FORMIGONI, 2018).

O mecanismo de ação da maconha ainda não está totalmente esclarecido, mas na década de 90 foi descoberta a anandamida, uma substância endógena que age nos receptores canabinóides CB1, presentes no SNC e CB2, presentes no restante do corpo. Sua função está relacionada ao humor, memória e cognição. Acredita-se que tenha as mesmas funções que o THC. Os efeitos do uso da maconha dependem da qualidade da maconha e da sensibilidade de quem fuma. Enquanto para uns promove sensação de calma e relaxamento, e vontade de rir, para outras os efeitos são desagradáveis, conhecidos como “má viagem” (CARLINI et al, 2001).

Os efeitos agudos no organismo incluem olhos avermelhados, boca seca e taquicardia, enquanto os efeitos crônicos do uso prolongado estão associados a câncer, problemas cardiovasculares e respiratórios, ansiedade, depressão, prejuízo da memória, atenção (RIBEIRO, et al, 2005). A tolerância é observada apenas nos casos de consumo elevado e o risco por intoxicação é mínimo (FORMIGONI, 2018)

2.4 Epidemiologia do consumo de substâncias psicotrópicas no Brasil e no mundo

Epidemiologia é uma palavra de origem grega que significa “ciência (ou estudo) do que ocorre com o povo”. Dados epidemiológicos sobre o consumo de substâncias psicoativas auxiliam na criação de políticas públicas em todos os níveis de atenção à saúde para reduzir os danos provocados pelo uso seu uso abusivo, nas dimensões individuais e coletivas.

Para compreender esses dados seguem algumas definições de:

- **Uso na vida:** qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida;
- **Uso no ano:** uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa (ou o momento no qual foi feita a avaliação);
- **Uso no mês:** uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- **Uso frequente:** uso, em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- **Uso pesado:** uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

- **Uso abusivo:** padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, mas a pessoa ainda não preenche critérios para ser considerada dependente;
- **Dependência:** conjunto de sinais e sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância. (ANDRADE, 2018).

Os tipos de estudo sobre o uso de substâncias psicoativas podem ser sintetizados em categorias, como mostra o quadro 2:

Quadro 2. Diagnóstico da Realidade sobre Consumo de Drogas.

<p>1. Levantamentos epidemiológicos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmentos populacionais: estudantes, crianças e adolescentes em situação de rua, etc. • População geral: levantamento domiciliar (household surveys) <p>2. Indicadores de Consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apreensões pela Polícia; • Mortalidade: IML (Instituto Médico Legal); • Internações em hospitais; • Atendimentos ambulatoriais; • Estudos de Prescrições; <ul style="list-style-type: none"> • Acidentes; • Emergências; • Violência; • etc. <p>3. Pesquisa Qualitativa que permite Investigar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem usa? • Por que Usa? • Com quem usa? • etc.
--

Fonte: CARLINI e GALDURÓZ, (2006).

Ainda, de acordo com Andrade e colaboradores (2018), os estudos também podem ser classificados em:

- Levantamentos epidemiológicos (fornecem dados diretos sobre o consumo de drogas): domiciliares (pesquisa entre moradores de residências); com estudantes (alunos do ensino fundamental, médio ou de cursos superiores); com crianças e adolescentes em situação de rua (crianças e adolescentes que vivem a maior parte do tempo na rua); com outras populações específicas (profissionais do sexo, trabalhadores da indústria, policiais, etc.).
- Indicadores epidemiológicos (fornecem dados indiretos sobre o consumo de drogas de uma determinada população): internações hospitalares por dependência; atendimentos ambulatoriais de usuários de drogas e/ou álcool; atendimentos em salas de emergências por overdose; laudos cadavéricos de mortes violentas (fornecidos pelo IML – Instituto Médico Legal); apreensões de drogas feitas pelas Polícias Federal, Estadual ou Municipal; prescrições de medicamentos (ex.: benzodiazepínicos e anfetamínicos); mídia (notícias veiculadas pelos meios de comunicação sobre as drogas); casos de violência decorrentes do uso de drogas; prisões de traficantes.

Vale destacar que os levantamentos na população geral (epidemiológicos) oferecem vantagem em relação aos indicadores de consumo com relação à qualidade dos dados e podem ser complementados por levantamentos segmentados em populações específicas, como estudantes, profissionais da saúde, idosos, etc.(NOIA et al, 2012).

O uso de substâncias psicotrópicas na sociedade tem raízes históricas, culturais e religiosas. Nos tempos do descobrimento do Brasil, em meados de 1500, povos indígenas já tinham o hábito de produzir uma bebida fermentada a partir da mandioca, denominada “cauim”, e usavam também o tabaco. Os colonizadores portugueses e espanhóis já conheciam o vinho e a cerveja e logo em seguida, aprenderiam a fazer a cachaça a partir da fermentação do melaço de cana-de açúcar.

Os registros de uso da maconha com fins medicinais datam de 2.700 a. C. Amplamente consumida na Europa nos séculos XVIII e XIX, foi trazida ao Brasil pelos escravos africanizados e usada também para fins medicinais e recreativos. O

consumo de inalantes se acentuou a partir das décadas de 80 e 90 do século passado, assim como o de esteroides/anabolizantes.

A cocaína, extraída de uma planta nativa da América do Sul, *Erythroxylon coca*, já era usada milenarmente pelos povos andinos para reduzir a fadiga e o cansaço provocados pelo trabalho, e já foi comercializada livremente como medicamento. Nos dias atuais tem se difundido o uso do crack, uma forma de cocaína preparada para o consumo por via inalatória (fumada). O surgimento de drogas sintéticas e êxtase surgiu na década de 80 passada, no cenário das festas de música eletrônica, principalmente entre jovens adultos e universitários (ANDRADE et al, 2018).

Há muitas drogas que os seres humanos consomem sem recomendação médica e seu uso é desaprovado pela sociedade, pois o custo social vai além do benefício individual (RANG, DALE, 2007). Diversos estudos associam este hábito a envolvimento em acidentes, brigas, problemas no desempenho acadêmico e profissional, prática de relações sexuais desprotegidas, depressão, ansiedade, distúrbios psiquiátricos menores e transtornos de conduta (HORTA et al, 2018).

As sociedades contemporâneas cultuam a busca pela satisfação imediata e contínua dos desejos, um estado de plenitude, sem dor nem frustração e, nesse contexto, as drogas constituem-se uma alternativa bioquímica e psicofarmacológica (SILVA; HERZOG, 2015). Perrusi (2015) coloca a independência individual como um dos fatores determinantes para o sofrimento psíquico, ou seja, o sucesso, resultado, eficiência e produtividade, são exigências modernas e o fracasso individual, o sinal mais evidente de mal-estar. Ainda segundo o autor, a relação entre os transtornos comportamentais e os efeitos do tratamento medicamentoso são a base da psiquiatria clínica, ou seja, a depressão seria tratada por um antidepressivo pois esse medicamento tem efeito na regulação de um neurotransmissor no cérebro. Assim, o uso do psicotrópico tem um papel fundamental ao diminuir as sensações do sofrimento.

Durante muito tempo o comportamento do uso abusivo de drogas psicoativas foi considerado “falha moral ou falta de força de vontade” (MARCON, 2014). Isso impõe um estigma que anula todas as outras identidades do sujeito, reduzindo-o a uma única condição (ANDRADE et al, 2018). Contudo, avanço dos estudos científicos tem permitido uma visão diferente, compreendendo o abuso de substâncias como um sério problema de saúde que afeta a direta ou indiretamente a

qualidade de vida do indivíduo, e a abordagem tem sido realizada de forma preventiva ou terapêutica (MARCON, 2014).

As transformações na área da saúde mental, no Brasil, consolidadas com a Reforma Psiquiátrica, a partir da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, tem convertido o antigo paciente psiquiátrico em usuário do sistema de saúde, um cidadão pleno de direitos perante a política de saúde mental. Todavia, o uso de psicotrópicos na assistência psiquiátrica não diminuiu (PERRUSI, 2015). Um estudo conduzido por Kantorski e colaboradores (2011) entre maio e junho de 2006, com o objetivo de descrever o consumo e a oferta de psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I e II na Região Sul do Brasil encontrou uma prevalência de 91,8% de usuários que afirmaram fazer uso de algum tipo de psicofármaco. Foram identificados usuários predominantemente do sexo feminino, adultos de meia-idade, de baixa condição econômica, a maioria com o diagnóstico de depressão maior e consumo de antidepressivos.

No contexto da saúde mental brasileira, o CAPS oferece atendimento à população residente na área de abrangência permitindo a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo com transtorno psíquico, através de três modalidades de tratamento, conforme o quadro clínico, a saber: intensivo – com acompanhamento diário, semi-intensivo – com acompanhamento frequente determinado pelo seu projeto terapêutico individual, e não intensivo – com frequência menor. A modalidade de tratamento psicofarmacológico é uma tentativa de modificar comportamentos, humores e pensamentos patológicos segundo a lógica da terapia biológica (KANTORSKI et al, 2011). A criação de novas abordagens terapêuticas (psicoterápicas e socioterápicas) advindas com a Reforma Psiquiátrica teria a nobre missão de transferir o tratamento medicamentoso para uma função meramente complementar (PERRUSI, 2015).

Embora estudos já demonstrem evidências sobre a eficácia da psicoterapia no tratamento de portadores de transtornos mentais comuns (TMC) e outras desordens psiquiátricas, essa prática terapêutica ainda é incipiente. Outrossim, muitos desses transtornos são sub-diagnosticados e muitos pacientes deixam de ser beneficiados com o tratamento enquanto paralelamente outros recebem tratamento sem apresentar os devidos critérios para diagnóstico.

Silva e colaboradores (2011) averiguaram a relação entre o uso da medicação e a psicoterapia durante o processo psicoterápico através da análise de 37 prontuários de crianças de até 12 anos, atendidas em um serviço integrado de saúde do Rio Grande do Sul, Brasil, e constataram que praticamente metade das crianças fazia uso de medicação. Os meninos apresentaram maior índice de melhora, sendo que a evolução no tratamento foi melhor entre as crianças que não utilizavam psicofármacos. O estudo concluiu que a psicoterapia associada ao uso de medicação não foi determinante de melhora, o que também não teve relação com o sintoma apresentado, com a idade, nem com o tempo de atendimento.

Um estudo realizado por Blay e colaboradores (2015) em uma amostra representativa da comunidade em São Paulo, Brasil, com idade entre 18 e 65 anos, revelou que 9,3% dos entrevistados relataram receber psicoterapia e/ou medicação psicotrópica, 54,3% dos quais não atendiam aos critérios para transtornos mentais comuns (TMC).

Quintana e colaboradores (2013) conduziram uma pesquisa em uma população de indivíduos não institucionalizados residentes na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, e concluíram que aproximadamente 84% dos indivíduos portadores de algum transtorno mental não utilizavam drogas psicotrópicas, o que poderia indicar uma lacuna entre demanda e acesso ao tratamento.

O uso de substâncias psicotrópicas assim como a dependência de álcool e outras drogas ilícitas não se desenvolve da noite para o dia, haja visto que o dependente já passou por diversos padrões de uso.

Existem, vários instrumentos validados e padronizados para o diagnóstico de abuso e dependência de substâncias psicoativas, mas há uma tendência dos profissionais de saúde em se preocupar com o problema quando o usuário já é dependente da droga, reduzindo as chances de intervenções em fases iniciais do consumo. Como exemplo, podemos citar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV) para Transtornos do uso de Substâncias, um sistema para classificação dos transtornos mentais com amplo uso na prática clínica e psiquiatria (ver quadro 3).

Quadro 3. Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV) para Transtornos do uso de Substâncias.

Um padrão problemático de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrido durante um período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - b. acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
 2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. síndrome de abstinência característica para a substância;
 - b. a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 3. Desejo persistente os esforços malsucedidos nos sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
 4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos
 6. Problemas legais recorrentes relacionados ao uso de substâncias.
 7. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
 8. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
 9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
 10. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
 11. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.
-

Fonte: GALDURÓZ (2018)

Os instrumentos de triagem são ferramentas utilizadas para detectar aqueles indivíduos que tem maior probabilidade de apresentar determinada doença ou condição de risco e ajudam a determinar os focos principais de intervenção. No Brasil, os mais utilizados são: CAGE, cuja sigla é um acrônimo referente às suas quatro perguntas (*cut down, annoyed by criticism, guilty e eye-opener*), capaz de detectar principalmente casos sugestivos de dependência de álcool, sendo pouco sensível para detectar pessoas com problemas iniciais pelo uso de álcool; AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), mais abrangente, também usado para detectar problemas associados ao uso de álcool, em diversos níveis, desde o uso não provável até a dependência, nos últimos doze meses, podendo ser utilizado em forma de entrevista ou de autoaplicação; e o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), que coleta informações sobre o uso na vida de substâncias psicotrópicas e também nos últimos três meses, detectando problemas relacionados ao uso, indícios de dependência e uso de drogas injetáveis. Embora o questionário ASSIST possa ser utilizado em adolescentes, para triagem de substâncias nessa população foi criado o Teen-ASI, uma versão modificada do questionário ASI (*Addiction Severity Index*), amplamente utilizado em adultos em todo o mundo. O Teen-ASI consiste de uma entrevista semiestruturada que avalia a gravidade do uso de drogas por adolescentes, além de problemas em outros aspectos de sua vida (GALDURÓZ et al, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que cerca de 10% da população dos centros urbanos no mundo todo consomem substâncias psicoativas abusivamente (SILVA et al., 2014). Estudos internacionais também mostram o crescimento no uso de psicofármacos, que tem sido atribuído a uma maior frequência no diagnóstico de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos produtos no mercado farmacêutico e novas indicações terapêuticas para os já existentes (SHIRAMA, 2013). No fim do século passado, em meados dos anos 80, houve uma acentuação na produção e consumo de drogas sintéticas, produzidas em laboratório.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) através do Relatório Mundial sobre Drogas (2018) revela que o uso não medicinal de medicamentos sob prescrição está se tornando uma ameaça à saúde pública, sobretudo o consumo de opióides. O número de pessoas em todo o mundo que

usaram drogas pelo menos uma vez ao ano corresponde a 5,6% da população global com idade entre 15 e 64 anos e o relatório também concluiu que o uso de drogas e os danos associados são mais elevados entre os jovens, em comparação aos mais velhos, mas o uso de drogas entre a geração mais velha (com 40 anos ou mais), tem aumentado a um ritmo mais rápido que entre as mais jovens, e essa população pode ter múltiplos problemas de saúde (comorbidades) tornando o tratamento medicamentoso mais laborioso (UNDOC, 2018).

Entre 2000 e 2015, as mortes causadas diretamente pelo uso de drogas aumentaram em 60%. Os homens constituem a maioria dos usuários, mas a prevalência do uso não médico de opióides e tranquilizantes pelas mulheres permanece em nível comparável e elas tem maior potencial para desenvolver distúrbios decorrentes do uso de drogas (UNDOC, 2018).

O relatório também mostra uma expansão dos mercados de drogas ilícitas, sendo a *cannabis* (maconha) a droga mais consumida em 2016, sobretudo em países considerados de muito alto desenvolvimento humano no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano, como Estados Unidos, Chile, Suíça e Noruega, conforme representado na Tabela e Gráfico1:

Tabela 1. Prevalência do uso de drogas psicoativas no ano de 2016, na população com idade entre 15-64 anos, nos países em ordem decrescente conforme o ranking de 2018 de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Elaboração própria. Fonte: Relatório Mundial Sobre Drogas - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

PAÍS	POSIÇÃO NO IDH	SEDATIVOS E					
		ANFETAMINAS	MACONHA	COCAÍNA	ECSTASY	OPIOIDES	TRANQUILIZANTES
NORUEGA	1º	0,3	3,9	0,6	0,6	**	**
SUÍÇA	2º	0,32	9,09	0,81	0,18	**	**
ESTADOS UNIDOS	13º	2,95	17	2,4	1,2	5,75	3,1
POLÔNIA	33º	1,7	2,4	1,4	1,2	**	1,9
LITUÂNIA	35º	0,3	2,7	0,1	0,4	**	**
CHILE	44º	0,18	15,1	1,38	0,06	1,22	1,77*
ROMÊNIA	52º	0,1	3,2	0,2	0,1	0,4	1,9
BRASIL	79º	0,3	2,5	1	0,2	**	2,1*

*Benzodiazepínicos

** Dados não disponíveis

Gráfico 1. Prevalência do uso de drogas psicoativas no ano de 2016, na população com idade entre 15-64 anos, nos países em ordem decrescente conforme o ranking de 2018 de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Elaboração própria. Fonte: Relatório Mundial Sobre Drogas - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

No Brasil, país considerado de alto desenvolvimento humano segundo o ranking IDH, os dados revelaram padrão semelhante ao global, sendo a maconha a droga ilícita mais consumida no ano de 2016, seguida pela cocaína (UNODC, 2018).

O CEBRID realizou dois estudos utilizando a mesma metodologia, em anos distintos (2001 e 2004). A amostra correspondeu à população brasileira residente nas 108 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes. Em 2001, 8.589 pessoas foram entrevistadas e, em 2004, 7.939 pessoas. Os dados sobre a prevalência revelaram que houve um aumento significativo do uso na vida de drogas psicotrópicas. Em 2001, 19,4% dos entrevistados relataram ter usado algum tipo de droga (exceto álcool e tabaco) e, em 2004 foi 22,8%. Dentre as drogas ilícitas, a maior prevalência, em 2005, foi de maconha (8,8%), seguida pelos solventes (6,1%) e benzodiazepínicos (5,6%). A prevalência do uso na vida de bebidas alcoólicas foi de 74,6% e a de tabaco foi 44,0% (tabelas 2 e 3)(FONSECA et al, 2010).

Tabela 2. Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês de qualquer droga (exceto Tabaco e Álcool) nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes. Fonte: CARLINI; GALDURÓZ (2006).

USO DE QUALQUER DROGA		
(exceto álcool e tabaco - ano de 2005)		
Na vida	No ano	No mês
22,80%	10,30%	4,50%

Tabela 3. Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês das drogas mais usadas nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes. Fonte: CARLINI; GALDURÓZ (2006).

DROGAS	TIPOS DE USO %		
	Na vida	No ano	No mês
MACONHA	8,8	2,6	1,9
SOLVENTES	6,1	1,2	0,4
BENZODIAZEPÍNICOS	5,6	2,1	1,3
OREXÍGENOS	4,1	3,8	0,1
ESTIMULANTES	3,2	0,7	0,3
COCAÍNA	2,9	0,7	0,4
XAROPES (Codeína)	1,9	0,4	0,2
OPIÁCEOS	1,3	0,5	0,3
ALUCINÓGENOS	1,1	0,32	0,2
ESTERÓIDES	0,9	0,2	0,1
CRACK	0,7	0,1	0,1
BARBITÚRICOS	0,7	0,2	0,1
ANTICOLINÉRGICOS	0,5	0	0
MERLA	0,2	0	0
HEROÍNA	0,1	0	0
ÁLCOOL	74,6	49,8	38,3
TABACO	44	19,2	18,4

Entre maio e outubro de 2015, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Universidade de Princeton (EUA), entrevistaram cerca de 17 mil pessoas com idade entre 12 e 65 anos, em todo o Brasil, para estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos sobre o uso de drogas. O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira, foi o mais completo levantamento sobre drogas já realizado em território nacional, por ter alcançado abrangência nacional e ser representativo inclusive das características heterogêneas dos municípios e estados brasileiros.

Os resultados revelam que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo o percentual maior entre os homens e também entre os jovens: 7,4% das pessoas com idade entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista. A substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha (7,7%) seguida da cocaína em pó (3,1%).

Quanto ao uso de crack e similares alguma vez na vida, a prevalência encontrada foi de 0,9%, mas os próprios pesquisadores sugerem que é necessário cautela ao se analisar esses dados, considerando que trata-se de uma pesquisa domiciliar, enquanto os usuários dessas substâncias fazem parte de uma população marginalizada, vivendo em situação de rua.

O uso de analgésicos opiáceos e benzodiazepínicos consumidos de modo não prescrito ou diferente do que foi recomendado na prescrição médica nos 30 dias que antecederam a pesquisa revelou um padrão preocupante: 0,6% e 0,4% da população brasileira, respectivamente.

Mas os dados mais alarmantes dizem respeito ao uso de álcool. Mais da metade da população brasileira referiu ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida, enquanto 30,1% informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias que antecederam a pesquisa. Em contrapartida, o consumo de tabaco parece estar diminuindo, em relação ao uso de cigarro convencional, mas o uso de outras formas emergentes de fumo tem aumentado, como o cigarro eletrônico e o narguilé (BASTOS et al, 2017).

Políticas públicas que incentivam o abandono do tabaco tem sido fundamentais na redução do consumo no país, assim como a criação de legislação acerca da venda e distribuição de medicamentos psicotrópicos e outras substâncias.

A criação da Portaria 344/98 pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) foi um marco na regulação da produção, comércio e outras atividades relacionadas a psicotrópicos, definidas pela norma como substâncias sujeitas a controle especial (BRASIL, 1998). Contudo, ainda há uma necessidade constante de se aprimorar a regulação da publicidade e do acesso da população aos medicamentos cujo uso indiscriminado é responsável pelo aumento no número de casos de óbitos e intoxicações por medicamentos (MOTA et al, 2012).

Garcias e colaboradores (2008) conduziram um estudo com 1327 adultos na cidade de Pelotas, Brasil, em 2006, para avaliar a prevalência e fatores associados ao consumo de antidepressivos em adultos residentes na área urbana do município. 9,3% dos entrevistados tinham usado antidepressivos nos últimos quinze dias. O consumo desses medicamentos esteve associado significativamente ao sexo feminino, ao nível socioeconômico mais elevado, classes A e B (renda) e a não estar exercendo uma atividade de trabalho. Essa prevalência foi próxima àquela encontrada por Lima e colaboradores (2008) em uma amostra de 1023 sujeitos de 15 anos ou mais em Botucatu, Brasil, em que 13,3% dos entrevistados referiram ter usado ao menos um psicotrópico na quinzena anterior à entrevista.

Quintana e colaboradores (2013), encontraram uma prevalência de uso de psicotrópicos no mês de 6,55%, 3,19% para homens e 9,13% para mulheres. Os antidepressivos foram os medicamentos mais utilizados (2,78%), seguidos dos anorexígenos (1,65%), tranquilizantes (1,61%) e estabilizadores de humor (1,23%). Neste estudo, 86,6% das drogas psicotrópicas utilizadas foram pagas pelo próprio paciente. Indivíduos com maior probabilidade de uso de drogas psicotrópicas foram aqueles que receberam um diagnóstico psiquiátrico durante um período de um mês antes do estudo, mulheres, separadas / divorciadas, com maior idade e renda, e com histórico familiar de transtorno mental. Quanto à natureza das prescrições, o estudo também demonstrou que os clínicos gerais emitiram o maior número de prescrições (46,3%), seguidos pelos psiquiatras (29,3%).

Mota e colaboradores (2012) descreveram o perfil epidemiológico da mortalidade por intoxicação com medicamentos na população do Brasil entre 1996 e 2005, com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde. Foram identificados 4.403 óbitos ocorridos em homens (53,9%), solteiros

(53,7%) e faixa etária de 20-39 anos (44,0%), e a maioria foi por autointoxicação intencional por anticonvulsivantes, sedativos, antiparkinsonianos e psicotrópicos.

Um estudo transversal com o objetivo de identificar os fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão arterial sistêmica (HAS), moradores das áreas de abrangência das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de Blumenau, Brasil, revelou que foram utilizadas 2932 especialidades farmacêuticas das quais 881 (29,9%) sem a presença da receita médica. O subgrupo mais utilizado foi o dos Inibidores da enzima conversora de angiotensina (359; 12,3%), indicado para tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a classe mais utilizada sem a presença da receita foi a dos psicotrópicos (45,9%). Mostram-se associados ao consumo de medicamentos sem a presença da receita as pessoas de maior escolaridade, tabagistas, sedentárias, que utilizavam menor quantidade de medicamentos, que não foram informadas sobre cuidados e reações adversas ao remédio e que abandonaram o tratamento (VIEIRA; HELENA, 2011).

Embora os resultados tenham sugerido que o maior consumo de medicamentos sem receita pode estar associado a pessoas que recebem menos informações sobre seu tratamento, outras pesquisas evidenciam que os próprios profissionais de saúde, que se supõe serem detentores do conhecimento sobre os riscos do uso de medicamentos são fortes candidatos a se tornarem dependentes do uso de psicotrópicos, pois lidam diariamente com o sofrimento humano, envolvendo-se integralmente com o trabalho.

Um estudo com 123 trabalhadores de dois hospitais públicos em Alagoas revelou que 37,4% tinham 16 ou mais anos de atuação na área; 14,6% consideravam-se estressados; 13% sofriam de insônia; 9,76% alegaram que o uso de medicamentos psicoativos tinha relação com o trabalho; 37,4% faziam uso tranquilizantes e ansiolíticos e, na categoria dos opiáceos, 23,5% (MACIEL et al, 2017).

Ao que parece, esses achados se repetem entre outros grupos de trabalhadores. Em bancários, no Rio Grande do Sul, constatou-se prevalência elevada de consumo de medicamentos (49,9%) e de psicofármacos (26,3%), assim como a atribuição do consumo de psicofármacos, álcool e/ou drogas ao trabalho (40%) (GAVIRAGHI et al, 2016).

Somado a isso, a literatura frequentemente reporta um abuso na prescrição de estimulantes, alucinógenos e benzodiazepínicos (KASSA; TADDESSE; YILMA, 2014). Muitas dessas substâncias têm alto potencial para desenvolver tolerância e dependência. Os benzodiazepínicos aparecem como uma das substâncias mais usadas para reduzir os níveis de ansiedade e produzir relaxamento muscular e sedação. Diretrizes internacionais recomendam seu uso por períodos curtos de tempo, em virtude de prejuízos provocados pelos efeitos adversos em longo prazo (FRIDE TVETE; BJØRNER; SKOMEDAL, 2015). Mas não é isso que se observa na prática.

Fride Tvette, Bjørner e Skomedal (2015) investigaram os fatores de risco para se tornar um usuário excessivo de benzodiazepínicos ao longo do tempo, através de um estudo longitudinal por 5 anos, na Noruega. De todos os novos usuários de benzodiazepínicos, 2,34% tornaram-se usuários excessivos, definidos como consumindo acima de duas doses diárias definidas (DDD) por dia, em média, durante três meses, dentro de um período de cinco anos. Uso prévio de outras drogas psicotrópicas, opióides e drogas anti-álcool e tabagismo, baixa renda familiar e baixa escolaridade foram fatores de risco para uso excessivo. Ter iniciado o tratamento com o uso de certas classes de benzodiazepínicos como oxazepam, alprazolam ou nitrazepam indicou maior risco, comparado ao diazepam.

Deve-se dar especial atenção aos idosos que, em sua maioria, fazem uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia). Nessa população, os riscos do uso de psicofármacos é ainda maior, diante da possibilidade de interações medicamentosas e efeitos colaterais mais graves. Na Noruega, em três coortes de lares de idosos com 65 anos ou mais de idade, a média de uso de medicamentos de uso contínuo foi de 6,6. 27% não utilizaram psicofármacos, 32% um e 41% múltiplos psicotrópicos (24% dois, 17% ≥ 3). A trinta e nove por cento foram prescritos antidepressivos, 30% sedativos, 24% ansiolíticos e 20% antipsicóticos.

Os sintomas afetivos (depressão a ansiedade) foram mais fortemente associados ao uso de múltiplas drogas psicotrópicas (GULLA et al, 2016). No município de São Paulo, Brasil, a prevalência de uso de psicotrópicos em idosos foi de 12,2% e os fatores associados foram sexo feminino e polifarmácia (NOIA et al, 2012). No Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul, Brasil, 47,9% utilizaram

psicotrópicos e, assim como em outros estudos, a categoria mais utilizada foi a dos antidepressivos, seguida pelos ansiolíticos e antipsicóticos (SILVA; HERZOG, 2015)

Como demonstrado anteriormente, certos fatores são conhecidos por estar associados ao consumo de substâncias psicotrópicas: idade, gênero, religião, estado civil, nível socioeconômico, trabalho, uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia), sedentarismo, nível de escolaridade do usuário e também dos pais, presença de transtornos mentais comuns.

As causas que levam o adolescente a iniciar o uso de tabaco, álcool e outras drogas são complexas e estudos apontam o monitoramento parental como efeito protetor. A saúde mental desses jovens também deve ser alvo de investigação, já que evidências sugerem que aqueles que apresentam transtornos como a depressão, solidão e outros sintomas, tendem a fazer maior uso de substâncias na adolescência, que na maioria das vezes se estende até a vida adulta.

Andrade e colaboradores (2017) analisaram a prevalência da exposição a substâncias psicoativas em 1009 estudantes do ensino fundamental e médio, em 20 escolas públicas de Aracaju e sua associação com características sociodemográficas. O estudo identificou que 69,6% dos estudantes têm experimentado álcool e 12,4% cigarro. A idade dos escolares (≥ 15 anos) mostrou associação significativa com a experimentação de álcool ($p < 0,001$) e cigarro ($p = 0,02$). A prática religiosa reduz a chance de experimentação de álcool ($p = 0,01$), funcionando como um fator de proteção ($OR = 0,56$).

Em 2012, a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PNSE, 2012), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, com 109.104 alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas, nas 27 capitais do Brasil e do Distrito Federal demonstrou que o morar com os pais, fazer refeição em conjunto e supervisão parental (os pais saberem o que o filho faz no tempo livre) são fatores de proteção ao uso de drogas nessa população. Por outro lado, características da saúde mental como a solidão e insônia estiveram associadas positivamente ao uso do tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Não ter amigos também se associou positivamente ao uso do tabaco e drogas ilícitas, e negativamente ao uso do álcool. A prevalência do consumo regular de tabaco na população estudada foi de 5,1%, enquanto o consumo atual de álcool foi de 26,1% (Malta et al, 2014).

Muza e colaboradores (1997) encontraram uma prevalência ainda maior em uma amostra de 1.025 adolescentes matriculados na oitava série do primeiro grau e primeiro, segundo e terceiro anos do segundo grau, das escolas públicas e privadas de Ribeirão Preto. 88,9% consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida; 37,7% utilizaram o tabaco; 31,1% os solventes; 10,5% os medicamentos; 6,8% a maconha; 2,7% a cocaína; 1,6% os alucinógenos e 0,3% consumiu alguma substância a base de opiáceos.

Sem dúvida deve-se ter cautela ao generalizar esses estudos, posto que as prevalências podem variar conforme particularidades regionais e os grupos estudados, mas do ponto de vista epidemiológico conhecer os fatores associados ao consumo de substâncias psicoativas é vital à elaboração de políticas públicas de saúde e estratégias quanto à prevenção e intervenção no seu uso (SILVA et al, 2014).

3. Justificativa

3. JUSTIFICATIVA

Dado que no Brasil ainda são poucos os estudos que investigam a prevalência e fatores associados ao uso de drogas psicotrópicas mas que são extremamente necessários na identificação de grupos de risco e na formulação de políticas de saúde, e considerando-se que os inquéritos à população geral fornecem informações mais precisas sobre o uso geral de drogas que estudos epidemiológicos indiretos (indicadores de consumo obtidos de dados secundários, como estudos de prescrições, internações em hospitais, etc.), optou-se por desenvolver a presente investigação, tendo como amostra duas coortes de indivíduos com idades diferentes, nascidas em um centro urbano, entrevistadas segundo a mesma metodologia, num mesmo momento. O estudo também se justifica pelo fato de que são raros os estudos que comparam o uso de substâncias psicotrópicas em faixas etárias diferentes, e que a literatura demonstra que as maiores prevalências de uso na vida concentram-se em adultos jovens, declinando com o decorrer da idade, por isso a necessidade de se investigar a hipótese de que há diferença entre esses grupos populacionais.

4. Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Descrever o uso de substâncias psicotrópicas nos anos de 2016/2017 em indivíduos com idade de 37-39 anos e de 22-24 anos, participantes de duas coortes de nascimento em Ribeirão Preto – SP.

4.2 Específicos

- a) Estimar a prevalência do consumo de drogas psicotrópicas na população de estudo.
- b) Comparar o consumo de drogas psicotrópicas entre indivíduos com faixas etárias diferentes.
- c) Identificar fatores associados ao uso de drogas psicotrópicas na população de estudo.

5. Métodos

5. MÉTODOS

Este é um subprojeto desenvolvido dentro do estudo “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental. Uma contribuição das coortes de nascimento brasileiras para o SUS” que avaliou indivíduos com idade de 37-39 e com 22-24 anos, participantes das coortes de nascimentos da cidade de Ribeirão Preto nos anos de 1978/79 e 1994, respectivamente. Trata-se de um estudo analítico, observacional, transversal.

5.1 Breve histórico sobre as coortes de 1978 e 1994 de Ribeirão Preto

5.1.2 Coorte de Nascimentos de 1978/79 de Ribeirão Preto

Entre 1º de junho de 1978 e 31 de maio de 1979 iniciou-se o primeiro acompanhamento longitudinal no país que incluiu todos os recém-nascidos (RN) no município de Ribeirão Preto (SP), tendo sido realizado o “Estudo epidemiológico-social da saúde perinatal em Ribeirão Preto-SP” com o objetivo de analisar o comportamento de certos indicadores de saúde perinatal nas classes sociais e suas associações com variáveis socioeconômicas, biológicas e maternas.

A primeira fase deste estudo, objetivou examinar as características sociodemográficas da população e cuidados médicos oferecidos durante a gestação e o parto, estimar as taxas de baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade infantil e a associação entre fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos e classe social com indicadores perinatais e a utilização de serviços de saúde.

Já na segunda fase desta coorte, entre 1987 e 1989, foram avaliados parâmetros da saúde das crianças em idade escolar à vista das condições sociais e biológicas ao nascer. Uma terceira avaliação, realizada em 1996/97, teve como objetivo estudar as condições de vida e saúde, o crescimento, consoante às variáveis estudadas ao nascer e aos 18 anos. Essa fase restringiu-se a indivíduos do sexo masculino devido aos participantes terem sido recrutados no momento da inscrição ao serviço militar.

Entre 2002 e 2004, procedeu-se a quarta fase do estudo, estando os indivíduos na faixa etária entre 23 e 25 anos de idade, com o objetivo de avaliar a importância de eventos que ocorridos desde o período pré-natal até o início da vida adulta sobre o crescimento físico, bem como a determinação do perfil de risco para

doenças crônicas não transmissíveis (BARBIERI et al, 2006). Já em 2016 e 2017, novamente os sujeitos foram avaliados, com idade entre 37 e 39 anos, e este estudo dedicou-se a investigar determinantes precoces da saúde e das doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano.

5.1.3 Coorte de Nascimentos de 1994 de Ribeirão Preto

Em 1994 foi iniciado um novo estudo longitudinal usando fundamentalmente o mesmo desenho metodológico da Coorte de 1978/79. Naquele momento, foram avaliados todos os recém-nascidos do município durante um período de quatro meses consecutivos, representando um terço dos nascimentos do ano. A semelhança do estudo anterior, essa fase objetivou estudar o perfil sociodemográfico, as características da população e os cuidados médicos oferecidos durante a gravidez e o parto, estimando taxas de baixo peso ao nascer, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, e mortalidade infantil, permitindo realizar comparações com os indicadores observados na coorte anterior.

A segunda fase dessa coorte foi conduzida quando os sujeitos tinham 10 anos de idade, e dedicou-se a investigar problemas de pressão arterial, função pulmonar e asma, depressão, rinite alérgica e doença intestinal durante a idade escolar (CARDOSO et al, 2007). Já entre 2016 e 2017, quando os indivíduos tinham entre 22 e 23 anos, foi realizada a terceira fase do estudo, que aconteceu simultaneamente à quinta fase da coorte de 1978/19.

5.2 Amostra

Foram avaliados os participantes da quinta fase de seguimento da coorte de 1978/1979 de Ribeirão Preto (n=1775) e os participantes da terceira fase de seguimento da coorte de 1994 de Ribeirão Preto (n=1041). Foram excluídos 122 indivíduos (103 da coorte de 1978/79 e 19 da coorte de 1994) que não responderam ao questionário ASSIST (Figura 4).

Figura 4. Participantes do estudo.

5.3 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município com área territorial de 650,916 km² no ano de 2018, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. Em 2019, Ribeirão Preto tinha uma população estimada de 703.293 pessoas, com uma densidade demográfica de 928,92 habitantes por quilômetro quadrado. Em 2017, o salário médio mensal era de 2,9 salários mínimos. Nesse mesmo ano, a proporção de pessoas ocupadas, ou seja, que possuíam algum ofício, em relação à população total, era de 38,9% e tinha 27,8% da população vivendo em domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa. Apresenta 98,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. No ano de 2010, possuía uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 96,9%. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9,19 óbitos para cada 1000 nascidos vivos (IBGE, 2019).

5.4 Recrutamento e Coleta dos Dados

Inicialmente foi feito um levantamento dos dados cadastrais das fichas de nascimento dos indivíduos pertencentes às duas coortes (1978/79 e 1994) de Ribeirão Preto. Os dados considerados substanciais para identificar os indivíduos, como data de nascimento, idade da mãe e maternidade foram digitados em uma planilha eletrônica, durante o período entre junho de 2015 e janeiro de 2016. Com base nesses dados, buscou-se o endereço e número de telefone atuais dos participantes no sistema Hygiaweb, sistema de gestão em saúde usado nas

unidades de saúde públicas do município de Ribeirão Preto. O sistema de cadastro de funcionários e pacientes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP) também foi consultado para atualização de dados.

O recrutamento dos sujeitos participantes do presente estudo iniciou-se em 2016, ocorrendo a princípio por meio de convites, via telefone, por pessoas treinadas para tal. Devido à dificuldade em localizar as informações de contato dos participantes, sobretudo os números de telefone, foi dada prioridade aos participantes que vieram na fase anterior do estudo entre 2002 e 2006, tornando possível realizar comparações entre dados de diferentes momentos.

Outras formas de contato também foram feitas através de cartazes afixados em postos de saúde e universidades, locais estes de grande circulação de pessoas, divulgação em redes de rádio, TV e mídias sociais. Também se buscou informações atualizadas dos participantes em hospitais públicos e privados, universidades e empresas de planos de saúde. Os telefonistas atuaram no recrutamento de segunda a sábado, em tempo integral, havendo pelo menos três por período. O desfecho das ligações era registrado em planilha, para conhecimento dos telefonistas.

A equipe de entrevistadores foi treinada para aplicação dos questionários e a coordenação do projeto temático desenvolveu um manual com as instruções para a realização da entrevista e preenchimento do formulário. A pesquisa foi efetuada no Prédio da Unidade de Pesquisa Clínica (UPC), nas dependências do HCFMRP, com atendimentos diários de segunda-feira à sábado. O agendamento era feito previamente com média de dez participantes por período durante a semana e vinte por período aos sábados. No dia agendado, o participante deveria se apresentar na recepção, apresentando um documento com foto (posteriormente digitalizado, impresso e arquivado), para confirmação de dados e fornecimento da ajuda de custo. Nesse momento, o participante também recebia orientações sobre os exames de interesse do projeto, o tempo que seria gasto para realiza-los e um crachá com o check-list das estações que seriam feitas. Os sujeitos eram atendidos de forma individual em todas as etapas.

5.5 Instrumentos Utilizados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: um questionário geral sobre dados socioeconômicos pessoais e familiares, saúde, sono e uso de medicamentos, atividade física, imagem corporal, lazer, comportamento sedentário, hábitos de vida e um questionário confidencial, auto-aplicado, que continha dados sobre o uso de drogas, respondido de maneira *on-line*, garantindo assim a privacidade do entrevistado. Se o mesmo não soubesse usar o computador era oferecido um impresso, transcrito posteriormente no programa, com identificação numérica para preservar sua identidade. Se não soubesse ler, um entrevistador realizava esse processo. Um trabalhador de campo estava sempre à disposição para eventuais esclarecimentos.

5.6 Variáveis

5.6.2 Variável dependente

A variável dependente foi definida como sendo o uso não prescrito de drogas psicotrópicas na vida; estratificadas por classe de drogas (derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína e crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides, outras). À semelhança de outras investigações sobre uso de drogas, optou-se por proceder as análises categorizando-as em: álcool, tabaco e outras drogas de uso não prescrito (maconha, cocaína e crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides, outras).

Para essa variável foram utilizados dados relativos à questão 1 do questionário ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas (ANEXO A). Esse instrumento foi desenvolvido por pesquisadores de vários países sob a coordenação da OMS, traduzido para várias línguas, inclusive para o português do Brasil, já tendo sido testada sua confiabilidade e factibilidade. Algumas de suas características sugerem que seja adequado para atender aos objetivos propostos por este estudo, como estrutura padronizada, abordagem simultânea de várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e possibilidade de ser utilizado por profissionais de diferentes formações em saúde (HENRIQUE, 2004).

5.6.3 Variáveis independentes

- a) Sexo: masculino e feminino, auto referido pelo entrevistado.
- b) Cor de pele: definida com base na autodeclaração, conforme classificação do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), em: branca, preta, parda/moreno/mulato.
- c) Grau de escolaridade: nível de instrução do indivíduo, classificada em ensino fundamental, médio, técnico/profissionalizante e superior.
- d) Trabalha atualmente: sim ou não, a depender se o entrevistado exercia atividade remunerada no momento da entrevista.
- e) Estado civil: casado/com companheiro ou sem companheiro.
- f) Religião: crença ou fé religiosa do entrevistado, classificada em sim ou não.
- g) Chefe da família (ou pessoa que ganha mais): próprio jovem ou demais membros (pai, mãe, avó, avô ou outro).
- h) Estrato socioeconômico: para compor essa variável, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ANEXO J). Para o Critério Brasil, são avaliadas determinadas características do domicílio, como a existência e quantidade de alguns atributos e a escolaridade do chefe da família. Também é considerado o acesso a serviços públicos como água encanada e rua pavimentada. O novo modelo de classificação social foi aplicado em janeiro de 2015 e, a partir dele, foi desenvolvida uma regra simplificada de classificação para uso em projetos de pesquisa, que divide a população em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2, e DE, sendo o estrato A o de mais alto poder econômico. O Critério Brasil tem precisão mais apurada de classe social, permitindo identificar o real potencial de consumo das famílias brasileiras (ABEP, 2016). Para este estudo, as categorias B1 e B2 foram agrupadas em B, e C1 e C2 em C.
- i) Nível de satisfação com a saúde: categorizada em satisfeito/muito satisfeito, regular, insatisfeito/muito insatisfeito.

- j) Polifarmácia: sim ou não, que corresponde ao uso rotineiro de quatro ou mais medicamentos ao mesmo tempo, conforme conceito definido pela OMS (ISMP, 2018).
- k) Nível de atividade física: para compor essa variável foi utilizado o questionário International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), versão curta. Esse instrumento foi validado no Brasil para aplicação em adultos, idosos e adolescentes, e permite quantificar o total de minutos gastos em atividades físicas semanais e a distribuição do tempo pela intensidade da prática de atividade física. Os resultados encontrados nos estudos de validação demonstraram que o IPAQ é um instrumento de fácil aplicação com boa estabilidade e precisão aceitável para uso em estudos com determinadas populações adultas (CESCHINI, 2016). O IPAQ permite classificar os níveis de atividade física em: muito ativo, ativo, irregularmente ativo (A e B) e sedentário (ANEXO B) (MATSUDO, 2001). Neste estudo os resultados foram agrupados e categorizados em “ativo” e “inativo”.
- l) Presença de sofrimento mental: O Self Report Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para compor a variável “sofrimento mental”. Desenvolvido pela OMS para ser aplicado em países periféricos, o SRQ-20 é um instrumento multidimensional que avalia elementos relativos à saúde mental, caracterizados por sintomas não-psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (ANEXO E) (SANTOS, ARAÚJO, OLIVEIRA, 2009). A versão mais recente, composta por vinte questões, aborda aspectos psicoemocionais, proposta para a triagem dos transtornos mentais comuns e um resultado maior ou igual a sete respostas SIM indica sofrimento mental (SANTOS, CARVALHO, ARAÚJO, 2016). No presente estudo, os resultados foram categorizados em “sem sintomas” e com “presença de sintomas”.
- m) Qualidade do sono: essa variável foi constituída através do Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), desenvolvido por Bussye et al (1989), que avalia a qualidade e perturbações do sono durante o período de um mês (ANEXO H). É um instrumento de auto

avaliação constituído de dezenove questões categorizadas em sete componentes, graduados em escores de zero a três (de nenhuma dificuldade a dificuldade grave): qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. A soma dos valores em um escore total varia de zero a vinte, sendo que quanto maior o número pior a qualidade do sono, da seguinte forma: 0 a 4 – boa; 5 a 10 – ruim; >10 – presença de distúrbio do sono (BUSSYE et al, 1989).

- n)** Satisfação com a imagem corporal: foi analisada através da escala de nove silhuetas, proposta por Stunkard et al, citado por Pereira et al (2009) (ANEXO I), em que o indivíduo escolhe dentre nove figuras o número da que considera semelhante à sua aparência corporal real (Percepção da Imagem Corporal Real – PICR) e também o daquela representa como gostaria que fosse seu corpo (Percepção da Imagem Corporal Ideal – PICI). A análise é feita subtraindo-se da aparência corporal real a aparência corporal ideal, podendo variar de -8 a +8. Se essa variação for igual a zero, o indivíduo é considerado como satisfeito e, se diferente de zero, como insatisfeito. Caso a diferença seja positiva, considera-se uma insatisfação pelo excesso de peso e, negativa, pela magreza.
- o)** Índice de Massa Corporal (IMC): a avaliação da composição corporal é uma importante medida do estado nutricional de indivíduos e populações, sendo IMC um dos métodos mais utilizados, permitindo a comparação em estudos nacionais e internacionais. O IMC é obtido dividindo-se a massa corporal, em quilogramas, pela estatura em metro, elevada ao quadrado (kg/m^2). Também é aceito universalmente para classificação da obesidade (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005). Neste estudo, a variável “IMC” foi categorizada conforme aos valores de referência da OMS, a saber: baixo peso = menor que 18,5; peso normal = entre 18,5 e 24,9; sobrepeso = entre 25 e 29,9; obesidade classe I = entre 30 e 34,9; obesidade classe II = entre 35 e 39,9; e obesidade classe III = maior que 40. Para este estudo, as categorias foram agrupadas em: eutrófico (peso normal), sobrepeso e obesidade (classes I, II e III).

- p) Problemas ligados ao álcool: para a variável “problemas ligados ao álcool” utilizou-se como instrumento o questionário AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test, desenvolvido pela OMS e validado no Brasil para a triagem e diagnóstico de problemas ligados ao álcool, permitindo detectar desde o consumo de baixo risco até a dependência, de forma simplificada. Esse questionário pode ser aplicado a todos os usuários de serviços de saúde, e resumidamente é composto por dez questões, em que as três primeiras avaliam quantidade, frequência e embriaguez; as três seguintes, sintomas de dependência; e as últimas avaliam o risco de consequências danosas ao usuário. As oito primeiras questões apresentam cinco possibilidades de resposta com valores que variam de zero a quatro, e as duas últimas, três opções de resposta, com valores zero, um e quatro. Assim, a pontuação é obtida somando-se as opções assinaladas, sendo que, a pontuação máxima é de 40 pontos (MARTINS, 2008). Os resultados são categorizados em “zonas de risco” e permitem saber qual intervenção deve ser realizada em cada nível. Para este estudo, as respostas foram categorizadas por zona de risco: I – consumo de baixo risco (0 a 7 pontos); II – consumo de risco (8 a 15 pontos) ; III – uso nocivo (16 a 19 pontos); IV – provável dependência (20 ou mais pontos) (ANEXO C) (CARNEIRO, 2017).

5.7 Organização do banco de dados

A coleta e digitação dos dados foi realizada pelo aplicativo Research Electronic Data Capture (RedCap), uma ferramenta projetada para apoiar a coleta de dados para pesquisa, desenvolvida por um consórcio multi-institucional iniciado na Universidade Vanderbilt (PATRIDGE; BARDYN, 2018).

5.8 Análise estatística

A descrição das variáveis de interesse do estudo e a comparação do uso de substâncias psicotrópicas nas duas amostras foi realizada a partir da determinação de medidas de tendência central (proporção) e de dispersão (intervalo de confiança de 95% da proporção) e foi realizada a análise bivariada (teste de qui-quadrado de Pearson), com nível de significância de 5%. A identificação das variáveis associadas

ao desfecho (uso sim ou não de drogas psicotrópicas) foi determinada a partir do método de regressão logística múltipla não ajustada e ajustada, que permite estimar a probabilidade associada à ocorrência de um determinado evento à custa de um conjunto de variáveis explanatórias e é recomendada quando a variável dependente é de natureza dicotômica e as independentes são categóricas ou não. Assim, estimou-se, na forma de *Razão de Prevalência (RP)*, a associação de cada variável independente com o uso na vida de drogas psicotrópicas, tendo a categoria “sim” para o uso não prescrito ao menos uma vez na vida de qualquer droga psicotrópica como categoria de referência. Foi utilizado o pacote estatístico Stata, versão 14.0.

5.9 Aspectos éticos

O projeto temático do qual deriva este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 19/10/2015, parecer nº 1.282.710 (ANEXO D). Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (ANEXOS F e G), e todas as suas dúvidas foram esclarecidas pela equipe de coleta de campo.

6. Resultados

6. RESULTADOS

A tabela 4 apresenta as características gerais da amostra estudada nas duas coortes. Ambas são compostas pela maior proporção de indivíduos do sexo feminino, de cor branca, com alto grau de escolaridade, com crença religiosa, de estrato socioeconômico classe A/B, que estavam trabalhando no momento da entrevista. A maior proporção de indivíduos mais velhos era de casados ou vivendo com companheiro e que se declararam o próprio chefe da família, resultado oposto ao da coorte dos mais jovens, em que a maioria era composta por indivíduos vivendo sem companheiro e que tinham outro membro como chefe da família.

Quanto ao uso de polifarmácia, nenhum dos indivíduos mais jovens fazia uso, enquanto houve uma pequena proporção dentre os mais velhos.

Os resultados também demonstraram maior proporção de indivíduos que se declararam satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde, embora o número de insatisfeitos ou muito insatisfeitos tenha sido ligeiramente maior dentre os mais velhos. Também é possível observar uma maior proporção de indivíduos inativos (nível de atividade física) e que apresentavam distúrbios do sono dentre os mais velhos, em comparação aos mais jovens.

A maior parte dos indivíduos nas duas coortes não apresentava sintomas de sofrimento mental. Já no que diz respeito à satisfação com a imagem corporal a maioria nas duas coortes foi representada por indivíduos insatisfeitos pelo excesso de peso, embora esse número tenha sido aproximadamente 25% maior nos mais velhos, em comparação aos mais jovens. A proporção de indivíduos obesos ou com sobrepeso também foi maior nos mais velhos.

Não houve diferença significativa para a presença de problemas ligados ao álcool, sendo a maioria nas duas coortes caracterizada por indivíduos com consumo de baixo risco.

Tabela 4. Comparação das características gerais das amostras analisadas nas duas coortes (1978/79 e 1994), em Ribeirão Preto.

Característica	Coorte				p valor
	1978/79		1994		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	808	48,3	427	41,8	0,001
Feminino	864	51,7	595	58,2	
Total	1.672	100	1.022	100	
Cor de pele					
Branca	1.333	80,0	774	75,8	0,037
Negra	92	5,5	69	6,8	
Parda/Moreno/Mulato	241	14,5	178	17,4	
Total	1666*	100	1021*	100	
Grau de escolaridade					
Fundamental	192	11,5	57	5,6	<0,001
Médio	594	35,6	337	33,0	
Curso técnico/profissionalizante	117	7,0	63	6,2	
Superior	765	45,9	563	55,2	
Total	1668*	100	1020*	100	
Trabalha atualmente					
Sim	1410	92,3	635	80,7	<0,001
Não	117	7,7	152	19,3	
Total	1527*	100	787*	100	
Estado Civil					
Casado/ com companheiro	1183	70,8	177	17,3	<0,001
Sem companheiro	489	29,3	845	82,7	
Total	1.672	100	1.022	100	
Religião					
Sim	1.483	88,7	751	73,5	<0,001
Não	189	11,3	271	26,5	
Total	1.672	100	1.022	100	
Chefe da família					
Demais membros	681	40,8	830	81,3	<0,001
Próprio Jovem	990	59,3	191	18,7	
Total	1671*	100	1021*	100	
Estrato socioeconômico					
A/B	933	68,2	627	67,4	0,351
C	415	30,3	281	30,2	
D/E	21	1,5	22	2,4	
Total	1369*	100	930*	100	

*Excluídos os dados ignorados/faltantes

Continua na próxima página.

Característica	Coorte				p valor
	1978/79		1994		
	n	%	n	%	
Satisfação com a saúde					
Satisfeito/Muito satisfeito	931	55,7	628	61,5	0,001
Regular	422	25,3	254	24,9	
Insatisfeito/ Muito insatisfeito	318	19,0	140	13,7	
Total	1671*	100	1.022	100	
Polifarmácia					
Não	1.659	99,2	1.022	100,0	0,005
Sim	13	0,8	0	0,0	
Total	1.672	100	1.022	100	
Nível de atividade física					
Ativo	489	29,3	387	37,9	<0,001
Inativo	1.183	70,8	635	62,1	
Total	1.672	100	1.022	100	
Sofrimento mental					
Sem sintomas	1.065	63,8	626	61,3	0,193
Presença de sintomas	604	36,2	395	38,7	
Total	1669*	100	1021*	100	
Qualidade do Sono					
Boa	505	30,2	351	34,3	0,007
Ruim	625	37,4	395	38,7	
Presença de distúrbios do sono	542	32,4	276	27,0	
Total	1.672	100	1.022	100	
Satisfação com a imagem corporal					
Satisfeito	296	17,7	257	25,2	<0,001
Insatisfeito pela magreza	96	5,8	166	16,2	
Insatisfeito pelo excesso de peso	1279	76,5	599	58,6	
Total	1671*	100	1.022	100	
Índice de massa corporal					
Eutrófico	433	25,9	529	52,1	<0,001
Sobrepeso	662	39,6	284	28,0	
Obesidade	575	34,4	203	20,0	
Total	1670*	100	1016*	100	
Problemas ligados ao álcool					
Consumo de baixo risco	1.107	74,0	655	70,4	0,277
Consumo de risco	316	21,1	225	24,2	
Uso nocivo	51	3,4	35	3,8	
Provável dependência	22	1,5	16	1,7	
Total	1496*	100	931*	100	

*Excluídos os dados ignorados/faltantes

A tabela 5 mostra, em porcentagem, a prevalência do *uso na vida* de drogas psicotrópicas nas amostras analisadas nas duas coortes (1978/79 e 1994) em Ribeirão Preto e o número de indivíduos que responderam cada item da questão 1 do questionário ASSIST. Nota-se que há uma alta proporção de indivíduos que consumiram algum tipo de droga psicotrópica na vida, sendo a prevalência maior entre os mais jovens, correspondendo a 82,4% (IC 80,5 – 84,2%) dos indivíduos mais velhos e 86,2% (IC 84,0 – 88,3%) dos indivíduos mais jovens.

A maior prevalência de uso na vida é a de as bebidas alcoólicas seguida pelos derivados do tabaco, nas duas coortes. Vale destacar que a prevalência de uso de bebidas alcoólicas em indivíduos mais jovens é maior que nos mais velhos, enquanto não houve diferença significativa para o uso de tabaco.

A maconha ou *cannabis* foi a terceira droga mais consumida, sobretudo pelos mais jovens. Há também uma maior prevalência de uso de anfetaminas ou êxtase, alucinógenos e de inalantes nessa população. A prevalência do uso na vida de cocaína ou *crack*, por sua vez, é maior em indivíduos mais velhos.

Não houve diferença significativa no uso de hipnóticos/sedativos, opióides e outras substâncias entre as duas coortes.

Tabela 5. Prevalência (em porcentagem) do *uso na vida* de drogas psicotrópicas nas amostras analisadas nas duas coortes (1978/79 e 1994) em Ribeirão Preto.

Droga	Uso na vida					
	Coorte			Coorte		
	1978/79			1994		
	n**	%	Intervalo de Confiança 95%	n**	%	Intervalo de Confiança 95%
Qualquer droga*	1672	82,4	80,5 - 84,2	1022	86,2	84,0 - 88,3
Derivados do tabaco	1658	35,4	33,1 - 37,7	1014	36,2	33,3 - 39,2
Bebidas alcoólicas*	1670	79,4	77,4 - 81,3	1019	84,2	82,0 - 86,5
Maconha*	1647	22,8	20,2 - 24,2	1020	34,8	31,8 - 37,7
Cocaína, crack*	1640	11,0	9,5 - 12,5	999	6,2	4,7 - 7,7
Anfetaminas ou êxtase*	1628	6,2	5,0 - 7,3	1009	10,1	8,2 - 11,9
Inalantes*	1630	8,8	7,5 - 10,2	1004	11,2	9,3 - 13,2
Hipnóticos/sedativos	1627	4,8	3,8 - 5,8	996	3,6	2,4 - 4,7
Alucinógenos*	1625	3,6	2,7 - 4,6	1006	8,5	6,8 - 10,2
Opióides	1614	2,0	1,3 - 2,7	996	1,9	1,0 - 2,7
Outras	1429	3,2	2,3 - 4,1	961	2,9	1,8 - 3,9

*p valor <0,05

**Total de respondentes

Tabela 6. Risco de uso de qualquer droga psicotrópica associado a características dos sujeitos. Ribeirão Preto, 2016 – 2017.

Variável	Uso na vida de drogas psicotrópicas*			
	1978/79		1994	
	RP (IC 95%)	p**	RP (IC 95%)	p**
Sexo				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,82 (0,83 - 0,94)	<0,001	0,96 (0,91 - 1,02)	0,298
Cor da pele				
Branca	1,00		1,00	
Negra	0,95 (0,84 - 1,09)	0,522	0,91 (0,76 - 1,05)	0,221
Parda/Moreno/Mulato	0,97 (0,90 - 1,05)	0,508	1,00 (1,93 - 1,08)	0,876
Grau de Escolaridade				
Fundamental	1,00		1,00	
Médio	0,97 (0,88 - 1,06)	0,525	1,03 (0,89 - 1,20)	0,618
Técnico/Profissionalizante	0,98 (0,86 - 1,12)	0,863	1,08 (0,91 - 1,28)	0,351
Superior	1,07 (0,97 - 1,18)	0,141	1,01 (0,86 - 1,19)	0,828
Trabalha atualmente				
Sim	1,00		1,00	
Não	0,92 (0,84 - 1,01)	0,089	0,91 (0,86 - 0,96)	0,002
Estado civil				
Casado/com companheiro	1,00		1,00	
Sem companheiro	1,12 (1,06 - 1,18)	<0,001	1,03 (0,95 - 1,13)	0,359
Religião				
Sim	1,00		1,00	
Não	1,05 (0,99 - 1,13)	0,092	1,08 (1,02 - 1,13)	0,003
Chefe da Família				
Demais membros	1,00		1,00	
Próprio Jovem	1,07 (1,01 - 1,14)	0,019	1,01 (0,93 - 1,10)	0,686
Estrato socioeconômico				
A/B	1,00		1,00	
C	0,96 (0,90 - 1,03)	0,383	0,95 (0,88 - 1,02)	0,190
D/E	0,87 (0,64 - 1,17)	0,371	0,98 (0,82 - 1,17)	0,869
Nível de satisfação com a saúde				
Satisfeito/Muito satisfeito	1,00		1,00	
Regular	1,04 (0,98 - 1,11)	0,139	1,02 (0,95 - 1,08)	0,548
Insatisfeito/Muito insatisfeito	0,98 (0,91 - 1,07)	0,790	1,00 (0,91 - 1,09)	0,972
Polifarmácia				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,93 (0,70 - 1,23)	0,635	***	
Nível de atividade física				
Ativo	1,00		1,00	
Inativo	1,04 (0,98 - 1,10)	0,181	0,95 (0,91 - 1,01)	0,208
Sofrimento mental				
Sem sintomas	1,00		1,00	
Presença de sintomas	1,02 (0,96 - 1,09)	0,460	1,00 (0,93 - 1,07)	0,974
Qualidade do sono				
Boa	1,00		1,00	
Ruim	0,94 (0,88 - 1,00)	0,083	1,05 (0,98 - 1,13)	0,114
Presença de distúrbio do sono	0,97 (0,90 - 1,05)	0,558	1,05 (0,96 - 1,14)	0,252
Satisfação com a imagem corporal				
Satisfeito	1,00		1,00	
Insatisfeito pela magreza	1,07 (0,96 - 1,20)	0,192	1,01 (0,93 - 1,10)	0,711
Insatisfeito pela obesidade	1,08 (0,93 - 1,09)	0,826	0,95 (0,87 - 1,04)	0,330
IMC (Índice de Massa corporal)				
Eutrófico	1,00		1,00	
Sobrepeso	1,02 (0,94 - 1,11)	0,563	0,99 (0,91 - 1,08)	0,915
Obesidade	1,03 (0,94 - 1,13)	0,457	1,04 (0,95 - 1,14)	0,381

*Categoria de referência: uso não prescrito de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida

**Valor de p estimado para associação entre as variáveis e o desfecho dicotômico

*** Sem dados

A tabela 6 mostra o modelo de regressão logística ajustada para risco de uso de drogas psicotrópicas associado as características dos sujeitos.

Para a análise os dois grupos de faixas etárias diferentes que relataram ter feito uso na vida não prescrito de qualquer substância psicotrópica foram comparados com os que não usaram.

O modelo revelou que o uso na vida de drogas psicotrópicas nos mais velhos associou-se ao estado civil e ao chefe da família, de modo que estar vivendo sem companheiro (RP 1,12; IC 1,06 – 1,18) e o próprio jovem ser o chefe da família (RP 1,07; IC 1,01 – 1,14) foram fatores de risco. Nesse grupo, indivíduos do sexo feminino estiveram mais protegidos em comparação ao sexo masculino (RP 0,82; IC 0,83 – 0,94). Na faixa etária mais jovem, por sua vez, foi fator de proteção não estar trabalhando (RP 0,91; IC 0,86 – 0,96), e estiveram mais sujeitos ao uso de drogas indivíduos sem religião (RP 1,08; IC 1,02 – 1,13).

A tabela 7 apresenta três modelos de regressão logística ajustada visando o risco de uso na vida de *álcool*, de *tabaco* e de *outras substâncias*.

Nesta análise por classe de drogas, ter problemas ligados ao álcool mostrou-se associado ao uso de tabaco e outras substâncias, atuando como fatores de risco o consumo de risco, uso nocivo e provável dependência, em ambas as faixas etárias.

Com relação às demais variáveis, nos mais velhos, ser do sexo feminino foi fator de proteção para o *uso de álcool* (RP 0,90; IC 0,84 – 0,97), enquanto os fatores de risco foram estar vivendo sem companheiro (RP 1,12; IC 1,06 – 1,20) e o próprio jovem ser o chefe da família (RP 1,08; IC 1,01 – 1,15). Nos mais jovens, porém, estiveram mais sujeitos ao *uso de álcool* indivíduos com ensino médio (RP 1,26; IC 1,01 – 1,56) e que não tinham religião (RP 1,09; IC 1,03 – 1,16), enquanto não estar trabalhando (RP 0,91; IC 0,85 – 0,97) e pertencer à classe C de estrato socioeconômico (RP 0,90; IC 0,83 – 0,98) foram fatores de proteção.

Na análise para o *uso de tabaco*, estiveram associados somente estado civil e cor de pele. Na faixa etária mais velha, estar vivendo sem companheiro (RP 1,26; IC 1,06 – 1,50) foi fator de risco para o uso da substância, enquanto nos mais jovens ser do sexo feminino foi fator de proteção (RP 0,78; IC 0,63-0,96).

Com relação ao *uso das demais classes de drogas psicotrópicas*, estiveram mais protegidos indivíduos do sexo feminino nas duas coortes (RP 0,65; IC 0,52 –

0,83 e RP 0,81, IC 0,67 – 0,98, respectivamente), e indivíduos de cor par-da/moreno/mulato (RP 0,78; IC 0,62 – 0,97) e com ensino médio (RP 0,67; IC 0,50 – 0,89), técnico/profissionalizante (RP 0,49; IC 0,29 – 0,83) ou superior (RP 0,69; IC 0,51 – 0,95), dentre os mais jovens. Por sua vez, a religião também se associou ao uso nessa faixa etária, estando mais sujeitos aqueles que não tinham religião (RP 1,42; IC 1,19 – 1,69).

Tabela 7. Risco de uso na vida de álcool, de tabaco e de outras drogas associado a características dos sujeitos. Ribeirão Preto, 2016 – 2017.

Variável	Uso na vida de álcool*				Uso na vida de tabaco*				Uso na vida de outras substâncias*			
	Coorte		Coorte		Coorte		Coorte		Coorte		Coorte	
	1978/79 RP (IC 95%)	p**	1994 RP (IC 95%)	p**	1978/79 RP (IC 95%)	p**	1994 RP (IC 95%)	p**	1978/79 RP (IC 95%)	p**	1994 RP (IC 95%)	p**
Sexo												
Masculino	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Feminino	0,90 (0,84 - 0,97)	0,006	0,97 (0,91 - 1,04)	0,475	0,81 (0,66 - 1,00)	0,051	0,78 (0,63 - 0,96)	0,025	0,65 (0,52 - 0,83)	<0,001	0,81 (0,67 - 0,98)	0,033
Cor da pele												
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	0,93 (0,81 - 1,08)	0,391	0,93 (0,80 - 1,07)	0,342	0,77 (0,50 - 1,17)	0,231	0,71 (0,47 - 1,08)	0,115	0,89 (0,59 - 1,35)	0,607	0,78 (0,55 - 1,10)	0,165
Parda/Moreno/Mulato	0,95 (0,87 - 1,04)	0,336	1,01 (0,93 - 1,10)	0,677	0,90 (0,71 - 1,12)	0,360	0,95 (0,75 - 1,20)	0,684	0,80 (0,61 - 1,06)	0,124	0,78 (0,62 - 0,97)	0,031
Grau de Escolaridade												
Fundamental	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Médio	1,01 (0,90 - 1,12)	0,845	1,26 (1,01 - 1,56)	0,034	0,94 (0,72 - 1,21)	0,650	1,17 (0,79 - 1,74)	0,408	0,82 (0,62 - 1,09)	0,183	0,67 (0,50 - 0,89)	0,006
Técnico/Profissionalizante	1,06 (0,92 - 1,22)	0,413	1,27 (1,00 - 1,61)	0,045	0,80 (0,54 - 1,19)	0,287	0,82 (0,45 - 1,50)	0,537	0,63 (0,39 - 1,03)	0,060	0,49 (0,29 - 0,83)	0,008
Superior	1,12 (1,00 - 1,26)	0,041	1,21 (0,97 - 1,51)	0,078	0,94 (0,70 - 1,24)	0,672	1,23 (0,82 - 1,83)	0,299	1,04 (0,77 - 1,41)	0,749	0,69 (0,51 - 0,95)	0,024
Tabalha atualmente												
Sim	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Não	0,93 (0,84 - 1,03)	0,177	0,91 (0,85 - 0,97)	0,050	0,82 (0,63 - 1,06)	0,134	0,84 (0,68 - 1,05)	0,138	0,96 (0,68 - 1,36)	0,835	0,93 (0,76 - 1,14)	0,501
Estado civil												
Casado/com companheiro	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sem companheiro	1,12 (1,06 - 1,20)	<0,001	1,06 (0,96 - 1,17)	0,198	1,26 (1,06 - 1,50)	0,007	0,87 (0,64 - 1,18)	0,392	1,18 (0,97 - 1,43)	0,093	0,87 (0,67 - 1,14)	0,346
Religião												
Sim	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Não	1,06 (0,99 - 1,15)	0,084	1,09 (1,03 - 1,16)	0,010	1,05 (0,82 - 1,34)	0,676	1,16 (0,95 - 1,41)	0,310	1,06 (0,82 - 1,38)	0,611	1,42 (1,19 - 1,69)	<0,001
Chefe da Família												
Demais membros	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Próprio Jovem	1,08 (1,01 - 1,15)	0,022	1,00 (0,90 - 1,10)	0,998	1,17 (0,97 - 1,41)	0,099	0,94 (0,71 - 1,24)	0,674	1,12 (0,90 - 1,40)	0,285	1,21 (0,78 - 1,28)	0,986
Estrato socioeconômico												
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
C	0,96 (0,89 - 1,04)	0,423	0,90 (0,83 - 0,98)	0,021	0,99 (0,82 - 1,19)	0,943	1,00 (0,78 - 1,28)	0,960	0,97 (0,78 - 1,21)	0,841	1,21 (0,97 - 1,50)	0,084
D/E	0,86 (0,60 - 1,22)	0,403	0,85 (0,66 - 1,09)	0,213	0,77 (0,34 - 1,71)	0,521	0,99 (0,56 - 1,75)	0,993	1,34 (0,70 - 2,58)	0,369	1,47 (0,95 - 2,26)	0,080

*Categoria de referência: uso não prescrito da droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida

**Valor de p estimado para associação entre as variáveis e o desfecho dicotômico

***Excluídos os dados ignorados/faltantes

Continua na próxima página.

Variável	Uso na vida de álcool*				Uso na vida de tabaco*				Uso na vida de outras substâncias*			
	Coorte		Coorte		Coorte		Coorte		Coorte		Coorte	
	1978/79 RP (IC 95%)	p**	1994 RP (IC 95%)	p**	1978/79 RP (IC 95%)	p**	1994 RP (IC 95%)	p**	1978/79 RP (IC 95%)	p**	1994 RP (IC 95%)	p**
Nível de satisfação com a saúde												
Satisfeito/Muito satisfeito	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Regular	1,05 (0,98 - 1,12)	0,153	1,02 (0,95 - 1,09)	0,563	1,19 (0,98 - 1,43)	0,066	1,10 (0,88 - 1,37)	0,385	1,16 (0,94 - 1,44)	0,159	1,06 (0,86 - 1,31)	0,543
Insatisfeito/Muito insatisfeito	0,97 (0,89 - 1,06)	0,548	0,97 (0,87 - 1,07)	0,578	1,10 (0,87 - 1,39)	0,407	0,95 (0,70 - 1,29)	0,759	0,96 (0,73 - 1,25)	0,782	1,06 (0,82 - 1,38)	0,611
Polifarmácia												
Não	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,98 (0,73 - 1,30)	0,895	***		1,14 (0,45 - 2,84)	0,775	***		0,92 (0,26 - 3,24)	0,898	***	
Nível de atividade física												
Ativo	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Inativo	1,04 (0,97 - 1,11)	0,180	0,94 (0,88 - 1,00)	0,065	1,08 (0,90 - 1,29)	0,376	1,01 (0,83 - 1,22)	0,908	1,14 (0,93 - 1,40)	0,192	1,01 (0,85 - 1,21)	0,859
Sofrimento mental												
Sem sintomas	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Presença de sintomas	0,99 (0,92 - 1,06)	0,895	0,99 (0,92 - 1,07)	0,986	0,95 (0,77 - 1,16)	0,634	1,19 (0,95 - 1,51)	0,123	1,04 (0,82 - 1,32)	0,719	1,11 (0,90 - 1,37)	0,316
Qualidade do sono												
Boa	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Ruim	0,95 (0,89 - 1,02)	0,238	1,07 (0,98 - 1,15)	0,089	0,92 (0,75 - 1,12)	0,408	0,99 (0,79 - 1,25)	0,996	0,86 (0,69 - 1,08)	0,204	1,07 (0,87 - 1,32)	0,478
Presença de distúrbio do sono	0,96 (0,89 - 1,04)	0,381	1,07 (0,97 - 1,18)	0,128	1,05 (0,84 - 1,31)	0,632	0,95 (0,72 - 1,26)	0,770	1,03 (0,80 - 1,32)	0,783	0,94 (0,72 - 1,23)	0,658
Satisfação com a imagem corporal												
Satisfeito	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Insatisfeito pela magreza	1,13 (0,99 - 1,28)	0,050	1,01 (0,91 - 1,10)	0,835	1,12 (0,79 - 1,57)	0,512	0,84 (0,62 - 1,12)	0,250	1,08 (0,75 - 1,55)	0,668	1,18 (0,90 - 1,56)	0,215
Insatisfeito pela obesidade	1,03 (0,94 - 1,12)	0,459	0,93 (0,85 - 1,02)	0,158	1,03 (0,81 - 1,32)	0,782	0,84 (0,66 - 1,07)	0,163	1,08 (0,83 - 1,40)	0,546	1,04 (0,83 - 1,32)	0,686
IMC (Índice de Massa corporal)												
Eutrófico	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sobrepeso	1,02 (0,93 - 1,11)	0,650	0,99 (0,91 - 1,09)	0,971	0,94 (0,74 - 1,20)	0,643	1,09 (0,85 - 1,39)	0,484	0,82 (0,64 - 1,06)	0,149	1,13 (0,91 - 1,41)	0,256
Obesidade	1,03 (0,93 - 1,14)	0,484	1,08 (0,98 - 1,20)	0,112	0,95 (0,72 - 1,24)	0,723	0,92 (0,68 - 1,24)	0,618	0,76 (0,57 - 1,02)	0,070	0,77 (0,57 - 1,03)	0,087
Problemas ligados ao álcool												
Consumo de baixo risco	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Consumo de risco	***		***		1,45 (1,21 - 1,74)	<0,001	2,43 (1,97 - 2,99)	<0,001	1,52 (1,25 - 1,85)	<0,001	2,06 (1,70 - 2,49)	<0,001
Uso nocivo	***		***		1,62 (1,16 - 2,25)	0,004	3,42 (2,62 - 4,47)	<0,001	1,69 (1,17 - 2,43)	0,004	3,17 (2,51 - 4,00)	<0,001
Provável dependência	***		***		2,13 (1,35 - 3,38)	0,001	2,56 (1,76 - 3,73)	<0,001	1,86 (1,01 - 3,42)	0,043	2,38 (1,59 - 3,59)	<0,001

*Categoria de referência: uso não prescrito da droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida

**Valor de p estimado para associação entre as variáveis e o desfecho dicotômico

***Excluídos os dados ignorados/faltantes

7. Discussão

7. DISCUSSÃO

Os resultados revelam que há uma alta proporção de indivíduos que consumiram algum tipo de droga psicotrópica na vida, sendo a prevalência do uso na vida de qualquer droga maior entre os mais jovens (86,2%; IC 84,0 – 88,3%). Nas duas coortes, a maior prevalência foi a do uso de álcool, sobretudo nos mais jovens, seguida pela de tabaco, nas duas faixas etárias.

Os inquéritos à população geral são essenciais para avaliar o comportamento relacionado ao uso de drogas e a elaboração de políticas públicas e legislação no campo da saúde mental. Todavia, a sociedade contemporânea tem medo de declarar abertamente qualquer comportamento relacionado ao uso de drogas (FONSECA et al, 2010). O medo da repreensão e discriminação leva os usuários a uma situação de isolamento social, minimizando a real dimensão do problema. A metodologia de entrevista e coleta de dados utilizada no projeto temático, do qual este estudo deriva, minimiza o receio que os entrevistados teriam ao responder sobre seu padrão de uso de drogas em um inquérito domiciliar, já que se constitui de um questionário confidencial, auto-aplicado, e as possíveis dúvidas poderiam ser esclarecidas com ajuda do entrevistador.

Diariamente, a mídia nos bombardeia com notícias de crimes, acidentes de trânsito, casos de violência doméstica, violência contra a mulher, *bullying*, e outras barbáries cometidas por indivíduos sob o efeito de drogas ou álcool, muitas vezes associando esse tipo de comportamento a um ou outro grupo populacional. À vista disso, estudos devem ser representativos da população de um país, revelando quais reais fatores estão associados ao consumo de substâncias psicoativas, incluindo comportamentos abusivos e/ou de risco.

Não é objetivo deste estudo discutir o papel dos equipamentos sociais na prevenção ao uso de drogas, mas sim, identificar qual a prevalência e quais fatores estão associados ao padrão de consumo em duas amostras populacionais de gerações diferentes, nascidas em um centro urbano, fornecendo, por conseguinte, subsídios para pesquisas futuras e discussões sobre o tema. Logo, é importante analisar as características das amostras estudadas, considerando que é necessário estar familiarizado com a realidade de uma determinada população quando se pretende desenvolver estratégias adequadas para prevenir o uso de substâncias psicoativas (FONSECA et al, 2010).

Com relação às características sociodemográficas, as coortes foram semelhantes na maior parte delas, como sexo, cor de pele, grau de escolaridade, crença religiosa, estrato socioeconômico e situação de trabalho.

Em ambas houve uma maior proporção de mulheres, em relação aos homens, o que corrobora com o levantamento realizado pelo CEBRID, em 2006, abrangendo 107 cidades brasileiras com mais de duzentos mil habitantes, e com o levantamento da FIOCRUZ, em 2017, que avaliou os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas em todo o território nacional, inclusive a população rural, com idade entre 12 e 65 anos (CARLINI; GALDURÓZ, 2006) (BASTOS, 2017). O IBGE já havia encontrado padrão semelhante na distribuição por sexo na população brasileira, em 2014, em que a composição foi de 51,4% de mulheres e 48,6% de homens (IBGE, 2014).

É importante notar que nas duas coortes a maior parte dos entrevistados apresentou níveis mais altos de escolaridade, com ensino médio e superior, característica bem próxima à da população brasileira, como demonstrado no estudo da FIOCRUZ (BASTOS, 2017). A proporção de indivíduos com nível superior aumentou de 45,9% entre os mais velhos para 55,2% entre aqueles com idade entre 22 a 24 anos, perfil semelhante ao da população brasileira (CARLINI; GALDURÓZ, 2006) (BASTOS, 2017). Em 2004, a proporção de brasileiros com 18 a 24 anos que frequentava o ensino superior era de 10,4%, e passou para 16,3% em 2014. Além disso, número de analfabetos e pessoas com ensino fundamental no Brasil tem diminuído com o passar dos anos (IBGE, 2014).

As duas coortes também são comparáveis à população geral quanto à ocupação. Enquanto apenas 7,7% dos indivíduos mais velhos não estavam trabalhando no momento da entrevista, esse número corresponde a 19,3% dos mais jovens. A taxa de desocupação no Brasil em indivíduos com idade entre 16 a 24 anos foi de 14,8% em 2013, enquanto naqueles com idade entre 25 a 39 anos foi de 6,2% (IBGE, 2014). Provavelmente isso se atribui ao fato de que os jovens têm tido cada vez mais acesso a níveis maiores de escolaridade, ingressando no mercado de trabalho mais tardiamente.

Com relação à etnia, em ambas majoritariamente predominou a cor branca, sendo aproximadamente 80% dos mais velhos e 75,8% dos mais jovens, perfil diferente do que foi demonstrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

(PNAD) em 2014, para a Região Sudeste, em que 53,2% da população residente se declararam de cor branca (IBGE, 2014).

Outra característica interessante refere-se ao estado civil, que se diferenciou nas duas coortes. Entre os mais velhos houve uma maior proporção de pessoas casadas ou vivendo com companheiro(a), enquanto a maioria dos jovens é solteira. Em 2006, nos grandes centros urbanos, a proporção de casados e solteiros do total da população já apresentava padrão semelhante (CARLINI; GALDURÓZ, 2006). Já em 2015, a população brasileira com idade entre 12 a 65 anos era majoritariamente solteira (BASTOS, 2017).

As mudanças nos arranjos familiares refletem as transformações na organização das famílias brasileiras, com um crescimento do número de pessoas que moram sozinhas e de casais que optam por não terem filhos. Em 2013, 61,7% dos arranjos unipessoais – domicílios ocupados por apenas um morador – eram compostos por pessoas com 50 anos ou mais, uma elevação em relação ao registrado em 2004, quando a proporção foi de 57,4%, e esse tipo de arranjo é mais presente nas regiões Sul e Sudeste do país (IBGE, 2014). Pode-se dizer que proporções de indivíduos solteiros e casados encontradas nas duas coortes reflete a situação familiar característica para cada faixa etária. Soma-se a isto o fato de que entre os indivíduos mais velhos o próprio entrevistado era o chefe da família, enquanto entre os mais jovens a maioria tinha o pai como chefe de família ou indivíduo que possuía maior renda.

No tocante à renda, a maior parte dos indivíduos nas duas coortes pertencia às classes A e B, conforme a Classificação Econômica Brasileira. O critério não considera apenas a renda, mas também são avaliadas determinadas características do domicílio, como a existência e quantidade de alguns atributos e a escolaridade do chefe da família, acesso a serviços públicos como água encanada e rua pavimentada. No ano de 2005, na região sudeste do Brasil, a maior porcentagem de respondentes pertencia à classe C, com uma pequena prevalência das classes A e E (CARLINI; GALDURÓZ, 2006). O crescimento econômico, em conjunto com a redução da desigualdade de renda foram favoráveis à melhoria das condições de vida da população brasileira (IBGE, 2017).

A maior parte dos entrevistados nas duas coortes apresentava-se satisfeito com sua saúde, mas o número de indivíduos insatisfeito ou muito insatisfeito foi maior entre os mais velhos. O avançar da idade também aumenta a proporção de

usuários de polifarmácia, ou seja, quatro ou mais medicamentos, conforme demonstrado nos resultados das duas coortes. Embora a etiologia do uso de polifarmácia seja multifatorial, as doenças crônicas e as manifestações clínicas advindas do envelhecimento são seus elementos principais (SECOLI, 2010) e frequentemente é citada na literatura como fator associado ao maior uso de psicofármacos.

Similarmente, a proporção de indivíduos classificados como inativos, no que concerne ao nível de atividade física, é maior entre os mais velhos. Em um estudo utilizando a mesma metodologia – IPAQ versão curta – para investigar o nível de atividade física na população do Estado de São Paulo, Brasil, os autores também encontraram que a maior parte dos indivíduos ativos também estava no grupo mais jovem (15 a 29 anos), com discreto aumento do sedentarismo com o aumento da idade cronológica (MATSUDO et al, 2002).

Em ambas as coortes, a maior proporção dos indivíduos referiu ter algum tipo de religião, mas a proporção dos que não tem religião aumentou de 11,3% entre os mais velhos para 26,5% entre os mais jovens. Em 2005, o CEBRID encontrou características semelhantes na população brasileira em que a proporção de pessoas que afirmaram não ter religião foi proporcional à idade (CARLINI; GALDURÓZ, 2006).

Quanto ao índice de massa corporal dos entrevistados, houve predominância de indivíduos com peso ideal (eutróficos) dentre os mais jovens, mas há uma alta proporção de indivíduos com sobrepeso e obesidade entre os mais velhos. Em 2003, Abrantes e colaboradores observaram um aumento gradativo da prevalência de sobrepeso e obesidade desde a infância até a idade adulta nas regiões Sudeste e Nordeste do país (ABRANTES et al, 2003). Todavia, estudos recentes mostram que a prevalência de sobrepeso e obesidade nas capitais brasileiras deu uma estagnada, com crescimento de pessoas que praticam atividade física e consomem alimentos mais saudáveis, embora os níveis ainda preocupem nos jovens (BRASIL, 2017).

Paralelamente, a maior parte dos entrevistados revelou uma insatisfação com a imagem corporal pelo excesso de peso, sobretudo entre os mais velhos. A imagem corporal, considerada como a forma com que o corpo se apresenta para cada um, pode ser influenciada por vários fatores dentro da subjetividade individual, e evidências científicas revelam que a insatisfação é cada vez mais comum, o que

pode influenciar os hábitos alimentares, a saúde nutricional e a percepção do próprio corpo (PEREIRA et al, 2008).

A maior parte dos indivíduos apresentou qualidade ruim ou distúrbios do sono, inclusive com distúrbios do sono entre os mais velhos. A má qualidade do sono, que apresenta prevalência estimada na população de adultos de 15 a 27%, pode impactar diretamente no funcionamento físico e cognitivo do indivíduo, acarretando alterações psiquiátricas como depressão e transtornos de ansiedade (MULLER; GUIMARÃES, 2007).

Os grupos também foram avaliados quanto ao problema do uso de álcool, através do questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) que avalia o quanto o consumo dessa substância interfere na estrutura psicossocial dos indivíduos. Os resultados revelaram que a maior parte dos indivíduos nas duas coortes tinham consumo de baixo risco, mas não se deve desprezar o fato de que aproximadamente um quinto dos indivíduos nas duas amostras apresentou consumo de risco, o que pode ser preocupante à saúde pública, dado que o consumo crônico e excessivo de álcool é responsável por milhões de mortes no mundo todo, além de ocasionar danos psicológicos e interpessoais aos usuários (WONG et al, 2008). Soma-se a isso o fato de que pouco mais de um terço dos indivíduos, tanto os mais jovens quanto os mais velhos apresentou sintomas de sofrimento mental, avaliado pelo questionário SRQ-20, embora este estudo não tenha demonstrado associação entre a variável e uso de álcool.

A fim de investigar dados referentes à prevalência do uso de substâncias psicoativas nas duas coortes foi utilizado o questionário ASSIST para triagem do uso de álcool, tabaco e outras drogas, de modo que os resultados disponíveis se referem ao uso na vida não prescrito de cada droga psicotrópica, incluindo um único uso experimental, metodologia amplamente utilizada para avaliar o uso dessas substâncias em uma determinada população, embora seja comum encontrar estudos que avaliam também o uso recente, referido como uso no ano.

O Relatório Mundial sobre Drogas revelou que, em 2016, aproximadamente 5,6% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos haviam consumido drogas pelo menos uma vez ao ano, e que os danos associados são mais elevados entre os jovens mas que o uso entre a população mais velha (com 40 anos ou mais) tem aumentado em um ritmo mais acentuado (UNDOC, 2018). Segundo a OMS, o consumo de substâncias psicoativas é mais prevalente entre jovens que em grupos

etários mais velhos (WHO, 2004). Pesquisas revelam, ainda, que a experimentação de substâncias psicoativas precocemente acarreta maior dependência na vida adulta (KASSA; YILMA, 2014). A prevalência de uso na vida de qualquer droga encontrada no presente estudo foi de aproximadamente 82% dos mais velhos e 86% dos mais jovens. Em 2005, o CEBRID havia encontrado uma prevalência de aproximadamente 22% na população brasileira com idade entre 12 a 65 anos, mas a pesquisa investigou o uso de tabaco e álcool separadamente (CARLINI; GALDURÓZ, 2006).

Os resultados mostraram que a prevalência de indivíduos que fizeram uso de drogas foi maior entre os mais jovens, em comparação aos mais velhos. Houve diferença entre as duas coortes com relação ao uso na vida de bebidas alcoólicas, maconha, cocaína e crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes e alucinógenos. Excepcionalmente álcool e tabaco, a maior prevalência em ambos os grupos foi a do uso de maconha. O estudo brasileiro do CEBRID, em 2005, demonstrou que, para a maioria das drogas psicotrópicas, a iniciação se inicia ainda na adolescência, e as maiores prevalências de uso na vida concentraram-se na faixa dos 18 aos 24 anos e dos 26 a 34 anos, declinando após os 35 anos (CARLINI; GALDURÓZ, 2006).

Dentre as substâncias consideradas lícitas no Brasil, bebidas alcoólicas e derivados do tabaco são, de longe, os mais consumidos, o que não foi diferente no presente estudo. As duas estão amplamente disponíveis na maior parte do mundo e são comercializados e divulgados na mídia massivamente, tendo como alvo principal os jovens, e são causas importantes de mortalidade e incapacidade em países desenvolvidos (WHO, 2004). A maior prevalência de uso na vida foi a de indivíduos que consumiram bebidas alcoólicas nas duas coortes – aproximadamente 79% entre os mais velhos e 84% entre os mais jovens. Em 2005 já era possível observar essa diferença na população brasileira, sendo que a prevalência foi inversamente proporcional à idade (CARLINI; GALDURÓZ, 2006). Em 2015, a faixa etária de risco correspondeu à população com faixa etária entre 25 a 34 anos (BASTOS, 2017).

Em segundo lugar, aparece o uso de tabaco e seus derivados, mas não houve diferença com relação às faixas etárias. A prevalência nas duas coortes girou em torno de 36%, menor que a da população brasileira em 2005 (CARLINI; GALDURÓZ, 2006), menor que a de países como Chile e Cuba em 2010 (ALWAN et al, 2011), semelhante ao estudo da FIOCRUZ, em 2015 – 33,5% - (BASTOS, 2017) porém maior que a do estudo VIGITEL em 2018, que foi de 9,3% (BRASIL, 2017).

Estima-se que, atualmente, 942 milhões de homens e 175 milhões de mulheres com 15 anos ou mais são fumantes no mundo todo. 80% desses fumantes vivem em 24 países, sendo dois terços em países de baixa e média renda. Estudos recentes mostram que o consumo de tabaco vem crescendo em países em desenvolvimento e reduzindo em países desenvolvidos, e é maior entre homens (DROPE et al, 2018). O esforço para reduzir o uso do tabaco através de políticas públicas tem sido efetivo no Brasil nos últimos anos, demonstrando uma expressiva queda nas prevalências ao longo dos anos - de 34,8% em 1989 para 14,7% em 2013. O Brasil ocupa hoje o 11º lugar no ranking das maiores prevalências de consumo de tabaco nos países das Américas (INCA, 2018).

No tocante as substâncias ilícitas, a prevalência de uso na vida na população brasileira em 2015 se concentrou nas faixas etárias intermediárias, especialmente entre adultos jovens (25 a 34 anos). Mais inquietantes são os dados sobre o início de uso. Dentre aproximadamente 800 mil indivíduos com idade entre 12 e 18 anos, a mediana do primeiro consumo de qualquer substância ilícita foi de 13,1 anos (BASTOS, 2017).

A terceira substância com maior prevalência de uso nas duas coortes foi a maconha (22% entre os mais velhos e 34% entre os mais jovens) com um aumento significativo entre os mais jovens. É também a mais consumida dentre as ilícitas. De acordo com o CEBRID, em 2005, o uso dessa substância já ocorria em idades entre 12 a 17 anos (4,1%), com um pico entre 18 a 24 anos (17,0%), diminuindo na faixa etária acima de 35 anos (5,6%) (CARLINI; GALDURÓZ, 2006), o que corrobora com os achados do presente estudo. Contudo, os resultados emitem um padrão preocupante de uso de maconha na população estudada, pois as prevalências foram superiores ao da população brasileira no ano de 2015, para todas as faixas etárias (BASTOS, 2017).

O uso na vida de anfetaminas ou êxtase, inalantes e alucinógenos também foi expressivamente maior entre indivíduos mais jovens, em comparação aos mais velhos. A prevalência de uso na vida de solventes entre os mais jovens foi próxima à da população brasileira em 2005, enquanto as de inalantes e de alucinógenos foram aproximadamente quatro vezes maiores (CARLINI; GALDURÓZ, 2006). Todavia, os resultados revelam um padrão de uso semelhante ao que foi encontrado em 2015, pela FIOCRUZ, já que o estudo demonstrou que as maiores prevalências de uso dessas substâncias concentram-se na faixa etária dos 18 aos 34 anos (BASTOS,

2017). Uma das prováveis explicações para o fato é que o surgimento de drogas sintéticas e êxtase é relativamente recente, e surgiu no cenário das festas de música eletrônica, principalmente entre jovens adultos e universitários, por isso o uso mais acentuado nessa faixa etária (ANDRADE et al, 2018).

Em contrapartida, os resultados demonstraram maior prevalência de consumo de cocaína/crack entre os mais velhos. O que se sabe é que o advento do crack, a partir dos anos 80 do século passado, e o barateamento, maior produção e oferta da cocaína, tem mudado o padrão de consumo da substância, e o uso abusivo tem se tornado um problema cada vez mais frequente (FERREIRA; MARTINI, 2001). Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) (apud Marques et al, 2012), demonstram que o mercado de cocaína tem aumentado na Europa e em países emergentes, como o Brasil, declinando nos mercados tradicionais de cocaína, como os Estados Unidos. No Brasil, a literatura demonstra que o uso dessas substâncias tem início logo na adolescência, mas aumenta após os 18 anos, concentrando as maiores prevalências na faixa etária de 25 a 34 anos, e declinando após os 35 anos (CARLINI, GALDURÓZ, 2006).

A saúde pública tem sido ameaçada pelo consumo não medicinal de medicamentos sob prescrição, sendo os opióides os principais responsáveis pelos danos relacionados ao uso de drogas. A produção global de ópio aumentou 65%, de 2016 a 2017, e o Relatório Mundial sobre Drogas mostrou uma expansão dos mercados de drogas ilícitas, como cocaína e maconha. Embora a cannabis tenha sido a droga mais consumida mundialmente, em 2016, há um crescente uso de novas substâncias psicoativas e medicamentos sob prescrição, como benzodiazepínicos, analgésicos opióides, e sedativos.

Não houve diferença significativa nas prevalências de uso na vida de hipnóticos ou sedativos, opióides e outras substâncias, entre as duas coortes. É possível perceber um padrão semelhante de uso de algumas substâncias a outros estudos, como é o caso dos opióides, cuja prevalência de uso na vida é próxima à da população brasileira em 2005, em maiores de 18 anos (CARLINI; GALDURÓZ, 2014), e à prevalência das Américas em 2014 na população com idade entre 15 e 64 anos (UNODC, 2018).

Entre os fatores associados ao uso de qualquer substância psicotrópica na população mais jovem, não ter religião foi fator de risco para o uso na vida. Outras pesquisas também mostraram a influência da religiosidade como moduladora no

consumo de álcool e drogas em adolescentes e jovens adultos. Dalgarrondo e colaboradores (2004) verificaram que o uso pesado de pelo menos uma droga (álcool, tabaco, solventes, medicamentos, maconha, cocaína, êxtase) foi maior entre os estudantes que não tiveram educação religiosa na infância. Entre estudantes universitários, a prevalência de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos doze meses anteriores à pesquisa foi superior entre os alunos que não possuíam religião (SILVA et al, 2006).

De acordo com Andrade e colaboradores, a prática de religiosa rotineira também reduz a chance de experimentação de álcool em jovens com 15 anos ou mais (ANDRADE et al, 2017). As evidências revelam que altos índices de religiosidade, expressos pelas idas rotineiras à igreja e a importância dada à crença religiosa, tem associação positiva ao não-consumo de drogas e as abordagens espirituais, de qualquer origem, podem auxiliar na recuperação dos dependentes de drogas. Pacientes portadores de doenças crônicas e severas se beneficiam pela prática religiosa nos momentos em que estão sujeitos a estresse social e psicológico causados pela presença da patologia (SANCHEZ; NAPPO, 2007). No presente estudo, foi possível demonstrar que jovens que não tinham religião apresentavam mais chances de ter usado alguma substância psicotrópica na vida, e os resultados evidenciaram a importância da exploração desse tema no contexto de saúde pública brasileiro.

O segundo fator associado ao uso de qualquer droga entre os mais jovens, pertencentes à coorte de 1994, refere-se a estar ou não trabalhando no momento da entrevista. Curiosamente, os resultados demonstraram que não estar trabalhando atuou como fator de proteção para o uso na vida de substâncias psicoativas. Esses resultados diferem dos que foi encontrado na literatura, já que o desemprego frequentemente associa-se positivamente ao uso dessas substâncias, sobretudo a drogas ilícitas, como demonstrado por Wadsworth e colaboradores (2004), no Reino Unido.

Henkel (2011), em uma revisão da literatura entre os anos de 1990 e 2010, verificou que o consumo de risco de álcool era mais prevalente entre os desempregados, sendo o desemprego um fator de risco significativo para a utilização de substâncias psicoativas e o desenvolvimento subsequente de transtornos relacionados ao consumo. Entre adultos com 35 anos de idade, o desemprego também aumentou a chance de uso drogas psicotrópicas (MERLINE et al, 2004), mas no presente estudo não houve associação significativa na população de mesma faixa etária.

Em contrapartida, o uso pesado de drogas lícitas e ilícitas entre estudantes de primeiro e segundo graus de escolas públicas e particulares de Campinas, Brasil, no ano de 1998, foi maior entre os que trabalhavam (SOLDERA et al, 2004). Estudantes do nono ano do ensino fundamental que trabalhavam também tiveram mais chance de usar substâncias psicotrópicas (MALTA et al, 2014). Uma das limitações do presente estudo é não precisar em que momento da vida os sujeitos fizeram uso de substâncias, mas assim como descrito por Soldera (2014) os achados sugerem a necessidade de novas reflexões sobre a concepção de que indivíduos com mais tempo livre tem mais chances de usar substâncias psicotrópicas.

Sabe-se que a atividade laboral está associada a sentimentos de prazer e sofrimento, podendo evidenciar a subordinação e alienação (GAVIRACHI, 2016), e vários estudos demonstram a associação positiva entre medicalização e uso de substâncias psicoativas em diversos grupos profissionais, hipotetizando, ainda, a relação entre trabalho e sofrimento psíquico. Vale ressaltar, portanto, que a amostra mais jovem no presente estudo era composta predominantemente por indivíduos de classe média-alta, solteiros, cujo pai e mãe eram chefes da família, com altos níveis de escolaridade e que trabalhavam no momento da entrevista, sugerindo que as dificuldades em assumir a vida adulta e se adaptar ao mundo do trabalho, podem estar relacionadas ao uso de psicotrópicos nessa população, embora sejam necessários novos estudos para investigar o fato.

Na coorte de indivíduos mais velhos, por sua vez, esses fatores não estiveram associados ao uso de substâncias psicotrópicas. Nessa amostra, ser do sexo feminino foi fator de proteção para o uso na vida de drogas psicotrópicas, corroborando com os achados de Merline e colaboradores (2004), em adultos americanos. A relação entre gênero e o consumo de drogas já está bem estabelecida na literatura, de modo que homens tem mais chance de consumir substâncias psicoativas que as mulheres, tanto na população geral quanto em grupos específicos (KASSA; YILMA, 2014) (GUIMARÃES et al, 2018) (PICOLOTTO et al, 2010). O Relatório Mundial sobre Drogas, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), mostrou que a maioria das pessoas que usam drogas são homens, embora as mulheres tenham padrões de uso específicos de consumo. Geralmente, iniciam o uso mais tardiamente em comparação aos homens, mas desenvolvem transtornos relacionados ao uso de drogas mais rapidamente. O uso não médico de opióides e tranquilizantes, por sua vez, é comparável ao dos homens (UNODC, 2018).

Foi possível observar, também, que estar vivendo sem companheiro e ser o próprio jovem o chefe da família estiveram significativamente associados ao uso de drogas entre os mais velhos. A literatura revela que os relacionamentos amorosos influenciam no padrão de consumo de substâncias. Verificou-se, no presente estudo, que ser solteiro ou não ter companheiro foi fator de risco para o uso na vida de substâncias psicotrópicas, corroborando com os achados do País de Gales (WADSWORTH et al, 2004) e no estudo americano entre indivíduos com 35 anos de idade, em que os casados tinham menor chance que os solteiros ou separados de fumar cigarros, fazer uso pesado de álcool, usar maconha, cocaína e uso indevido de drogas sob prescrição (MERLINE et al, 2004). Ser casado, estar namorando ou ter outro tipo de relação de coabitação também foram associados a reduções no consumo excessivo de álcool e maconha, no início da idade adulta (FLEMING; WHITE; CATALANO, 2010).

Os mesmos fatores associados ao uso de qualquer droga se repetiram com relação ao uso de álcool, contudo, soma-se ter ensino médio aos fatores de risco e pertencer à classe C de estrato socioeconômico aos fatores de proteção, na amostra mais jovem. Wadsworth e colaboradores (2004) encontraram resultados semelhantes em que, dentre outros fatores, o consumo pesado de álcool foi associado a ser do sexo masculino, sem maior qualificação profissional, não ser casado e ter menos de 25 anos de idade. A situação socioeconômica também esteve associada ao uso de bebidas alcoólicas entre estudantes universitários, de modo que alunos de renda familiar mais elevada apresentaram maior consumo (SILVA et al, 2006).

A associação entre o nível de escolaridade e o uso de álcool e outras drogas, é bem conhecida, embora os achados na literatura sejam controversos. Ramis e colaboradores (2012), em um estudo com estudantes universitários, concluíram que mais de 90% dos fumantes e dos que consumiam bebidas alcoólicas iniciaram o hábito antes mesmo de ingressar na universidade. De outro modo, a Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil, revelou que a proporção de pessoas com 18 anos ou mais que costumavam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana foi menor dentre os adultos sem instrução e com ensino fundamental incompleto, em comparação àqueles com maior nível de escolaridade. Achados da literatura sugerem que a experimentação de bebidas alcoólicas se inicia ainda na adolescência, e esses indivíduos tem maior chance de se tornar usuários crônicos na vida adulta.

Os fatores, religião, trabalho e escolaridade, por sua vez, não estiveram associados ao uso de tabaco. Para o uso dessa substância, nos mais velhos, foram fatores de risco não ter companheiro e ter algum dos problemas ligados ao álcool: consumo de risco, uso nocivo ou provável dependência. Nos mais jovens, ter problemas ligados ao álcool também foram fator de risco, enquanto estiveram mais protegidos indivíduos do sexo feminino. Em um estudo brasileiro, ser do sexo feminino também foi fator de proteção ao uso de narguilé e outros produtos do tabaco entre escolares, enquanto estiveram mais expostos indivíduos que faziam uso de cigarros e álcool (MALTA et al, 2018).

Com relação ao uso de outras drogas, exceto álcool e tabaco, ser do sexo feminino novamente surge como fator de proteção tanto nos mais jovens quanto nos mais velhos. Em adolescentes e adultos jovens de um assentamento urbano na região Centro-Oeste do Brasil, o uso de substâncias ilícitas nos trinta dias que antecederam a pesquisa também esteve associado ao sexo masculino (ALVES et al, 1992). Consumo de risco, nocivo, ou dependência de álcool também aparecem como fator de risco nas duas coortes, assim como não ter religião, nos mais jovens.

Contudo, outras variáveis surgem como fator de proteção ao uso de outras drogas na amostra mais jovem: ser de cor parda/moreno/mulato e ter ensino médio, técnico/profissionalizante ou superior. Em escolares do nono ano do ensino fundamental, maior chance de consumo de drogas psicoativas também esteve associada a cor branca (MALTA et al, 2014).

A associação entre o uso pesado de álcool e o consumo de tabaco e outras drogas ilícitas é bem descrita na literatura. A Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack revelou um consumo altíssimo de álcool (77,07%) e tabaco (85,06%) concomitante ao uso da droga, pressupondo que a ingestão dessas substâncias antecede o uso de outras drogas (BASTOS et al, 2014). Autores atribuem a grande disponibilidade, baixo custo e inexistência de regulamentação às altas prevalências de consumo abusivo de álcool.

Embora haja certa dificuldade em comparar resultados deste estudo com algumas pesquisas devido à forma de classificação das substâncias psicoativas que variam na literatura, os resultados são provenientes de um estudo de coorte, utilizando questionários validados e padronizados, e comprovam a hipótese de que há diferenças do uso na vida de substâncias psicotrópicas não prescritas entre indivíduos de faixas etárias diferentes. Além disso, a utilização de um questionário sigilo-

so, auto aplicado, voltado ao uso de psicotrópicos, minimiza uma possível insegurança do entrevistado ao abordar o tema, tornando os resultados mais próximos da realidade.

Apesar de todo o esforço que tem sido empenhado na prevenção ao uso de drogas, a criação de novas políticas de saúde e de legislação que regulamenta a prescrição e venda de substâncias psicotrópicas parece ser insuficiente. Os resultados do presente estudo sugerem que são necessárias novas estratégias e abordagens, considerando os grupos que estão sob o maior risco e promovem a reflexão de que a experimentação dessas substâncias pode estar intimamente ligada aos novos arranjos familiares e de ocupação, embora sejam necessárias pesquisas futuras sobre o tema.

O advento das mídias sociais e o avanço da comunicação global podem ser aliados em direção oposta à massiva propaganda que atrai cada vez mais indivíduos ao consumo de substâncias de uso recreativo, incluindo as de venda livre como álcool e tabaco que são, de longe, as mais experimentadas, principalmente entre os homens.

8. Conclusões

8. CONCLUSÕES

Os achados revelam que há uma alta proporção de indivíduos que consumiram algum tipo de droga psicotrópica na vida, sendo a prevalência do uso na vida de qualquer droga maior entre os mais jovens (86,2%; IC 84,0 – 88,3%), sobretudo o uso de bebidas alcoólicas, e que os fatores associados ao uso variam conforme a faixa etária e o tipo de substância consumida. Assim atendem aos objetivos propostos para este estudo e podem, dessa forma, fornecer subsídios para pesquisas futuras e elaboração de políticas públicas sobre o tema.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 2, p. 162-6, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16210>>.

ALWAN, A. et al. Global status report on noncommunicable diseases 2010. **World Health Organization**, 2011. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=4BCBF8625DEA2482CBB8482195E51FA8?sequence=1>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ANDRADE, Arthur Guerra de et al. I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, v. 1, 2010. Disponível em: < <https://justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/ilevantamentodrogasuniversitarios-pt-br-2010.pdf>>.

ANDRADE, M. E. et al. Experimentação de substâncias psicoativas por estudantes de escolas públicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-S1518-87872017051006929.xml>>.

ANDRADE, T. M. et al. Uso de Substâncias psicoativas no Brasil. In. __**SUPERA**: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento, São Paulo, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/>>.

BABOR, T. F. et al. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: **World Health Organization**, 1992. Disponível em: < https://alcoholscreen.org/~auditscreen/cmsb/uploads/audit-manual_001.pdf>.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 71, n. 6, p. 820-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rboto/v71n6/a21v71n6.pdf>>.

BARBIERI, M.A. et al. Health in early adulthood: the contribution of the 1978/79 Ribeirão Preto birth cohort. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 8, p. 1041-1055, Agosto, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100879X2006000800007&lng=en&nrm=iso>.

BASTOS, F. I. P. M. et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ/ICT**, 2017. 528 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/34614>>.

BATISTA, I. R.; REIS, M. Farmacologia das Substâncias Psicoativas. Como funciona? In: Cordeiro, D. C. et. al. **Tratamentos farmacológicos para Dependência Química: da evidência científica à prática clínica**. 1. ed. Brasil: Artmed, 2009. cap. 1, p.24-52. Disponível em: <http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/D/DIEHL_Alessandra/Tratamentos_Farmacologicos_Dependencia_Quimica/Liberado/Cap_01.pdf>.

BLAY, S. L.; FILLENBAUM, G. G.; PELUSO, E. T. Differential characteristics of young and midlife adult users of psychotherapy, psychotropic medications, or both: information from a population representative sample in São Paulo, Brazil. **BMC psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 268, 2015. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0651-2>>.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 38, p. 195-201, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº344 de 12 de maio de 1998 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. **Brasília**, 2017. Disponível em: <<https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/01/VIGITEL-2017-18.pdf>>.

BUDNEY, A. J.; VANDREY, R. G.; STANGER, C.. Intervenções farmacológica e psicossocial para os distúrbios por uso da cannabis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl. 1, p.S46-S55, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462010000500008&script=sci_abstract&tlng=pt>.

BUSSYE, D.J. et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

CARDOSO, V.C. et al. Profile of three Brazilian birth cohort studies in Ribeirão Preto, SP and São Luís, MA. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 9, p. 1165-1176, Set, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100879X2007000900003&lng=en&nrm=iso>.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **J bras psiquiatr**, v. 55, n. 4, p. 314-317, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf>> .

CARLINI, A. E.; GALDURÓZ, J. C. F. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. **CEBRID** - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, Departamento de Psicobiologia - UNIFESP, v. 106, p. 1-31, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21108957>>.

CARLINI, E. A. et al. Drogas Psicotrópicas - O Que São E Como Agem. **Revista IMESC**, v. nº 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/Revistas/Revista%20IMESC%20n%C2%BA%203%20-%20outubro%20-%202001.pdf>>.

CARLINI, E. A. et al. Livroto Informativo sobre drogas psicotrópicas. **CEBRID**, SENAD, Lastro Editora, 2011. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>>.

CARNEIRO, A. P. L. et al. AUDIT & AUDIT C. **Portal de formação a distância sujeitos, contextos e drogas**, p. 1-14, 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>>.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Revista de nutrição*, v. 18, n. 6, p. 765-775, 2005. Disponível em: <<http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=XS2005W00607>>.

CESCHINI, F. L. et al. Nível de atividade física em adolescentes brasileiros determinado pelo questionário internacional de atividade física (ipaq) versão curta: estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 24, n. 4, p. 199-212, 2016. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6584>>.

CLEARY, M. et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001088.pub2/abstract>>.

DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 2-90, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a04v26n2.pdf>>.

DROPE, J. et al. The Tobacco Atlas: sixth edition. **American Cancer Society and Vital Strategies**. Atlanta, 2018. Disponível em: <https://files.tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes.pdf>.

DUARTE, Danilo Freire. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 55, n. 1, p. 135-146, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v55n1/v55n1a15.pdf>>.

ESCOBAR, J. A. C.; ROAZZI, A. Panorama Contemporâneo do Uso Terapêutico de Substâncias Psicodélicas: Ayahuasca e Psilocibina. **Neurobiologia**, v. 73, n. 3, p. 159-172, 2010.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas, 2018** [Internet]. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>>.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 2, p. 96-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v23n2/5583.pdf>>.

FERREIRA, S. E.; MELLO, M. J.; FORMIGONI, M. L. O. S. O efeito das bebidas alcoólicas pode ser afetado pela combinação com bebidas energéticas? Um estudo com usuários. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 1, p. 48-51, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v50n1/a34v50n1.pdf>>.

FERIGOLO, M.; MEDEIROS, F. B.; BARROS, H. M. T. " Êxtase": revisão farmacológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 487-495, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101998000500014&script=sci_arttext&tlng=es>.

FLEMING, C. B.; WHITE, H. R.; CATALANO, R. F. Romantic relationships and substance use in early adulthood: An examination of the influences of relationship type, partner substance use, and relationship quality. **Journal of health and social behavior**, v. 51, n. 2, p. 153-167, 2010. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022146510368930>>.

FONSECA, A. M. et al. Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 663-670, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300008>.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. Efeitos de substâncias psicoativas. In. **__SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**, São Paulo, 2018.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. Neurobiologia: Mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos e os efeitos comuns às drogas de abuso. **Portal de formação a distância sujeitos, contextos e drogas**, p. 1-16, 2016. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094615-001.pdf>>.

FRIDE TVETE, I.; BJØRNER, T.; SKOMEDAL, T. Risk factors for excessive benzodiazepine use in a working age population: A nationwide 5-year survey in Norway. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 33, n. 4, p. 252–259, 2015. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2015.1117282>>.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 888-895, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea17>>.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. In. __**SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**, São Paulo, 2018.

GARCIAS, Carla Maria Maia et al. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1565-1571, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008000700011&script=sci_abstract>.

GAVIRAGHI, D. et al. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 61–72, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n1/v16n1a06.pdf>>.

GUIMARÃES, R. A. et al. Use of illicit drugs by adolescents and young adults of an urban settlement in Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 64, n. 2, p. 114-118, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302018000200114&script=sci_arttext>.

GULLA, C. et al. Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011. **BMC Geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 1–9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12877-016-0287-1>>.

HENKEL, D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). **Current drug abuse reviews**, v. 4, n. 1, p. 4-27, 2011. Disponível em: <<https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cdar/2011/00000004/00000001/art00002>>.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (assist). **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784>>.

HORTA, C. L. et al. Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 123–140, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100123&lng=pt&tlng=pt>.

HUMENIUK, R. et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. **World health organization (who)**, 2010. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf?sequence=1>.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: dados e números da prevalência do tabagismo. **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>>.

KANTORSKI, L. P. et al. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul Brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1481–1487, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000600029&script=sci_abstract&tlng=es>.

KANYONI, M.; GISHOMA, D. ; NDAHINDWA, V.. Prevalence of psychoactive substance use among youth in Rwanda. **BMC research notes**, v. 8, n. 1, p. 190, 2015. Disponível em:

<<https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1148-2>>.

KASSA, A.; TADDESSE, F.; YILMA, A. Prevalence and factors determining psychoactive substance (PAS) use among Hawassa University (HU) undergraduate students, Hawassa Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1–7, 2014. Disponível em:

<<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1044>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Brasil em síntese**, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>>.

INSTITUTO PARA PRATICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos. **Boletim ISMP**, v. 7, n. 1, fev. 2018. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf>.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 717-723, 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/rsp/2008.v42n4/717-723/en/>>.

MACIEL, M. P. G. S. et al. Uso De Medicamentos Psicoativos Entre Profissionais De Saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2881–7, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10177/19195>>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados ao uso de narguilé e outros produtos do tabaco entre escolares, Brasil, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180006, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl1/e180006/pt/>>.

MALTA, D. C. et al. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Revista Bras Epidemiol Suppl PeNSE**, p. 44-61, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/719/rbe.S1415-790X2014000500046.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

MARCON, C. et al. Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 13, n. 2, p. 247-263, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1018>>.

MARCON, S. R. et al. Correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 663-669, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/88481>>.

MARQUES, A. C. P. R., et al. Abuso e dependência: crack. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 2, p. 141-153, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a08.pdf>>.

MARTINS, R. A. et al. Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Interamerican Journal of Psychology**, p. 307-316, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/70770>>.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, v. 6. n. 2, p. 05-18, 2001. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>>.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 4, 2002. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/469/495>>.

MERLINE, A. C. et al. Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 1, p. 96-102, 2004. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.94.1.96>>.

MOTA, D. M. et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 61-70, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100009>.

MULLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de psicologia**, v. 24, n. 4, p. 519-528. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103166x2007000400011&script=sci_arttext>.

MUZA, G. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista de saúde pública**, v. 31, p. 21-29, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000100005>.

NOIA, A. S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. esp., p. 38-43, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700006&script=sci_abstract&tlng=pt>.

PATRIDGE, E. F.; & BARDYN, T. P. Research electronic data capture (REDCap). **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, v.106, p.1, n. 142, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764586/>>.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. **Revista de sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p. 139-159, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320702015000100139&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

PICOLOTTO, E. et al. Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 645-654, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000300006&script=sci_arttext&tlng=pt>.

QUINTANA, M. I. et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **PLoS ONE**, v. 8, n. 5, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062270>>.

RAMIS, T. R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 376-385, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000200015&script=sci_arttext>.

RANG, H.P ; DALE; M. M. F. **Rang and Dale Pharmacology**. Elsevier Brasil, 2007.

RIBEIRO, Marcelo et al. Abuso e dependência da maconha. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 5, p. 247-249, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000500008&script=sci_arttext> .

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 3291-3300, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001900019&tlng=>>.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. supl. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/17123>>.

SANTA HELENA, E. T.; LASAGNO, B. G. S.; VIEIRA, R. Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 42-47, 2010. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/204>>.

SANTOS, K. O. B; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 214-222, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/23.pdf>> .

SANTOS, K. O .B.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M. Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. *Rev. Saúde Pública*, v. 50, p. -, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006100.pdf>.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019595023.pdf>>.

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral. **Revista Latino Am. Enfermagem** ,v. 21, n. 4, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0948.pdf>.

SILVA, C. C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 737-745, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300737&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

SILVA, F. C. C. et al. Ketamina, da anestesia ao uso abusivo: artigo de revisão. **Trabalho realizado no Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)**, Fortaleza-CE, Brasil, p. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/349%20revisao.pdf>>

SILVA, J. C.; DULLIUS, C. E.; CASTOLDI, D. R. A relação entre o uso de psicofármacos e o processo de psicoterapia na infância. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 86-94, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/77/76>>.

SILVA, J. C.; HERZOG, L. M. Psicofármacos e psicoterapia com idosos. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 438-448, 2015. Disponível em: <<http://submission.scielo.br/index.php/psoc/article/view/124247/9170>>.

SILVA, L. V. E. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 280-288, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102006000200014&script=sci_arttext&tlng=en>.

SOLDERA, M. et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 277-283, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200018>.

SWIFT, R. M.; LEWIS, D. C. Farmacologia da dependência e abuso de drogas. In: GOLAN, David E.; et al.. **Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia**. 2 ed.: Nova Guanabara, 2009. Cap. 17, p 260-278.

VELECELA, S. V. L.; PESÁNTEZ, K. R. A. Estudio Transversal: Consumo de Sustancias Psicotrópicas en Pacientes que Acuden al Servicio de Psicología del Centro de Salud No 1 de Azogues-Ecuador, 2017. **Revista Médica HJCA**, v. 10, n. 1, p. 27-32, 2018. Disponível em: <<https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/index.php/RevHJCA/article/view/404>>.

VIEIRA, P. C.; HELENA, E. T. de S. Fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica por pessoas com Diabetes mellitus e/ou Hipertensão arterial atendidas por equipes da Estratégia Saúde da Família. **Rev APS**, v. 14, n. 2, p. 139-148, 2011. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14633/7840>>.

WADSWORTH, E. J. K. et al. Factors associated with recreational drug use. **Journal of Psychopharmacology**, v. 18, n. 2, p. 238-248, 2004. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881104042628>>.

WONG, D. V. T. et al. Álcool e neurodesenvolvimento: aspectos genéticos e farmacológicos. **Revista eletrônica de farmácia**, v. 5, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/4609>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Resumo.** .Genebra, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>.

ZUVEKAS, S. H. Prescription drugs and the changing patterns of treatment for mental disorders, 1996–2001. **Health affairs**, v. 24, n. 1, p. 195-205, 2005. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.24.1.195>>.

Anexos

ANEXO A – ASSIST (OMS)

Nome: _____ Registro: _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
 b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
 c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
 d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
 e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
 f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
 g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
 h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
 i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
 j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc.)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU MAIS TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> e não conseguiu?	NAO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?	NAO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?
(Apenas uso não médico)

NAO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos

Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO B – IPAQ (VERSÃO CURTA)

1.

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

- FORMA CURTA -

Nome: _____
 Data: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: F () M ()
 Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não
 Quantas horas você trabalha por dia: _____
 Quantos anos completos você estudou: _____
 De forma geral sua saúde está:
 () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL, USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?
 horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: ____ Minutos: ____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?

horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

horas: _____ Minutos: _____

ANEXO C – AUDIT

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental

Pesquisador: Marco Antonio Barbieri

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45485915.7.0000.5440

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RPUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.282.710

Apresentação do Projeto:

A presente proposta tem como foco desfechos relacionados à nutrição, à composição corporal, aos precursores de doenças crônicas, à saúde mental e ao capital humano. As principais exposições incluem condições dos primeiros anos de vida (prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, amamentação, subnutrição na infância, etc.), exposições ambientais e sociais precoces, com ênfase nas desigualdades socioeconômicas e características genéticas. A Tabela 2 sumariza as principais questões de pesquisa e sua importância para o sistema de saúde. Uma vez que os estudos de coorte têm múltiplos propósitos e são multidisciplinares, o foco nestes quatro desfechos principais não impedirá que projetos adicionais avaliem outros desfechos, tais como saúde bucal, saúde ocupacional e violência. Ressaltamos que, apesar de termos dado ênfase a diversos fatores precoces – da gestação ou da infância – relacionados aos desfechos de interesse, os estudos de coorte incluem informações que permitem a avaliação concomitante de fatores de risco contemporâneos. O controle mútuo desses fatores permite que sua importância relativa seja estudada e que os momentos mais oportunos para intervenção sejam estabelecidos.

Objetivo da Pesquisa:

-Investigar, dentro de cada coorte, determinantes precoces da saúde na infância, adolescência e

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.282.710

vida adulta. Os desfechos principais incluem a nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A proposta envolve um programa de pesquisa em um país de renda média em rápido processo de transição, envolvendo três cidades localizadas em três regiões distintas do país, com marcantes diferenças sociais, econômicas e culturais, o que permitirá explorar essa diversidade.-Documentar nas coortes as tendências temporais dos indicadores de saúde na adolescência e vida adulta, relacionando estas tendências a desigualdades socioeconômicas e étnicas, como também a mudanças culturais, ambientais e na atenção à saúde num período de mais de três décadas.-Coletar em cada coorte dados de qualidade sobre o estado nutricional e de saúde que serão utilizados como variáveis de exposição para desfechos relevantes para a saúde da população no futuro.- Incrementar o trabalho multidisciplinar envolvendo epidemiologia, estatística, clínica médica, planejamento de serviços e biologia molecular.- Fortalecer e expandir a rede de colaboração dos estudos de coorte de nascimentos no Brasil, de forma a explorar da melhor forma todo o potencial que elas apresentam.-Disseminar os resultados das pesquisas para cientistas, mas com ênfase especial na difusão dos conhecimentos entre gestores e políticos. Nesse aspecto, nossa proposta envolve a composição de uma equipe de disseminação com duas tarefas principais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. A coleta de sangue pode causar algum desconforto, mas tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.

Benefícios: Os resultados das avaliações através de questionários, equipamentos ou exames laboratoriais não são informados rotineiramente aos indivíduos, por não terem validade diagnóstica. Por outro lado, indivíduos que apresentam resultados que sejam indicativos de problemas relevantes de saúde são orientados a procurar o serviço de saúde para avaliação diagnóstica e conduta. Resultados que possam ter interesse para o indivíduo ou importância prática para a vida diária (p. ex., peso, altura, IMC, percentual de gordura corporal) são informados diretamente ao indivíduo ou ao seu cuidador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Acompanhamentos propostos para cada coorte Apresentamos na Tabela 3 o cronograma de visitas às coortes de cada centro. Programamos para os três anos do projeto visitas a cinco coortes do grupo, duas de Ribeirão Preto, duas de Pelotas e uma de São Luís, antevendo que cerca de 14.600 participantes serão avaliados. Os membros das coortes serão convidados a comparecer nos locais de estudo para exame clínico, coleta de material biológico e preenchimento de questionários. Os

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.282.710

que não comparecerem serão novamente visitados e examinados em casa, usando um subgrupo validado de métodos de exame físico, além dos questionários completos e coleta de material biológico. Nesta seção apresentaremos um breve resumo de cada acompanhamento e posteriormente mostramos um resumo dos principais grupos de variáveis a serem coletados em cada acompanhamento.

Critério de Inclusão: Esse estudo compreende uma coorte de nascimentos avaliada de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010; uma coorte iniciada em 2010 no quinto mês de gestação em uma amostra de conveniência de gestantes nas duas cidades, reentrevistadas por ocasião do nascimento; e o acompanhamento das crianças a partir de 13 meses até os dois anos de idade. A coorte de nascimentos de Ribeirão Preto foi conduzida nos oito hospitais com serviço de maternidade da cidade, públicos e privados. Todas as puérperas procedentes do município foram convidadas a participar, sendo que o banco de dados final contém 7747 observações, incluindo nascidos vivos de parto único e gemelares, natimortos e as crianças pertencentes à coorte do pré-natal que nasceram durante o ano de 2010. Para esta pesquisa: Apresentamos na Tabela 3 o cronograma de visitas às coortes de cada centro.

Programamos para os três anos do projeto visitas a cinco coortes do grupo, duas de Ribeirão Preto, duas de Pelotas e uma de São Luís, antevendo que cerca de 14.600 participantes serão avaliados. Os membros das coortes serão convidados a comparecer nos locais de estudo para exame clínico, coleta de material biológico e preenchimento de questionários. Os que não comparecerem serão novamente visitados e examinados em casa, usando um subgrupo validado de métodos de exame físico, além dos questionários completos e coleta de material biológico. Nesta seção apresentaremos um breve resumo de cada acompanhamento e posteriormente mostramos um resumo dos principais grupos de variáveis a serem coletados em cada acompanhamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o Projeto de pesquisa versão 2 de 21/09/2015 e a Criação de biorrepositório, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2 de 09/09/2015 e o TCLE para guarda de material biológico versão 2 de 11/09/2015, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.282.710

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_516635.pdf	21/09/2015 16:21:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-versao2.docx	21/09/2015 16:21:15	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Folha de Rosto	Doc3.pdf	15/09/2015 16:20:29	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	biorrepositorio.pdf	15/09/2015 16:15:06	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Outros	Carta_resposta_cep.pdf	15/09/2015 14:50:21	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_biorepositorio.doc	15/09/2015 14:42:22	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/09/2015 15:32:47	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	11/09/2015 13:53:40	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	10/09/2015 14:09:55	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.282.710

RIBEIRAO PRETO, 19 de Outubro de 2015

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO E – SRQ-20

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM ☐	NÃO ☐
2- Tem falta de apetite?	SIM ☐	NÃO ☐
3- Dorme mal?	SIM ☐	NÃO ☐
4- Assusta-se com facilidade?	SIM ☐	NÃO ☐
5- Tem tremores nas mãos?	SIM ☐	NÃO ☐
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM ☐	NÃO ☐
7- Tem má digestão?	SIM ☐	NÃO ☐
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM ☐	NÃO ☐
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM ☐	NÃO ☐
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM ☐	NÃO ☐
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM ☐	NÃO ☐
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM ☐	NÃO ☐
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	SIM ☐	NÃO ☐
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM ☐	NÃO ☐
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM ☐	NÃO ☐
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM ☐	NÃO ☐

17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM ☐	NÃO ☐
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM ☐	NÃO ☐
19- Você se cansa com facilidade?	SIM ☐	NÃO ☐
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM ☐	NÃO ☐

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

ANEXO F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Coorte de 1978/79

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri.

TELEFONES PARA CONTATO: (16) 3315-3306.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: MINISTÉRIO DA SAÚDE – DEPARTAMENTO DE CIENCIA E TECNOLOGIA (DECIT).

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estamos dando continuidade a uma pesquisa iniciada nos anos de 1978/79, com crianças nascidas de junho de 1978 a maio de 1979, para avaliar sua saúde e analisar dados que possam auxiliar no entendimento das questões de saúde da população atual. Convidamos você, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento, a participar novamente desta pesquisa.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- **Haverá o ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa como transporte e alimentação.**
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com indivíduos que nasceram nos anos de 1978/79, sendo parte deles reavaliada aos 09/11 anos, rapazes aos 18 anos e outro grupo aos 23/25 anos. Este é o quinto momento deste grande estudo. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntário (a), nos ajudando neste estudo.
- Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde.
- **As avaliações da pesquisa ocorrerão na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do HC-FMRPUSP.**

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre situação sócio demográfica, será avaliado seu crescimento físico e o seu desenvolvimento. Serão realizados exames clínicos (medidas antropométricas, de composição corporal) e laboratoriais (coleta de sangue) para nos fornecer informações mais completas sobre sua saúde.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. **A coleta de sangue pode causar algum desconforto como por exemplo dor local, hematomas e outras pequenas complicações, mas tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.**

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

A avaliação de sua saúde é sempre muito importante. Se houver alguma alteração detectada você será encaminhado(a) para tratamento. Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns

problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificado por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifique. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, a equipe de pesquisadores, os monitores da pesquisa e você, participante da pesquisa. **É garantido aos participantes da pesquisa acesso aos resultados e o direito a indenização segundo as leis vigentes no país.**

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com o Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri pelo telefone (16) 3315-3306. Para obter informações sobre seus direitos como objeto de pesquisa, entre em contato com: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602-2228.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. **Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.** A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS:

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: ____/____/____

ANEXO G – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Coorte de 1994

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri.

TELEFONES PARA CONTATO: (16) 3315-3306.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: MINISTÉRIO DA SAÚDE – DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA (DECIT).

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estamos dando continuidade a uma pesquisa iniciada no ano de 1994, com crianças nascidas entre abril e agosto, para avaliar sua saúde e analisar dados que possam auxiliar no entendimento das questões de saúde da população atual. Convidamos você, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento ou no período escolar, a participar novamente desta pesquisa.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- **Haverá o ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa como transporte e alimentação.**
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com indivíduos que nasceram no ano de 1994, sendo parte deles reavaliada aos 10/11 anos. Este é o terceiro momento deste grande estudo. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntário (a), nos ajudando neste estudo.
- Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde.
- **As avaliações da pesquisa ocorrerão na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do HC-FMRPUSP.**

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre situação sócio demográfica, será avaliado seu crescimento físico e o seu desenvolvimento. Serão realizados exames clínicos (medidas antropométricas, de composição corporal) e laboratoriais (coleta de sangue) para nos fornecer informações mais completas sobre sua saúde.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. **A coleta de sangue pode causar algum desconforto como por exemplo dor local, hematomas e outras pequenas complicações, mas tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.**

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

A avaliação de sua saúde é sempre muito importante. Se houver alguma alteração detectada você será encaminhado(a) para tratamento. Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será

garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificado por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, a equipe de pesquisadores, os monitores da pesquisa e você, participante da pesquisa. **É garantido aos participantes da pesquisa acesso aos resultados e o direito a indenização segundo as leis vigentes no país.**

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com o Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri pelo telefone (16) 3315-3306. Para obter informações sobre seus direitos como objeto de pesquisa, entre em contato com: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602-2228.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. **Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.** A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS:

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: ____/____/____

ANEXO H – ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?

Horário habitual de dormir:.....

- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite:

Número de minutos:.....

- 3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou?

Horário habitual de despertar:.....

- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama)

Horas de sono por noite:.....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...

- a. não conseguia dormir em 30 minutos

() nunca no mês passado
() uma ou duas vezes por semana
() menos de uma vez por semana
() três ou mais vezes por semana

- b. Despertou no meio da noite ou de madrugada

() nunca no mês passado
() uma ou duas vezes por semana
() menos de uma vez por semana
() três ou mais vezes por semana

- c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro

() nunca no mês passado
() uma ou duas vezes por semana
() menos de uma vez por semana
() três ou mais vezes por semana

- d) Não conseguia respirar de forma satisfatória

() nunca no mês passado
() uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
- ☐ três ou mais vezes por semana

- e) Tossia ou roncava alto
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana

- f) Sentia muito frio
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana

- g) Sentia muito calor
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana

- h) Tinha sonhos ruins
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana

- i) Tinha dor
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana

- j) outra razão (por favor, descreva)

- k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

- ☐ nunca no mês passado
- ☐ uma ou duas vezes por semana
- ☐ menos de uma vez por semana
- ☐ três ou mais vezes por semana

- 6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

- ☐ muito bom
- ☐ bom
- ☐ ruim
- ☐ muito ruim

- 7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana
- 8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana
- 9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana
- 10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?
- ☐ mora só
 - ☐ divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama
 - ☐ divide a mesma cama

Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

- a) Ronco alto
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana
- b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana
- c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana
 - ☐ três ou mais vezes por semana
- d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?
- ☐ nunca no mês passado
 - ☐ uma ou duas vezes por semana
 - ☐ menos de uma vez por semana

() três ou mais vezes por semana

e) Outras inquietações durante o sono (por favor, descreva):

	nenhuma chance de cochilar	pequena chance de cochilar	moderada chance de cochilar	alta chance de cochilar
- Sentado e Lendo	0	1	2	3
- Vendo TV	0	1	2	3
- Sentado em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião)	0	1	2	3
- Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	0	1	2	3
- Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem	0	1	2	3
- Sentado e conversando com alguém	0	1	2	3
- Sentado calmamente, após o almoço sem álcool	0	1	2	3
- Se você estiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso	0	1	2	3
TOTAL				

ANEXO I – ESCALA DE NOVE SILHUETAS DE STUNKARD et al.

ANEXO J – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Regra de classificação - 2015

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domesticos	0	3	7	10	13
Automoveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
Escolaridade do chefe da família			Serviços públicos		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0		NãoSim		
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1				
Fundamental II completo / Médio incompleto	2		Água encanada	0	4
Médio completo / Superior incompleto	4		Rua pavimentada	0	2
Superior completo	7		PONTOS DE CORTE
Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa			A	45-100	
			B1	38-44	
			B2	29-37	
			C1	23-28	
			C2	17-22	
			DE	0-16	