



BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA

**“AVALIAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA
CRAFFT/CESARE DE TRIAGEM DE ADOLESCENTES PARA USO
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”**

**CAMPINAS
2014**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA

**“AVALIAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA
CRAFFT/CESARE DE TRIAGEM DE ADOLESCENTES PARA USO
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”**

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestre em Ciências Médicas, Área de concentração de Saúde Mental.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA BRUNA ANTUNES
DE AGUIAR XIMENES PEREIRA E ORIENTADA PELA PROFA
DRA RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO.**

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P414a Pereira, Bruna Antunes de Aguiar Ximenes, 1982-
Avaliação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE de triagem de adolescentes para uso de álcool e outras drogas / Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Adolescente. 2. Prevenção primária. 3. Psiquiatria preventiva. 4. Triagem. 5. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Azevedo, Renata Cruz Soares, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of the Brazilian version of CRAFFT/CESARE for screening of adolescent's drug use

Palavras-chave em inglês:

Adolescent
Primary prevention
Preventive psychiatry
Screening
Substance-related disorders

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestra em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]

Clarice Sandi Madruga

Eloísa Helena Rubelo Valler Celeri

Data de defesa: 05-05-2014

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

MEMBROS:

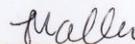
1. PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO



2. PROF(A). DR(A). CLARICE SANDI MADRUGA



3. PROF(A). DR(A). ELOÍSA HELENA RUBELO VALLER CELERI



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 05 de maio de 2014

Amor Fati

*Para minha família: meus pais Fatima e Edson; meu irmão Olavo e para meu eterno
namorado e companheiro Marcelo*

Para todos aqueles que adolesceram e que estão adolescendo

AGRADECIMENTOS

Essa jornada não teria sido possível sem a presença constante e afetiva do meu marido, namorado, companheiro e amigo, Marcelo. O incentivo e a compreensão em entender e aceitar a minha presença “ausente” nos finais de semana, feriados e noites, foi de crucial importância para a elaboração e conclusão dessa tese.

A orientação, cuidado e disponibilidade da minha orientadora, Dra Renata Cruz Soares de Azevedo, foram fundamentais nessa caminhada. Delicada nas observações e presente em cada momento de ansiedade da minha parte (e foram muitos) mostrou-se afetivamente participativa a cada passo da construção desse projeto. Exemplo de profissionalismo e academicismo.

Minha mãe presente em meu coração me possibilitou acreditar em minhas convicções e a ter respeito com tudo que é vivo.

Meu pai que com sua disciplina e senso de responsabilidade me ensinou a cumprir prazos, seguir metas e a me dedicar sem desculpas.

Olavo, meu irmão que cresceu tão rápido, que vem compartilhando comigo muitas risadas e momentos alegres.

Ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP que sempre foi muito receptivo as minhas ideias.

À Dra. Eloísa H. R. V. Celeri que contribuiu para a minha formação como psiquiatria da infância e adolescência e que colaborou com a construção da essência dessa tese.

Ao Dr. Claudio E. M. Banzato que pontuou diversos aspectos possíveis para desdobramento da tese e que desde o início mostrou-se colaborativo no crescimento da mesma.

Ao Dr. Paulo Dalgalarrodo que participou do desenvolvimento do meu olhar ampliado para as questões da infância e adolescência e que colaborou na organização das ideias do projeto que deu origem a essa tese.

Aos colaboradores do Projeto Viva Mais que facilitaram todos os passos dessa tese, assim como as diretoras dos colégios envolvidos nessa pesquisa.

À Dra. Heloísa Ferreira que em meu segundo ano de faculdade me possibilitou o gosto pelas atividades científicas e exerceu forte influência em minhas escolhas profissionais. Além de ter aberto as portas de sua casa em minha chegada a Campinas.

Ao Dr. Ataliba que através da sua dedicação aos ensinamentos da psicanálise, reforçou no início da minha formação que minha escolha tinha sido certa e contribuiu na construção da minha identidade profissional.

Aos amigos de Paulínia, em especial a equipe do Centro de Referência em Dependência Química (CRDQ), que facilitaram minhas idas a estatística da Unicamp e que me incentivaram em minha dedicação ao mestrado em qualquer tempo livre. Evandro, Marilda, Luciana, Ana, Lili, Karina, Alessandra, Antônia, Neiva, Edna, Sandra, Regina, Tânia e Mazinha, obrigada.

À Cleide Aparecida Moreira Silva não somente pela análise estatística desse trabalho, mas principalmente pela sua disponibilidade e paciência.

À Dra. Patrícia Schram que prontamente nos orientou e facilitou os processos desse trabalho.

Ao Dr. John R. Knight pela participação na leitura e análise crítica do artigo.

As minhas amigas sempre presentes, Lena que independentemente da situação se desdobrava para conversarmos e refletirmos mesmo que em poucos minutos, Midiã e Thaís que desde a faculdade foram participativas, companheiras nos momentos mais significativos da minha vida e pacientes com minha constante fala de “falta de tempo”.

À Rafaella Sab que me incentivou a cada passo rumo ao mestrado, que foi minha companheira diária durante a residência e que dividiu comigo responsabilidades, risadas e bons momentos. Mesmo longe continuou perto.

À Duda, Analu, Vanessa e Natasha que apesar da dificuldade geográfica e dos poucos encontros anuais fizeram e fazem parte do meu crescimento.

A beleza da forma e da face humana desaparece para sempre no decorrer de nossas próprias vidas; sua evanescência, porém, apenas lhe empresta renovado encanto. Uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela (...)
O valor de toda essa beleza e perfeição é determinado somente por sua significação para nossa própria vida emocional, não precisa sobreviver a nós, independentemente, portanto, da duração absoluta.

S. Freud, “Sobre a transitoriedade”

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) por adolescentes tem ocorrido precocemente na atualidade. Os riscos associados ao uso nessa faixa abrangem diversas esferas, elevando a chance de acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco e dependência. Considerando isto, uma abordagem de rastreamento de adolescentes em relação ao consumo de SPA possibilitaria a identificação precoce do problema e condução pertinente à gravidade do quadro. Devido à escassez de instrumentos adequados à triagem de uso de SPA entre adolescentes, foi criado o CRAFFT, um questionário norte-americano desenvolvido especificamente para adolescentes. Este estudo propôs-se a adaptar ao contexto sócio-cultural brasileiro uma versão para o português desta escala. **Objetivos:** Validar e avaliar a aplicabilidade da versão adaptada proposta pelos autores da escala CRAFFT/CESARE no Brasil, em amostra de adolescentes estudantes. Apresentar a prevalência e características do uso de SPA pelos estudantes, diferenças entre os gêneros, descrever a gravidade do consumo e contexto de uso. **Metodologia:** Estudo descritivo, quantitativo e transversal, que avaliou a aplicabilidade da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE em adolescentes de escolas técnicas, entre 14 e 21 anos. Foram avaliadas a dificuldade de compreensão pelos adolescentes, a validade quando cotejada com uma subamostra (28%) que respondeu também a um questionário comparativo, o percentual de adolescentes que foram considerados CRAFFT/CESARE positivos pelo ponto de corte já estabelecido e a prevalência de uso por sexo, faixa etária e período de estudo. **Resultados:** O número total de estudantes que participaram da avaliação foi 2005. O CRAFFT/CESARE foi aplicado em todos os alunos, sendo 1882 alunos com a faixa etária determinada e a escala comparativa foi aplicada aleatoriamente em 543 estudantes. A maioria (93%) negou dificuldade no entendimento das questões. A especificidade do CRAFFT/CESARE foi de 73,4% e a sensibilidade 87,2%. O grau de concordância (Kappa) foi considerado bom (0,461). A inspeção visual da curva ROC confirmou que o melhor ponto de corte foi maior ou igual a 2. O CRAFFT/CESARE foi positivo em 36,2% dos adolescentes. Houve associação significativa de CRAFFT/CESARE positivo com sexo masculino, estudantes noturnos e

crescimento da taxa de positividade com a idade. Não houve associação com a escola de origem. A análise univariada confirmou associação de CRAFFT/CESARE positivo com média de idade (OR 1.260) e com sexo masculino (OR 1.482). A análise de regressão logística múltipla apontou efeito de interação significativa crescente entre idade e sexo a partir de 16 anos. **Conclusão:** A versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE foi bem compreendida pela população estudada, possui propriedades psicométricas adequadas e características que viabilizam sua utilização no contexto sociocultural brasileiro. As maiores prevalências de consumo de SPA foram encontradas no sexo masculino a partir de 16 anos. Mais estudos precisam elucidar a ausência de diferença entre os mais jovens, possivelmente tornando essa fase um momento de abordagem preventiva direcionada. Os dados referentes a motivação do uso de SPA por adolescentes e as elevadas taxas de risco potencial ao dirigir ou estar em um veículo conduzido por alguém sob efeito de SPA, reforçam a importância de uma detecção qualificada para a estruturação de intervenções.

ABSTRACT

Psychoactive substance untimely consumption by adolescents has been recurrent nowadays. Associated risks of drug use in this age group comprehend several dimensions, increasing rates of traffic accidents, sexual risky behavior, and higher likelihood of drug abuse and dependence. All things considered, screening tests on adolescents drug use should aid early identification and subsequent proper management. Due to the actual deficit in adequate instruments for drug use trial in adolescents, a north American questionnaire, namely CRAFFT scale, has been entirely developed concerning that issue. This study purpose is to adapt the scale to Portuguese language within Brazilian sociocultural context. **Objective:** To validate and evaluate the applicability of the Brazilian adapted CRAFFT/CESARE scale, using a sample of technical school adolescents. To present prevalence and characteristics of drug use in this sample, describe the severity of drug consumption and explore associations between the context of drug use and gender. **Method:** Descriptive, quantitative and transversal study, which evaluated the applicability and responsiveness of the Brazilian Portuguese version of CRAFFT/CESARE scale in adolescents of 14-21 years attending technical schools. The following main aspects were evaluated: the adolescents difficulty in understanding the scale; the validity of the translated scale comparing a subsample (28%) that also responded to the CEBRID questionnaire; the percentage of adolescents who scored CRAFFT/CESARE positive in the cutoff already established; and the prevalence of drug use concerning gender, age and attending period of school (morning, afternoon, night). **Results:** There were 2005 students involved in the study. CRAFFT/CESARE scale was applied in all of them, of which 1882 had the age group determined. The comparative scale was randomly applied to 543 students. The majority of students (93%) denied difficulty in understanding the questions. CRAFFT/CESARE scale's specificity achieved 73,4%, and its sensitivity, 87,2%. The concordance degree (Kappa) was considered good (0,461). Visual inspection of ROC curve showed the best cutoff point to be greater than or equal to 2. The CRAFFT/CESARE scored positive in 36,2% of the adolescents. There was significant association between positive CRAFFT/CESARE and males, nighttime

studying and increasingly rates of positive score with ageing. There wasn't any association regarding the school of origin. The logistic regression analysis confirmed association of positive CRAFFT/CESARE to age (OR 1.260) and males (OR 1.482). The multiple logistic regression analysis revealed significant interaction effect between age and gender starting from 16 years old. **Conclusion:** The Brazilian Portuguese version of CRAFFT/CESARE was well understood by the population in study; it has adequate psychometric properties and characteristics that enable its use within the Brazilian sociocultural context. The highest rates of drug use were found in males starting from 16 years old. Future studies are required to explore the absence of difference among the youngest, presenting those ages as potentially opportune moments for identification and directive preventive approach. Data regarding drug use inclination and greater exposure of preventable hazardous situations (such as driving a car or riding a car driven by someone under influence of drugs) confirms that qualified screening tests are essential for structured interventions.

SUMÁRIO

Resumo	XV
Abstract.....	XVII
1- Introdução.....	21
1.1- Apresentação da tese.....	21
1.2- Adolescência.....	23
1.3- Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência.....	27
1.4- Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: dados epidemiológicos.....	33
1.5- Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: diferença entre os gêneros.....	38
1.6- Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: prevenção e identificação.....	42
2- Objetivos.....	47
2.1- Objetivo Geral.....	47
2.2- Objetivos Específicos.....	47
3- Método	49
4- Resultados.....	57
4.1- Artigo 1.....	59
4.2- Artigo 2.....	85
5- Discussão.....	109
6- Conclusões.....	119
7- Referências Bibliográficas.....	121
8- Anexos.....	135

INTRODUÇÃO

1.1-Apresentação da tese

Contexto

A ideia que gerou esta dissertação iniciou-se durante a realização do meu 4º ano de Residência Médica, na sub-especialidade Psiquiatria da Infância e Adolescência, a partir da crescente demanda por atendimentos e interconsultas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPA). Neste contexto, iniciou-se em 2010 um projeto piloto de atendimento em prevenção secundária de uso de SPA por adolescentes, realizado por minha colega de residência Rafaella Sab e eu no Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM-Unicamp) sob a supervisão da Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, que nos abriu as portas ao atendimento breve de adolescentes em uso de risco de álcool e outras drogas.

A partir dessa experiência, foi possível perceber algumas dificuldades para o acesso desses adolescentes a esse tipo de atendimento. Aparentemente a triagem em nível primário da saúde mostrou-se frágil, visto que, naquela época, a maior parte dos adolescentes era encaminhada por cirurgiões e ortopedistas que através da visita pré-anestésica, em nível hospitalar, eram informados sobre o uso de SPA.

Surge nesse momento o desejo de tornar a triagem e a avaliação inicial dos adolescentes para uso de SPA algo simples, breve e viável nas diferentes esferas de atendimentos de saúde. Nesse sentido, iniciamos uma busca rumo a alternativas que facilitassem a triagem e que pudessem ser utilizadas nos mais variados contextos através de aplicações rápidas ou até mesmo por auto-aplicação do instrumento, com interpretações simples de resultados. Esta inquietação, nascida da vivência clínica conduziu os primeiros passos desta pesquisa.

Formato

A dissertação está estruturada de acordo com a INFORMAÇÃO CCPG -002/06, da Comissão Central de Pós-Graduação da Unicamp, que faculta ao orientador, com a aprovação da Comissão de Pós-Graduação (CPG) da Unidade, incluir em capítulos ou apêndices da tese, cópias de artigos de autoria ou co-autoria do candidato já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas.

No primeiro capítulo, segue a esta apresentação, um panorama sobre a adolescência, a interface com a experimentação de SPA, dados epidemiológicos sobre uso de SPA nesta faixa etária, diferenças de uso de SPA nos gêneros, prevenção e identificação de uso de SPA na adolescência.

O segundo capítulo apresenta o objetivo geral que norteou a pesquisa que constitui o tema desta tese e os objetivos específicos de cada um dos artigos incluídos no capítulo “Resultados”.

Em comunicado de 15/09/2009 da CPG-FCM, definiu-se que os capítulos “Métodos e Resultados” poderiam ser substituídos pelos artigos derivados da pesquisa. No entanto, optamos por manter como terceiro capítulo uma breve descrição dos métodos empregados neste trabalho, a qual não é possível no espaço restrito dos artigos científicos. Dados adicionais não contemplados nos artigos apresentados, como a descrição da estruturação do estudo como um todo, as definições de alguns termos utilizados e as categorizações propostas são expostos no terceiro capítulo, “Método”.

No quarto capítulo, “Resultados”, apresentamos dois artigos. O primeiro, intitulado, “Validação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE para uso de drogas por adolescentes” e o segundo, intitulado “Uso da escala CRAFFT/CESARE para detecção de uso de substâncias psicoativas entre adolescentes brasileiros”.

No quinto capítulo buscamos integrar a discussão dos resultados apresentados em cada artigo, e por fim, no sexto capítulo apresentamos as conclusões gerais do trabalho.

1.2-Adolescência

O termo “adolescência” possui dupla origem etimológica e ambas descrevem de maneira interessante as particularidades dessa etapa do desenvolvimento. Uma delas deriva do latim *ad* (a, para, ir para frente) e *olescer* (crescer), enfatizando o processo e a aptidão de crescer. A outra derivação do termo adolescência provém de *adolescere*, ou seja, crescer com dor. Percebe-se a existência simultânea do crescer (físico e emocionalmente) e do adoecer (sofrimento emocional com as transformações características dessa faixa da vida)¹.

Historicamente o conceito de adolescência é um constructo recente. Antes do século XX e para os povos primitivos a transição da infância para a vida adulta era marcada pela puberdade, ou seja, unicamente pelo processo que acarreta em transformações biológicas. Apesar das velocidades de amadurecimento de cada setor (biológico, social, psicológico) serem distintas, a partir da puberdade ocorriam os rituais de iniciação da vida adulta. A aquisição da habilidade de reprodução era carregada de um significado social nas culturas primitivas. O índio púbere tendo adquirido a função de reprodução e estando habilitado para caçar, estava apto para entrar na vida adulta. A distinção entre infância e vida adulta era marcada pelas transformações biológicas e pelo cumprimento dos pré-requisitos da comunidade. Na essência esses rituais possibilitavam ao jovem demonstrar suas habilidades, aptidões, dignidade e aceitação pela comunidade adulta, favorecendo o desenvolvimento da auto-estima e confiança².

O famoso estudo de Margaret Mead em 1928 em Samoa buscava respostas para algumas perguntas: “Os problemas que afligem os adolescentes devem-se a natureza própria da adolescência ou da cultura a qual pertencem esses adolescentes? Em diferentes condições a adolescência apresenta diferentes características?”. Através de um trabalho de campo, Mead viveu na aldeia da ilha de Tau e entrevistou 68 meninas entre os 9 e os 20 anos. Concluiu que a transição infância-adolescência era suave e não estava marcada pelas angústias, ansiedade e confusão observadas nos Estados Unidos da América (EUA)³.

Entre os séculos XVII e XVIII crianças de 10 e jovens de 25 anos participavam do processo de aprendizagem e frequentavam a mesma sala na escola. Não havia diferenças no conteúdo e nas atividades desenvolvidas^{2,4}. O termo adolescência e as características

vivenciadas pela cultura ocidental têm seus primeiros relatos entre o final da Primeira Guerra Mundial, 1918, e o começo da Segunda Guerra Mundial, 1939¹ juntamente com a industrialização e o desenvolvimento da burguesia². Os registros literários, como os textos sobre educação, mencionam alguns atributos dos adolescentes ao longo da história⁴. Pode-se então, compreender a psicologia do adolescente como um constructo de curta história, mas com raízes antigas⁵.

Atualmente os pré-requisitos para entrar na vida adulta envolvem diversos e complexos aspectos que acabam por tornar essa transição mais estendida e dolorida. Alguns rituais de passagem e tradições ainda são mantidos e talvez facilitem o ingresso no mundo adulto. A Comunhão cristã e o Bar Mitzvah judaico marcam o acesso à condição de adulto com suas obrigações características². De acordo com a sociedade em que o jovem está inserido, os ritos de passagem podem contemplar as bênçãos religiosas, testes de força, separação da família, marcação do corpo e magias⁶. Ainda assim, essa passagem nos tempos modernos tornou-se mais complexa. As opções são inúmeras e as oportunidades de experimentação são ainda maiores, tendo como consequência o alargamento do período desse processo e uma maior dificuldade em buscar a identidade adulta^{2,6}. Mesmo que a puberdade esteja começando mais cedo do que anteriormente, o início da carreira profissional tende a acontecer mais tarde, justamente pelo fato da sociedade ser mais complexa e exigir períodos longos de estudo e de treinamento profissional para que o jovem esteja apto a assumir as responsabilidades adultas como, por exemplo, ingressar no mercado de trabalho^{4,6}. Esses fatores também contribuem para a extensão do período da adolescência, permitindo ao jovem o cumprimento de todas as tarefas necessárias dessa fase⁴. É importante salientar que o alargamento dessa fase também ocorre às custas da infância, fase que progressivamente apresenta-se mais estreita em decorrência das exigências de performance impostas às crianças em tenra idade como também pela redução do tempo destinado para os jogos e brincadeiras infantis⁷.

As definições em relação à idade cronológica que abrangem a adolescência são variáveis, embora envolvam o período entre 10-12 e 18-24 anos a depender do referencial consultado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como um período biopsicossocial que engloba a segunda década de vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos

e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos^{8,9}. A Organização das Nações Unidas (ONU) utiliza a faixa etária entre 15 e 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990 situa a adolescência como o período entre 12 aos 18 anos^{4,10}.

Partindo desses princípios é possível considerar que o início e o término da adolescência não são precisos, mas em geral o processo compreende três fases¹:

- Adolescência inicial (10 a 14 anos): transformações corporais e alterações psíquicas consequentes.
- Adolescência média (14 a 17 anos): o elemento central são as questões da sexualidade.
- Adolescência final (17 a 20 anos): estabelecimento de novos vínculos com os pais, no âmbito profissional, a aceitação do corpo e dos caracteres psíquicos do mundo adulto.

A transição para a idade adulta envolve um amplo leque de mudanças, dentre elas o desenvolvimento físico, psicológico, cognitivo, cultural e social.

Nesse período do desenvolvimento, os sistemas dopaminérgico (ativador) e serotoninérgico (inibitório) não estão totalmente amadurecidos e se desenvolvem em ritmos diferentes, havendo um predomínio do primeiro sistema em relação ao segundo, fato que justificaria e contribuiria para as alterações de humor, o comportamento impulsivo e a busca por novidades nessa fase¹¹.

Ao entrar no mundo dos adultos, tanto desejado quanto temido, o adolescente perde definitivamente o seu status de criança. Esse momento constitui uma etapa decisiva de um processo de desprendimento iniciado ao nascimento^{12,13}. É uma fase com questões próprias e com dificuldades inerentes a esse momento, sendo possível que, até mesmo quando a puberdade progride sem maiores crises, aconteçam situações com agudos obstáculos de manejo¹³.

Para Knobel a adolescência é processo e desenvolvimento e, portanto deve-se admitir e compreender a sua aparente patologia para assim situar seus desvios na conjuntura da realidade humana. Nesse contexto, a chamada “Síndrome normal da adolescência” é caracterizada pela busca por identidade própria, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitude social reivindicatória, contradições, separação progressiva dos pais e flutuação do humor e ânimo. Além dos processos de luto pelo corpo infantil perdido, luto pelo papel e identidade infantis e luto pelos pais da infância^{1,12}.

As configurações dos relacionamentos entre os adolescentes permeiam o medo pela entrega e envolvimento com o par; e tem como consequência a existência de um amor efêmero que sobrevive predominantemente através da satisfação imediata do prazer. Outro ponto relevante é o culto que a sociedade pós-moderna faz desse período, situação que é facialmente observada no mercado de consumo, no qual grande parte de sua organização rotineiramente associa as boas oportunidades a esse período da juventude, sendo semeada uma constante luta no sentido de conservação da jovialidade e da beleza física. Ou seja, a mídia pode colaborar para a extensão do período da adolescência. Muito embora, o jovem envelheça cronologicamente e acabe por perder suas referências anteriores, ocorrendo um descompasso no desenvolvimento¹⁴.

Desse modo, a adolescência é um período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos que podem ter uma manifestação psicopatológica através da via do sentir (sintomas internalizantes), expressos através do sentimento, ou do agir (sintomas externalizantes), expressos através de alterações da conduta e comportamento¹².

Esse corpo e mente adolescente em ebulição, vivenciam um maior ou menor grau de sofrimento psíquico e desse modo constituem uma população de risco para o uso de SPA¹, justamente por esse desejo de vivenciar novas sensações, experiências e de criar a própria identidade^{11,15}. Alguns fatores de risco contribuem para acentuar a vulnerabilidade dessa fase como, o insucesso escolar, predisposição genética, manifestações precoces de comportamento agressivo, privação econômica, vizinhança desorganizada, pressão dos pares, violência doméstica, baixa auto-estima, falta de relações empáticas e de apoio

familiar. Assim sendo, o papel familiar, dos educadores e dos profissionais de saúde são de grande importância, podendo atuar em atividades que favoreçam o desenvolvimento global dos jovens e através de ações preventivas específicas¹¹.

1.3-Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência

A adolescência é uma fase delicada do desenvolvimento, em que ocorre a transição do confortável mundo infantil para a vida adulta¹¹. Alguns jovens podem ter dificuldade para lidar com as mudanças que ocorrem nas diversas esferas e podem necessitar de auxílio em algum momento. Embora uma parcela considerável consiga seguir um caminho rumo a uma idade adulta satisfatória e produtiva, outros enfrentarão diversos problemas⁶.

Do ponto de vista neurobiológico, o processo de maturação cerebral tem início no córtex dorso-parietal, particularmente nas áreas sensório-motoras próximas as margens inter-hemisféricas e posteriormente atingindo o córtex frontal, parietal, occipital, e, finalmente, o córtex temporal. Os lobos frontal e occipital perdem substância cinzenta mais cedo, ou seja, completam a maturação de modo mais precoce. Já a maturação do lobo frontal, está associada a maturação do córtex pré-frontal dorsolateral que completa sua maturação apenas no final da adolescência¹⁶. Ou seja, a região responsável pelo controle da impulsividade, tomada de decisão, organização e planejamento, pensamento abstrato e racional, foco e atenção, somente estará totalmente desenvolvida no início da vida adulta¹⁷.

Diante desse cenário de transformações físico-biológicas, sociais e psicológicas, costumeiramente ocorre a experimentação inicial de SPA. Caso o processo de transição para a vida adulta ocorra de maneira assistida e protegida, uma possível experimentação de SPA nessa fase será resolvida com a maturidade. No entanto, jovens desprotegidos e expostos precocemente a situações de risco tendem a estender o uso. Ainda assim, não é possível prever quais serão os adolescentes que ao experimentar SPA nessa idade serão futuros dependentes químicos. Uma certeza clara é que os futuros dependentes estarão entre eles¹¹.

No entanto, algumas características do uso de SPA podem permitir a suspeita em direção a um prognóstico mais, ou menos, favorável. Os atributos associados a um pior prognóstico dizem respeito àqueles adolescentes que usam SPA pela primeira vez sozinhos

ou influenciados por adultos; adolescentes que inicialmente fumavam maconha e que apresentaram evolução do consumo para as demais SPA; adolescentes que destoam do modo de agir em relação aos colegas; adolescentes com baixo rendimento escolar e que progressivamente perdem o interesse nas demais atividades e adolescentes que abandonaram práticas esportivas que anteriormente faziam sistematicamente¹⁸.

O uso de SPA por adolescentes é global. Obviamente, os padrões locais de uso e as SPA mais utilizadas podem variar, mas as semelhanças nas peculiaridades de uso alertam para conjuntos universais de fatores de risco e de proteção¹¹.

Didaticamente, os fatores de risco associados ao uso de SPA por adolescentes^{6,11,19,20} podem ser divididos em dois grupos:

FATORES DE RISCO		
PESSOAIS		AMBIENTAIS
Primeira Infância	Segunda Infância e Adolescência	
Histórico familiar de uso de SPA e/ou transtornos mentais	Manifestações precoces de comportamento agressivo	Privação econômica e social
Vínculos familiares escassos	Fraco controle dos impulsos	Disponibilidade de SPA
Carência de vínculo materno	Fracasso escolar	Vínculos precários com a comunidade
Predisposição genética	Fraca ligação com a escola	Transições de vida conflituosas
Conflitos familiares graves	Rebeldia	Normas comunitárias favoráveis ao uso de SPA
Rejeição pelos pares	Associação com colegas usuários de SPA	Disponibilidade comercial de SPA
	Uso precoce de SPA	Facilidade de acesso as SPA

Pode-se perceber que diversos fatores podem contribuir para o uso de SPA pelos adolescentes. Quanto mais fatores de risco presentes, maior a probabilidade do adolescente utilizar abusivamente SPA^{6,20}.

O papel da mídia como setor influenciador de uso de SPA mostra-se muito presente através dos estímulos ao consumo de SPA lícitas, como o álcool²¹ e o tabaco^{1,11,20}. Tais substâncias frequentemente estão associadas a imagens de sucesso, beleza e força em propagandas e novelas^{20,21}. Os adolescentes sedentos por valores e caminhos para atingir o “sucesso” habitualmente não possuem crítica suficiente para julgar e não serem vítimas desse tipo de manipulação¹. Estudo de revisão apontou que existem evidências de que o marketing de bebidas alcoólicas tem um impacto considerável no comportamento de beber dos adolescentes²¹. A mídia frequentemente veicula discussões sobre a legalização do uso de maconha, particularmente nos EUA, e vem levantando diversas questões sobre os potenciais benefícios de associados a essa prática, dando pouca ênfase as implicações do uso dessa substância pelos adolescentes. Estudos apontam que o desenvolvimento cerebral somente está completo em meados dos 21 anos¹⁶. Desse modo, o cérebro adolescente é particularmente vulnerável as agressões nessa fase, o uso de maconha nessa faixa etária afeta o volume do hipocampo, amígdala, núcleo accumbens e as conectividades neuronais^{22,23}. Além disso, estudo recente apontou que o uso precoce e sustentado de maconha tem impacto significativo no coeficiente de inteligência e mesmo após a cessação do uso da substância não há reversão do declínio²⁴. Outro fator pouco divulgado pela mídia são os acidentes automobilísticos associados ao consumo de maconha, sendo esse fato particularmente associado às colisões fatais²⁵.

A família também pode atuar como um facilitador do acesso as SPA, seja pelo uso corriqueiro de SPA lícitas ou ilícitas pelos pais, que a priori são os modelos iniciais na infância, ou pelo incentivo e minimização de situações²⁰ como, por exemplo, quando os filhos chegam em casa sob efeito de álcool e a família além de achar a circunstância divertida, considera que se trata de uma situação típica de “homem”¹.

O grupo de adolescentes pode colaborar para o uso de SPA¹¹, pois vai de encontro a necessidade de pertencimento do adolescente, possibilitando a ele a participação de um ritual comum e gerando, então, a identificação com os pares. O próprio exibicionismo

durante o uso e a suposta transgressão contribuem para a influência do grupo¹.

Além disso, o adolescente por si só apresenta características favoráveis ao uso, como o sentimento, muitas vezes referido, de solidão que pode apresentar como comemorativos a baixa auto-estima, o insucesso escolar e tristeza. Tais sensações podem ter derivado de situações carenciais e/ou traumáticas vivenciadas na infância, mas que irromperam com a puberdade¹. Certamente aqueles adolescentes com repertório pregresso repleto de cuidados e limites estarão mais capacitados para atravessar essa complexa fase. Ainda assim, os fatores constitucionais também apresentam relevância em relação aos adolescentes que poderão ter um uso mais acentuado de SPA. As características de personalidade como impulsividade, voracidade acentuada, dificuldade em tolerar frustrações, predomínio do agir sobre o pensar, atitudes autodestrutivas e baixa empatia¹¹, contribuem para esse risco¹.

Em contraponto, os fatores de proteção englobam os seguintes grupos:

FATORES DE PROTEÇÃO		
PESSOAIS		AMBIENTAIS
Primeira Infância	Segunda Infância Adolescência	
Relação calorosa com a mãe ou figura materna substituta	Sucesso acadêmico	Limitação das possibilidades de acesso as SPA
Estabilidade psicológica da mãe ou figura materna substituta	Envolvimento em atividades comunitárias, esportivas e sociais	Informações na mídia baseadas em evidências
Bom gerenciamento familiar	Fortes vínculos escolares	Maior taxaço de impostos sobre as SPA vendidas legalmente
Bom temperamento	Bom relacionamento com os pares	
Bons modelos parentais	Fortes vínculos com os pares	
Crianças que evitam situações de perigo	Estrutura familiar recompensadora	
	Monitoramento parental	
	Envolvimento parental de qualidade nas atividades dos filhos	
	Regras parentais claras em relação ao uso de tabaco, álcool e demais SPA	

Diante do exposto é perceptível a importância do papel familiar no cuidado, acompanhamento, participação afetiva¹ e na elaboração de regras em relação à postura perante o uso de SPA²⁶. O ambiente escolar também é um local de potencial proteção para o uso de SPA, tanto pelo incentivo a melhoria no aprendizado através do aumento da

capacidade acadêmica e das habilidades sociais, como também pela maior aproximação com os jovens. Outra possibilidade são os programas de prevenção em que os jovens são estimulados a aumentar a auto-eficácia através de treinamentos para aumentar a resistência à influência dos pares¹¹.

O consumo de drogas por adolescentes, particularmente quando se dá de forma abusiva, tornou-se alvo de preocupação mundial^{27,28,29,30}, marcadamente pela idade de início de uso cada vez mais precoce e pelas consequências associadas a esse uso como, maior chance de dependência³¹, acidentes de trânsito^{32,33,34}, problemas judiciais, comportamento sexual de risco^{29,32,35,36}, gestação não planejada^{29,37}, ferimentos não intencionais, homicídio e suicídio^{19,29}.

Frequentemente o uso de SPA por adolescentes tem correlação com outros diagnósticos psiquiátricos como distímia, depressão, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)^{38,39}, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e esquizofrenia^{39,40}. O reconhecimento da existência das comorbidades é relevante, embora exista uma variabilidade nas taxas de comorbidade de acordo com o local da amostra e os instrumentos utilizados, variando de 50 a 89%^{11,41,42}. Uma das limitações é a dificuldade em identificar qual quadro ocorreu primeiro¹¹.

No entanto, sabe-se que o uso precoce de SPA por adolescentes pode ter uma evolução favorável tratando-se apenas de experimentação, desfavorável, evoluindo para um quadro de dependência ou pode desencadear ou agravar um transtorno psiquiátrico. Ao conhecer o perfil e a progressão do uso de SPA na adolescência, é possível realizar a identificação precoce desses jovens com consequente intervenção que pode prevenir o desenvolvimento de morbidade mais grave do uso de SPA e de transtornos psiquiátricos correlacionados entre adolescentes em situação de risco⁴⁰.

Ainda que para alguns jovens, o uso de SPA seja apenas uma parte de seu processo de desenvolvimento, podendo cessar com seu amadurecimento, para outros esse uso poderá ter como consequência a evolução para um uso descontrolado, interferindo então, no processo normal da adolescência⁴³.

As evidências de que o uso experimental na infância e adolescência podem levar a dependência na vida adulta⁴⁴ tornam essa etapa relevante para estratégias de prevenção e detecção precoce de uso de risco⁴⁵.

1.4-Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: dados epidemiológicos

Dentre as SPA utilizadas pelos adolescentes, o álcool e o tabaco são as substâncias mais consumidas mundialmente. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatizou o álcool como a principal droga consumida pelos jovens, independentemente das disparidades socioeconômicas e culturais, entre os países²⁸.

Globalmente, percebe-se que muitos jovens bebem com a intenção de ficar embriagados. Esse padrão parece ser o escolhido por um grupo que cresce substancialmente a cada ano. Estudo comparativo entre os países da União Europeia mostrou que em todos os países, exceto a Itália, os adolescentes mais jovens apresentaram frequência maior de intoxicação do que os mais velhos⁴⁶.

Os países com as maiores taxas de adolescente embriagados pelo uso de álcool, ou seja, ter bebido até embriaguez por 20 vezes ou mais, foram a Dinamarca, seguida pela Finlândia, Irlanda e Reino Unido. Mundialmente, a maconha aparece como uma das SPA ilícitas mais utilizadas. Nos Estados Unidos, aproximadamente 60% dos jovens entre 15 e 18 anos fizeram uso de maconha, enquanto que no Reino Unido, Canadá e Noruega, menos de 20% dos jovens utilizaram a substância⁴⁷.

Estudo realizado a partir dos Levantamentos realizados nos países da União Europeia (UE) em 2002 e 2004 com adolescentes entre 15 e 24 anos (n=15.191) apontou a Irlanda como o país com maiores índices de uso de SPA nos dois anos, com acentuação em 2004. Em ambos os levantamentos, a Grécia exibiu as menores taxas de uso⁴⁸.

O relatório anual sobre o uso de SPA na Europa apontou que o uso de SPA ilícitas pelos estudantes, particularmente a maconha, apresentou ascensão até 2003, teve uma leve queda em 2007 e desde então permaneceu estável. Entre os jovens de 15 e 24 anos, o uso de maconha no último ano foi de 15,4% e no último mês de 7,8%. Os maiores níveis de uso na

vida entre adolescentes de 15 e 16 anos foram reportados pela República Tcheca (42%) e França (39%). O uso na vida de cocaína entre os jovens de 15 e 16 anos foi entre 1-2% para 13 dos 24 países participantes da UE. Os países restantes da UE reportaram prevalência de uso de cocaína entre 3-4%, com exceção do Reino Unido que teve prevalência de 5% de uso na vida de cocaína. O uso de tabaco teve uma queda entre 1999 e 2007 e apresentou estabilização. O uso de álcool vem gradualmente declinando por toda a Europa desde 2003. Observou-se que entre 1995 e 2007 houve aumento da tendência em usar álcool em grandes quantidades, mas atualmente esse pico está declinando⁴⁹.

Em Levantamento europeu sobre uso de SPA entre estudantes, foi observado que 65% dos jovens, dos 36 países participantes, relataram ser fácil ou muito fácil o acesso ao tabaco caso desejassem. Em relação ao álcool, aproximadamente 73% dos estudantes consideraram que o acesso era fácil ou muito fácil. A facilidade ao acesso da maconha foi reportada por 30% dos estudantes, embora os meninos considerem mais fácil de obtê-la quando em comparação com as meninas (32% e 27%, respectivamente)⁴⁹.

Relatório internacional aponta que o consumo de novas SPA (NSPA) pelos jovens da UE é de 7%. Reporta que o acesso a essas NSPA normalmente ocorre via Internet, e, embora a importação e o comércio por atacado possam ser cada vez mais realizados através desse meio, o consumidor final ainda mantém uma preferência por canais de varejo e de distribuição mais tradicionais. Dados de 2011 sugerem que cinco países concentram aproximadamente três quartos de todos os usuários de NSPA: Reino Unido (23% do total da UE), Polônia (17%), França (14%), Alemanha (12%) e Espanha (8%). Enquanto o consumo de maconha claramente teve uma redução entre os adolescentes e jovens europeus na última década, o uso de outras SPA, exceto a maconha, praticamente se manteve estável e o uso de NSPA aumentou⁵¹. Os Estados Unidos concentram o maior número de NSPA no mundo. Em 2012 foram identificadas um total de 158 NSPA, o que corresponde a duas vezes mais que a UE⁵¹.

O relatório da Organização das Nações Unidas indicou que em 2011, entre 167 e 315 milhões de pessoas usaram SPA ilícitas no ano anterior. O uso de maconha aumentou mundialmente, especialmente na Ásia. As regiões com prevalências maiores que as médias globais continuaram as mesmas: África Central e Ocidental (12,4%), Oceania

(principalmente Austrália e Nova Zelândia, 10,9%), América do Norte (10,7%) e Europa Ocidental e Central (7,6%). Embora o consumo na América do Norte e na maior parte da Europa Ocidental e Central seja considerado estável ou em queda⁵¹. Os dois maiores mercados de cocaína, América do Norte e Europa Ocidental e Central, registraram uma atenuação do uso de cocaína entre 2010 e 2011. O uso de ecstasy, além de estar crescendo na Europa, continua tendo associação com jovens e eventos noturnos em centros urbanos. As maiores prevalências de uso de ecstasy são na Oceania (2,9%), América do Norte (0,9%) e Europa (0,7%)⁵¹.

Dados norte-americanos sinalizam para um declínio gradual de consumo de álcool entre os adolescentes. Em 2011 ocorreram as menores taxas de uso em todas as séries estudadas, correspondendo a faixa etária de 13-14 a 17-18 anos⁵².

De modo geral, tabaco e álcool são as SPA mais comumente utilizadas pelos adolescentes japoneses, apesar das leis que proíbem o uso dessas substâncias nesse faixa etária. A idade de início do uso de álcool pelos adolescentes japoneses acontece precocemente⁵³. O III Levantamento Nacional do Japão sobre uso de álcool por adolescentes efetuou uma comparação entre os levantamentos anteriores realizados em 1996⁵⁴, 2000 e 2004⁵⁵. Observou-se que a prevalência de uso de álcool em 2004 diminuiu em comparação aos demais levantamentos para ambos os gêneros e em todas as faixas etárias. Essa redução foi mais acentuada entre os meninos e o uso na vida de álcool entre as meninas foi maior quando comparado aos meninos. As razões identificadas para a redução do uso de álcool pelos adolescentes foram a diminuição da prevalência de beber nas famílias dos adolescentes, especialmente pelos pais e irmãos mais velhos e, também, um aumento no número de adolescentes que não tinham amigos⁵⁵.

É importante ressaltar que culturalmente o ato de beber no Japão é mais tolerado, inclusive quando se trata do uso de álcool pelos adolescentes quando comparado com o Ocidente, fato que, talvez, atue como reforçador do início do uso de álcool precocemente nesse país⁵³.

Recente estudo nacional utilizou os relatórios internacionais para comparar o uso entres as populações de adolescentes de diferentes países⁵⁶. Realizou-se um recorte que

possibilitou a comparação entre o Brasil e os demais países, embora houvesse limitações nesse tipo de comparação como, por exemplo, o uso de questionários diferentes, as datas de coletas em anos desiguais e as amostras diferentes. Tendo em mente essas limitações, de um modo geral observou-se que os estudantes brasileiros não são os que mais utilizam SPA quando comparados aos estudantes da América do Sul, Europa e América do Norte⁵⁶.

Apesar de apresentar índices de consumo mais baixos de tabaco, crack e maconha em relação aos demais países, os adolescentes brasileiros (15 e 16 anos) aparecem como um dos maiores consumidores de inalantes no ano (6,8%), ficando atrás apenas da Irlanda (8%) e França (7%). Na América do Sul o Brasil é o maior consumidor de inalantes. Já em relação ao tabaco os estudantes brasileiros foram os que menos consumiram tabaco (uso na vida e no ano)⁵⁶.

O uso de álcool no ano entre os estudantes brasileiros (15 e 16 anos) foi de 59,9% e está compatível com a média internacional. Os maiores índices foram vistos na Alemanha (91%), seguido pelo Reino Unido (88%), Suíça (85%), Holanda (84%) e França (81%). Os menores índices foram observados na Bolívia (3,4%), Peru (47,9%) e Equador (50%). Os estudantes europeus utilizaram álcool, tanto na vida quanto no ano, em maior número do que os estudantes sul-americanos⁵⁶.

A maconha foi mais utilizada (uso na vida e no ano) entre os países europeus, com destaque de uso no ano para Suíça (27%), Holanda (25%) e França (24%). Em relação aos países sul-americanos, o maior uso no ano foi observado no Chile (14,1%). O uso no ano de maconha entre os estudantes brasileiros (15 e 16 anos) correspondeu a 5,9%⁵⁶.

O uso na vida de cocaína entre estudantes de 15 e 16 anos foi maior na Europa, com França, Itália e Reino Unido atingindo o índice de 5%, já o Brasil apresenta prevalência de 3,4%, muito semelhante aos demais países sul-americanos⁵⁶.

O comparativo entre estudantes norte-americanos e brasileiros foi efetuado na faixa etária de 17 e 18 anos. Constatou-se que os estudantes norte-americanos apresentaram maiores taxas de uso na vida de praticamente todas as SPA, exceto álcool e inalantes, quando comparados aos estudantes brasileiros nessa mesma faixa etária. O uso na vida de maconha foi três vezes maior entre os estudantes norte-americanos (42%) e quatro vezes

maior para o uso no ano (32,8%) em relação aos estudantes brasileiros (13,2% e 8,8% respectivamente)⁵⁶.

Em estudo realizado a partir dos dados do I Levantamento Nacional sobre os padrões de uso de álcool na população brasileira, foi observado que 3% dos participantes (14 a 19 anos) tinham usado ao menos uma SPA ilícita nos últimos 12 meses. Menos de 2% usaram maconha, 1,1% solventes e 0,5% crack/cocaína, no último ano. Em relação as SPA lícitas, metade dos adolescentes usou álcool no último ano. A média de idade para o início do uso de álcool foi 15,8 anos e 11,3% dos adolescentes foram identificados como abusadores ou dependentes dessa substância. Para o tabaco, a idade de início foi 14,7 anos e um terço dos adolescentes fumavam 20 ou mais cigarros por dia. A idade pareceu influenciar no modo de uso das SPA, ou seja, com o aumento da idade houve acentuação da probabilidade de transtornos relacionados ao álcool e uma associação inversa com o uso de SPA ilegais⁵⁷.

O VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID apontou o álcool e o tabaco como as substâncias mais consumidas pelos adolescentes. Aproximadamente 5% iniciou a experimentação antes de 10 anos⁵⁶.

O uso de SPA por estudantes de escolas privadas foi maior em relação ao uso na vida, no ano e no mês quando comparados aos estudantes de escolas públicas. No entanto, o oposto ocorre quando o objeto de estudo são o uso frequente e o uso pesado, ou seja, nesses casos o envolvimento com SPA por estudantes de escola pública é mais acentuado com SPA em geral (1,2% de escolas públicas e 0,8% de escolas privadas), maconha (0,5% e 0,8%) e álcool (1,7 e 1,1%)⁵⁶.

Os estudantes com maior uso de SPA (uso na vida, ano, mês, frequente e pesado) eram das seguintes faixas etárias: 16 a 18 anos e maior de 19 anos⁵⁶. É importante ressaltar que o uso de SPA já estava sendo referido pelos estudantes de 10 a 12 anos, desses 10,4% relataram uso na vida, 5,4% no ano, 2,7% no mês, 0,3% frequente e 0,4% pesado⁵⁶.

Em comparação aos levantamentos anteriores realizados em 1987⁵⁸, 1989⁵⁹, 1993⁶⁰, 1997⁶¹ e 2004⁶², houve redução do uso na vida de solventes e anfetamínicos (dados estatisticamente significativos), aumento do uso na vida de ansiolíticos e cocaína (dados

estatisticamente significativos) e não houve alterações no uso na vida de maconha e crack⁵⁶.

Comparando-se os levantamentos realizados em 2004⁶² e 2010⁵⁶ foi possível observar uma diminuição estatisticamente significativa de uso no ano de todas as SPA, exceto álcool e tabaco, de 19,6% para 9,9%. O uso no ano de solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e crack tiveram queda de 14,1% para 4,9%, 4,6% para 3,7%, 3,8% para 2,1%, 3,2% para 1,6% e 0,7% para 0,4%, respectivamente⁵⁶.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas na população brasileira, realizado em 2012, avaliou 4607 indivíduos, sendo 1157 adolescentes entre 14 e 17 anos. Os resultados preliminares apontam que 4% dos adolescentes já usaram maconha ao menos uma vez na vida e que a taxa de uso no ano foi semelhante a dos adultos, sendo a escola o local onde 17% dos adolescentes conseguiram a substância no último ano. O início do uso de maconha ocorreu antes dos 18 anos em 60% do total de indivíduos avaliados. Em relação à cocaína, constatou-se que 3% dos adolescentes já haviam experimentado alguma apresentação dessa substância na vida. A prevalência do uso de cocaína, no último ano, foi de 2% da população jovem, sendo a via intranasal a mais utilizada no uso na vida e no último ano. Aproximadamente metade dos usuários experimentaram a cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos⁶³.

1.5-Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: diferenças entre os gêneros

O gênero pode ser definido a partir das características que a sociedade atribui ao sexo biológico, como regras sociais, expectativas e comportamentos peculiares aos meninos e meninas^{33,64}. Sendo assim, os fatores culturais são importantes na determinação de fatores de risco e de proteção para o uso de álcool, tabaco e outras SPA. Na medida em que o gênero é definido pelos fatores sociais torna-se relevante o questionamento a respeito da maneira como o gênero está relacionado a esses fatores de risco e proteção para o uso de substâncias psicoativas⁶⁴.

As motivações para o início de uso de SPA não são semelhante entre os gêneros, tornando a compreensão das razões para o uso um campo vasto de estudos com

consequente disponibilidade de ação e prevenção focada nas peculiaridades de cada gênero^{34,36}. Para as meninas o uso muitas vezes está associado a possibilidade de enfrentamento de situações, enquanto que para os meninos o uso rotineiramente ocorre por curiosidade³⁴. Nesse sentido, um estudo britânico apontou que o uso precoce de álcool e outras SPA estava associado ao início de práticas sexuais também precoces principalmente entre as meninas⁶⁵.

Em estudo realizado na Tailândia com 2767 adolescentes entre 12 e 15 anos foi observado que as demandas de cuidados, fatores de risco e de proteção entre os diferentes gêneros não eram semelhantes. Na análise bivariada foi observada que ser vítima de bullying e estar inserido em ambiente familiar desunido estava associado ao uso de álcool pelos adolescentes do gênero masculino, enquanto que para as meninas a associação era relacionada principalmente a falta de conexão e/ou ligação com os pais. Na análise de regressão logística multivariada os fatores fortemente associados ao uso de álcool pelos meninos foram: uso de SPA ilícitas, idades maiores e atividade sexual nos últimos 12 meses. Em relação as meninas os fatores fortemente associados ao uso de álcool foram: pobreza e falta de ligação com os pais ou responsáveis. Concluiu-se que as adolescentes provavelmente se beneficiariam em participar de programas que estimulassem a interação e comunicação entre pais e filhas⁶⁶.

Estudo realizado entre estudantes apontou que aqueles que frequentemente sentem-se sozinhos e que tem pais que raramente checam as tarefas escolares apresentaram maior propensão ao uso de tabaco. A idade estava associada ao uso de álcool e tabaco em ambos os gêneros. Os adolescentes do gênero masculino que referiram tristeza e que não possuíam ao menos dois amigos próximos apresentaram maior risco de uso de maconha, já para as adolescentes do gênero feminino, ter pais que raramente checavam as tarefas escolares apresentava impacto tanto para o uso de maconha quanto para o uso de álcool. Somado a isso, as adolescentes do gênero feminino com pais que não tem conhecimento de seus paradeiros tinham maior propensão ao uso de álcool. Pensamentos suicidas entre as meninas estavam fortemente associado com o uso de tabaco e álcool. Entre os meninos, o fato dos pais terem conhecimento do que seus filhos fazem nas horas de lazer foi considerado o mais poderoso fator de proteção no que diz respeito as práticas parentais⁶⁷.

O relatório anual sobre o uso de SPA na Europa apontou que os meninos são mais propensos ao início precoce e frequente de maconha. Entre 5-11% dos estudantes do gênero masculino de 15-16 anos em nove países da UE usaram maconha em 40 ou mais vezes na vida. Na maioria dos países, essa proporção foi, ao menos, o dobro do que é encontrada em estudantes do gênero feminino⁴⁹.

Em recente estudo no qual foram utilizados os dados do I Levantamento Nacional sobre os padrões de uso de álcool na população brasileira, foi observado que o gênero estava significativamente associado aos transtornos relacionados ao uso álcool e ao uso de SPA ilícitas. As probabilidades de abuso, dependência e consumo excessivo de álcool (padrão de “*binge drinking*”) foram consideravelmente maiores nos meninos em comparação as meninas. Adolescentes do gênero masculino apresentaram maior propensão a transtornos relacionados ao uso de álcool e tabaco⁵⁷.

Apesar de compartilharem alguns fatores de risco e de proteção, meninos e meninas apresentam diferentes consequências e comorbidades associadas ao uso de substâncias^{39,64}.

As diferenças de gênero como, por exemplo, o metabolismo lentificado do álcool, menor proporção de água e massa corporal, tornam o uso precoce de álcool durante a adolescência especialmente preocupante nas adolescentes do gênero feminino^{34,64,68}. Algumas pesquisas sugerem que mulheres jovens podem desenvolver problemas relacionados ao álcool mesmo em uso de baixas doses, em comparação com os homens, e progredir mais rapidamente do uso ao abuso^{34,36,64}.

Pesquisas recentes vêm explorando diferentes aspectos da influência do gênero como fator de risco para uso e abuso de SPA. Observou-se, por exemplo, que as motivações para o uso de medicações sem indicação médica por jovens adultas diferiam consideravelmente das motivações dos homens. As jovens utilizavam as medicações para melhorar a aparência (perder peso) ou como auto-medicação (dor), enquanto os jovens adultos utilizavam as medicações para ter experiências de embriaguez com a substância. De modo geral, os meninos tem altas taxas de sintomas externalizantes que podem cursar com Transtorno de Conduta, TDAH, Personalidade Anti-social; e as meninas tendem a apresentar altas taxas de sintomas internalizantes, os quais podem aumentar as chances de

Transtornos Ansiosos e Depressivos. Ou seja, o risco de uso de SPA existe para ambos os gêneros e pode ser acentuado pelas características mais presentes em cada sexo³⁹.

Pinsky et al (2010)³¹, em estudo referente ao padrão do uso de álcool por adolescentes brasileiros, constatou que os jovens que bebem consomem um volume significativo de álcool. A porcentagem de meninas que bebem no padrão “*binge*” chegou a pouco mais de um terço.

No VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID em 2010 foi constatado que os adolescentes do gênero masculino usam mais cocaína, maconha, esteroide e solventes, enquanto que as adolescentes costumam utilizar com maior frequência os medicamentos (anfetamina, ansiolíticos e analgésicos). Esse levantamento apresentou um dado inédito em relação aos levantamentos anteriores: o uso de tabaco foi maior nas adolescentes do gênero feminino, embora não seja um dado estatisticamente significativo. O consumo de álcool foi mais acentuado nas adolescentes do gênero feminino em comparação aos adolescentes do gênero masculino, dado estatisticamente significativo⁵⁶. Fato já observado no V Levantamento realizado em 2004⁶².

Um estudo realizado em 2008, com 781 adolescentes do gênero feminino e com suas respectivas mães, demonstrou a existência de relações do uso de álcool, pelas adolescentes do gênero feminino, com a auto-imagem corporal, depressão, destino após as aulas, uso de SPA pela melhor amiga, comportamento materno de beber, interações mãe e filha e normas que cercam o uso de SPA. As adolescentes apresentam maior propensão, em relação aos meninos, ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias como consequência da preocupação excessiva com a aprovação dos pares. Durante a puberdade as meninas são mais vulneráveis a depressão, que é considerada um fator de risco para o uso e abuso de SPA. Vínculos familiares vigorosos estão associados a uma baixa taxa de uso de SPA por todos os adolescentes. Entretanto, o relacionamento parental escasso se correlaciona mais fortemente com o uso de tabaco, álcool e outras SPA pelas meninas em comparação aos meninos⁶⁹.

A Academia Americana de Pediatria afirma que os adolescentes com orientação sexual não heterossexual (gays, bissexuais, lésbicas e transgêneros – GBLT) não são

considerados um grupo de risco por si só, embora os estudos de prevalência de uso de SPA lícitas e ilícitas apontem taxas mais altas de uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, ecstasy e heroína. No entanto, tratando-se de uma minoria, muitas vezes esses jovens são marginalizados e discriminados. Esses fatos contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais, uso de SPA e consequente comportamento sexual de risco⁷⁰.

Uma melhor compreensão das questões de gênero na adolescência permite a criação de abordagens na área do uso de risco de drogas lícitas e ilícitas que respeitem estas particularidades e se aproximem do universo a que se destinam.

1.6-Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: prevenção e identificação

As estratégias de prevenção de uso de SPA por adolescentes pretendem evitar o aparecimento de problemas e antecipar ações que auxiliem o indivíduo a lidar com dificuldades durante o seu desenvolvimento⁷¹. Nesse sentido o objetivo das ações é atuar sobre os fatores facilitadores de uso de drogas e acentuar as características de auto-eficácia do jovem^{11,26,72}.

As modalidades de prevenção podem ser classificadas em^{11,26,49,73}:

Prevenção Universal
<ul style="list-style-type: none">• Estratégias são direcionadas a população como um todo• Não há seleção prévia de participantes• Objetivo é prevenir ou retardar o uso de SPA• O grau de risco para o consumo não é avaliado

Prevenção Seletiva

- Estratégias são direcionadas para segmentos da população que apresentam maior vulnerabilidade para o uso de SPA, ou seja, todos os participantes são considerados de risco para o uso
- O público alvo é previamente selecionado
- Objetivo é prevenir ou retardar o uso de SPA
- Equipe precisa ser especializada na área de prevenção

Prevenção Indicada

- Estratégias são direcionadas aos grupos que já manifestam sinais iniciais de uso nocivo de SPA
- Objetivo é impedir a evolução das consequências negativas do uso de SP
- Requerem mudanças de comportamento pelos participantes para atingir os objetivos
- A equipe precisa ser altamente qualificada e especializada

Um dos potenciais locais de prevenção de uso de SPA é o ambiente escolar⁷⁴. As crianças e adolescentes passam boa parte de seu tempo útil nesse local, característica que possibilita o reforço de normas sociais, de atitudes e comportamentos⁷³. Alguns itens como a criação de ambientes contrários ao consumo de qualquer SPA, lícita ou ilícita, a eliminação de conceitos equivocados relacionados a expectativa de experiências associadas ao uso de SPA e estabelecimento de programas amplos que englobem a escola, os alunos e os responsáveis atuam de maneira favorável rumo a prevenção nesse ambiente^{11,73}. A simples identificação de uma situação problemática e o encaminhamento para tratamento em serviço especializado em detrimento de punições também viabiliza uma potencial interrupção desse uso de SPA¹¹.

Historicamente os ambientes ligados a saúde são amplamente utilizados para o modelo curativo, embora possam e devam ser utilizados como espaço de prevenção e

identificação de situações relativas ao uso de SPA. Independentemente do ambiente ser privado ou público, os profissionais que atuam na área da saúde deveriam estar aptos para identificar precocemente os casos de uso inicial e participar da interrupção do uso de SPA. Na atenção primária a saúde, as Unidades Básicas de Saúde, o Programa de Saúde da Família e os Agentes Comunitários têm papel fundamental na detecção de uso e abuso de SPA em suas áreas de atuação. Caso essas equipes estejam devidamente capacitadas a chance de identificação desses casos aumenta consideravelmente²⁶. No entanto, muitas vezes o que ocorre é um baixo interesse dos profissionais de saúde e descrença de que possa haver qualquer melhora⁷⁵, somado ao sentimento de falta de treinamento e de capacitação⁷⁶.

Os serviços de pronto-atendimento também podem ser espaços de identificação precoce, desde que haja instrumento rápido para a triagem, visto que nesses ambientes o fluxo alto de pacientes pode dificultar o rastreamento através de escalas longas²⁶.

É importante salientar que dificilmente um indivíduo em uso de SPA, jovem ou adulto, procura espontaneamente um serviço especializado de dependência química⁷⁷. Ou seja, qualquer passagem por um serviço de saúde é um momento de potencial rastreamento e intervenção.

Diante do crescente número de adolescentes em contato com SPA e, portanto, expostos a potenciais consequências associadas a esse uso, foram estabelecidas algumas diretrizes com a finalidade de realizar a triagem adequada desses jovens e estabelecer um fluxo de atendimento quando necessário. Uma delas é a da Associação Médica Americana que, em suas Diretrizes para Serviços de Prevenção de Adolescentes, recomenda que todos os adolescentes devem ser rastreados para o uso de álcool e outras drogas, anualmente, como parte de uma rotina da assistência médica⁷⁸, cabendo a todos os provedores de saúde o questionamento sobre o uso de SPA⁷⁶. Infelizmente, triagem dos adolescentes em relação ao uso de SPA ainda é pequena, mesmo por parte dos pediatras. Os motivos pelos quais os médicos falham nesse processo permanecem desconhecidos. Entretanto, é possível que exista uma falsa crença de que a prevalência do uso de SPA por adolescentes seja baixa, além da falta de capacitação adequada para o rastreamento⁷⁶.

O Ministério da Saúde do Brasil, embora não normatize o modo de identificação dos adolescentes em uso de SPA, sugere que os profissionais devem estar aptos a identificar adolescentes com problemas associados ao uso de SPA, verificar sua limitação de manejo e encaminhar adequadamente ao serviço de referência^{33,79}. No entanto, em outros documentos orienta o profissional de saúde a focar no primeiro encontro apenas no motivo da consulta, postergando para um segundo momento a abordagem dos demais aspectos, como sexualidade, uso de SPA e desenvolvimento puberal⁸⁰. Desse modo, pode-se concluir que não há um consenso brasileiro a respeito da triagem e do manejo dos adolescentes nesse sentido.

Diante desse panorama e das limitações peculiares as realidades de cada país, é crível que métodos de triagem de fácil manejo poderiam ser incorporados nas rotinas de atendimentos²⁷. A aplicação de instrumento validado para a triagem do uso de SPA possibilitaria a identificação precoce do problema e conseqüentemente a conduta pertinente à gravidade da situação, desde uma orientação para o adolescente até o encaminhamento para profissional habilitado a lidar com o caso^{76,81}.

O instrumento de triagem ideal deve ser de simples aplicação e com a possibilidade de fornecimento rápido de resultados. Um exemplo é o CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) instrumento de triagem com o nome acrônimo referente às suas 4 questões (sim/não) que indicam, de acordo com o número de respostas afirmativas, a probabilidade de haver um diagnóstico relacionado ao uso de álcool^{82,83,84}. O CAGE somente pode ser utilizado em adultos por não ser uma escala validada para adolescentes, visto que alguns itens não foram desenvolvidos de maneira apropriada para essa faixa etária^{27,85}.

A escassez de instrumentos adequados à triagem de uso de SPA entre adolescentes, motivou a criação do instrumento denominado CRAFFT (acrônimo de Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble – Anexo 1)^{27,76,85}, um questionário de triagem de uso de SPA desenvolvido especificamente para adolescentes e, da mesma maneira que o CAGE é de simples aplicação e facilmente pontuado (cada resposta afirmativa=1 ponto). Uma das diferenças entre as escalas CAGE e CRAFFT é que a segunda além de realizar a triagem para uso de álcool também é capaz de realizar o rastreamento do adolescente em relação ao

uso de outras SPA⁷⁶.

O CRAFFT apresenta vantagens em relação aos demais instrumentos de triagem de uso de SPA, uma delas é ser o único instrumento que inclui uma questão sobre direção e embriaguez (ou estar em um veículo com alguém sob efeito de álcool), sendo uma pergunta importante já que os acidentes relacionados ao uso de álcool são uma das principais causas de morte nessa faixa etária, devendo fazer parte da rotina de triagem de uso de SPA⁷⁶. Além disso, o instrumento é breve, de fácil aplicação e inclui questões referentes ao uso de SPA lícitas e ilícitas⁷⁶.

O ponto de corte do CRAFFT é a pontuação igual ou superior a 2 (duas ou mais respostas afirmativas) sendo esse escore associado a sensibilidade de 0,80 e especificidade de 0,86. Além disso, possui sensibilidade e especificidade aceitáveis para identificar três categorias de gravidade: qualquer problema (uso problemático, abuso ou dependência), qualquer diagnóstico (abuso ou dependência) e dependência. O escore apresenta correlação com a acentuação da severidade da classificação diagnóstica, ou seja, quanto maior a pontuação final, maior a suspeita de dependência⁷⁶.

O questionário CRAFFT teve sua validação e confiabilidade testadas em diversas culturas e países como, por exemplo, EUA^{86,87}, França⁸⁸, Suíça⁸⁹, Alemanha⁹⁰, Singapura⁹¹, Noruega⁹² e Colômbia⁹³. Em todos os estudos foi considerado com boa capacidade psicométrica.

Em recente revisão sistemática da Cochrane⁹⁴ sobre a validação e confiabilidade da escala CRAFFT foram encontrados 17 estudos, realizados em adolescentes na população geral, em alistamento militar⁹¹, ambiente hospitalar^{27,76,85}, na atenção primária a saúde^{86,89}, serviços de emergência^{95,96} e clínicas de doenças sexualmente transmissíveis⁹⁷. De modo geral, o CRAFFT foi considerado um bom instrumento de triagem de uso, abuso e dependência de SPA⁹⁴.

Em função do número de adolescentes utilizando SPA no Brasil, dos potenciais riscos associados ao uso e às baixas taxas de identificação destes quadros na fase inicial, é relevante que haja instrumentos com capacidade de detecção, visando à possibilidade de intervenção precoce.

OBJETIVOS

2.1-Objetivo Geral

Avaliar a adaptação de uma versão em português da escala CRAFFT/CESARE para a triagem do uso de SPA em amostra de adolescentes brasileiros na faixa de 14 a 21 anos.

2.2-Objetivos Específicos

- Propor uma versão da escala CRAFFT adequada ao contexto sócio-cultural brasileiro.
- Realizar a aplicação da escala CRAFFT/CESARE em adolescentes brasileiros estudantes de escola técnica.
- Avaliar a aplicabilidade da versão do instrumento nesta população.
- Avaliar a compreensibilidade da versão do instrumento nesta população.
- Realizar confirmação aleatória em uma sub-amostra de adolescentes através de instrumento padronizado visando à avaliação de validade do instrumento.
- Apresentar as taxas de uso de risco de SPA nesta população.
- Descrever a associação entre uso de risco de SPA, idade, sexo e período escolar nesta população.

MÉTODO

3.1-Tipo de Estudo

Estudo descritivo, quantitativo e transversal, que propôs uma versão e avaliou a aplicabilidade de versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE em adolescentes estudantes.

3.2-Sujeitos e critérios de inclusão

Os sujeitos foram estudantes de 14 a 21 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados no primeiro ao terceiro ano do Ensino Médio das escolas Colégio Técnico de Campinas (COTUCA) e Colégio Técnico de Limeira (COTIL).

Critérios de inclusão:

- Ter idade entre 14 e 21 anos;
- De ambos os sexos;
- Estar regularmente matriculado no primeiro ao terceiro ano do Ensino Médio das escolas COTUCA ou COTIL;
- Possuir compreensão da língua portuguesa;
- Estar presente na sala de aula no momento da aplicação;
- Ter levado aos pais ou responsáveis a Carta Informativa (Anexo 2) que explicava a pesquisa;
- Ter lido, concordado e assinado o TCLE (Anexo 3).

3.3-Local da Pesquisa

- Colégio Técnico de Campinas (COTUCA): escola pública e gratuita, localizada na cidade de Campinas e vinculada à Unicamp. Atua na formação profissional de nível técnico de adolescentes e adultos. Possui 1900 vagas para dezoito opções de cursos técnicos e três opções de especialização. Os cursos oferecidos abrangem seis áreas (Gestão e Meio Ambiente, Industrial, Informática, Saúde e Telecomunicações). Tem em seu quadro 1769 alunos.

- Colégio Técnico de Limeira (COTIL): escola pública e gratuita, localizada na cidade de Limeira e vinculada à Unicamp. Proporciona aos alunos a realização do ensino médio, além de prepará-los para o vestibular. Atua na formação profissional de nível técnico (Construção Civil, Enfermagem, Geomática, Informática, Mecânica, Qualidade e Produtividade). Tem em seu quadro 1500 alunos.

3.4-Instrumentos

3.4.1-Questionário CRAFFT (Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble), composto de 3 perguntas de filtro sobre uso de bebidas alcoólicas, maconha ou outra droga (Parte A) e seis perguntas adicionais acerca de contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA (Parte B), todas com respostas tipo sim ou não (Anexo 1)^{76,85}.

A pontuação igual ou superior a 1 na Parte A direciona o entrevistado a responder a todos os itens da Parte B, ainda assim todos deverão responder a primeira pergunta da Parte B independentemente da pontuação da Parte A.

A pontuação igual ou superior a 2 na Parte B é o ponto de corte para identificação de qualquer problema relacionado ao uso, abuso e dependência de SPA, sendo considerado um escore de risco, ou seja, o número de respostas positivas estima não apenas a presença do uso como também a magnitude do risco de problemas associados a esse uso.

Na versão utilizada por profissional da saúde, existe anexado ao instrumento um gráfico que relaciona o número de respostas positivas à probabilidade do uso atual ser considerado abuso ou dependência.

3.4.2-Questionário do VI Levantamento nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras-2010 (Anexo 4)⁵⁶. Questionário fechado, de autopreenchimento e sem identificação pessoal do aluno, adaptado do instrumento proposto pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e desenvolvido pela WHO – Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence (Smart et al, 1980). No Brasil, foi adaptado por Carlini-Cotrim et al. (1989)⁵⁸ e já utilizado em seis levantamentos nacionais feitos pelo CEBRID^{56,58,59,60,61,62}.

Este questionário avalia o uso de drogas nas seguintes categorias, de acordo com a classificação da OMS:

- uso na vida: usou SPA pelo menos uma vez na vida;
- uso no ano: usou SPA pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa;
- uso no mês: usou SPA pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa;
- uso frequente: usou SPA seis vezes ou mais vezes nos 30 dias anteriores à pesquisa;
- uso pesado: usou SPA vinte vezes ou mais vezes nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Este instrumento foi aplicado em uma sub-amostra (28%) dos estudantes participantes, logo em seguida à aplicação do questionário CRAFFT/CESARE.

3.5-Procedimentos

Fase 1:

Em abril de 2011 foi feito o primeiro contato, via email, com a equipe do autor da escala, Dr. John R. Knight do Children's Hospital Boston, solicitando a autorização para a tradução, retro-tradução e aplicação da escala no Brasil (Anexo 5).

Em maio de 2011 o diretor do centro de pesquisa do hospital concedeu a

autorização do uso da escala, a qual já havia sido traduzida e retro-traduzida para a versão em português pela equipe de pesquisa daquele local. As condições para o uso da escala eram a utilização da versão enviada pela equipe (Anexo 6 e 7) e que não houvesse qualquer apoio ou financiamento da pesquisa por membros da indústria de bebidas alcoólicas.

Após o recebimento da versão inicial da escala solicitamos, via email, as seguintes alterações/adaptações com a intenção de facilitar o entendimento e a auto-aplicação sem que houvesse alteração da concepção original ou da capacidade psicométrica do instrumento visando a contribuir para a adaptação cultural:

- Auto-aplicação da escala pelos alunos, após orientação, para avaliação linguística da compreensão. Além da inclusão de perguntas de fechamento para essa finalidade (“*Você teve alguma dificuldade no entendimento das questões?*” e “*Você gostaria de fazer alguma crítica ou sugestão?*”).
- Alteração da segunda pergunta da Parte A (A2) que inicialmente era “*marijuana*” para termos mais utilizados no Brasil como maconha.
- Sugestão de inclusão na terceira pergunta da Parte A (A3) dos termos “*louco*” e “*chapado*”, além do “*alto*” que já estava presente, devido ao fato de que no Brasil tal termo é bastante associado ao uso de álcool e minimamente associado às demais substâncias.
- Sugestão de exclusão do termo “*huf*” na terceira pergunta da Parte A (A3) por não ser um termo corriqueiro para a população brasileira, com consequente alteração para “*toma, cheira ou fuma*”.
- Adaptação da pergunta: “Para uso do clínico apenas: O paciente respondeu “sim” a qualquer uma das perguntas da Parte A?” para “*Se você respondeu sim a alguma perguntas da Parte A responda de B1 a B6*”.
- Sugestão de exclusão do termo “*por sua conta*” na pergunta “*Você já usou drogas ou bebeu quando está por sua conta ou SOZINHO/A?*” (Parte B).

Os autores enviaram uma versão para auto-aplicação do CRAFFT/CESARE (Anexo 8). A versão final da escala CRAFFT/CESARE contemplou as sugestões e alterações propostas. As alterações foram autorizadas pelo autor, conforme correspondência incluída no Anexo 9.

Fase 2:

Foi realizado contato com as escolas apresentando o projeto, informando os objetivos da pesquisa e solicitando a aplicação em seus alunos. Em seguida as escolas escolheram as datas de aplicação. O treinamento dos aplicadores foi realizado pela autora (BAAXP) e pela orientadora do projeto (RCSA). Previamente a aplicação do instrumento, foi enviado aos pais ou responsáveis documento para a informação sobre a pesquisa e aplicação nos alunos (Anexo 2).

A auto-aplicação das escalas foi realizada individualmente em outubro de 2011 em ambos os colégios no período matutino, vespertino e noturno, em sala de aula após explicação dos objetivos do trabalho e preenchimento do TCLE (Anexo 3).

Foi explicado aos alunos que o preenchimento total ou parcial do questionário era facultativo. Cada aluno devolveu o questionário em envelope pardo, sem identificação de nome, que foi colocado em um ponto da sala de aula, garantido-se assim o anonimato. Após o término da aplicação os envelopes foram lacrados, assinados por três alunos e encaminhados para as pesquisadoras. A aplicação foi feita pela autora do projeto (BAAXP), auxiliada por membros do Programa Viva Mais (programa de prevenção ao uso de drogas da Unicamp).

Fase 3:

Foram selecionadas as questões do CEBRID que mais se aproximavam das questões do questionário CRAFFT/CESARE. No entanto, para a pergunta B4 (“*Sua família ou AMIGOS já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?*”) não houve qualquer possibilidade de aproximação com alguma questão do questionário CEBRID.

O CEBRID foi considerado positivo caso houvesse uma resposta afirmativa na primeira parte e duas ou mais respostas afirmativas selecionadas para esse fim na segunda parte.

O quadro abaixo aponta a correspondência das questões do CESARE com as perguntas do CEBRID:

Quadro A. Correspondências das questões do CRAFFT/CESARE e CEBRID

CRAFFT/CESARE		CEBRID	
Parte A (últimos 12 meses)			
A1.	Bebeu <u>álcool</u> (mais que alguns golinhos)?	26.	Você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar (“porre”)?
		27.	De um mês para cá, você tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar (“porre”)?
A2.	Fumou <u>maconha</u> ?	2B.	De um ano para cá você usou maconha?
A3.	Usou qualquer outra coisa para ficar alto/louco/chapado? (“qualquer outra coisa” inclui drogas ilegais, qualquer remédio e inalantes)	3B.	De um ano para cá você usou cocaína, mesclado, merla, bazuca ou pasta de coca?
		4B.	De um ano para cá você usou crack?
		5B.	De um ano para cá você usou remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica?
		6B.	De um ano para cá você já cheirou algum produto para sentir um “barato” qualquer?
Parte B			
B1.	Você já andou num <u>CARRO</u> dirigido por alguém (inclusive você) que estava “alto” ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?	36.	Depois de beber, você já: Alternativa 4: Dirigiu
B2.	Você já <u>ESQUECEU</u> coisas que fez enquanto bebia ou usava drogas?	36.	Depois de beber, você já: Alternativa 15: Teve esquecimento

B3.	Você já bebeu ou usou drogas quando estava <u>SOZINHO</u> ?	33.	Com quem você costuma tomar bebidas alcoólicas com mais frequência? Alternativa 4: Sozinho
B4.	Sua família ou <u>AMIGOS</u> já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?	Sem correspondência	
B5.	Você já usou droga ou bebeu para <u>RELAXAR</u> , sentir-se melhor ou para sem enturmar?	26.	Você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar (“porre”)?
		27.	De um mês para cá, você tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar (“porre”)?
		2B.	De um ano para cá você usou maconha?
		3B.	De uma ano para cá você usou cocaína, mesclado, merla, bazuca ou pasta de coca?
		4B.	De um ano para cá você usou crack?
		5B.	De um ano para cá você usou remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica?
		6B.	De um ano para cá você já cheirou algum produto para sentir um “barato” qualquer?
B6.	Você já se meteu em <u>ENCRENCA</u> enquanto estava usando droga ou bebendo?	36.	Depois de beber, você já: Alternativa 2: Brigou Alternativa 3: Sofreu acidentes Alternativa 5: Faltou à escola Alternativa 6: Faltou ao trabalho Alternativa 7: Experimentou Alternativa 9: Passou mal Alternativa 10: Ficou com “ressaca” Alternativa 12: Foi hospitalizado Alternativa 13: Dormiu Alternativa 14: Ficou embriagado Alternativa 15: Teve esquecimento Alternativa 16: Não costumo beber muito

			<p>Alternativa 17: Passou “vergonha”</p> <p>Alternativa 18: Faltou em compromissos</p> <p>Alternativa 19: Foi agredido</p> <p>Alternativa 20: Outros (não especificado)</p> <p>Alternativa 21: Fez algo que não faria se estivesse sóbrio</p>
--	--	--	--

Fase 4:

Os dados obtidos a partir dos questionários foram inseridos em um banco de dados utilizando o Excel 2007 e em seguida transferidos para análise no SPSS 11.5 for Windows.

A análise dos dados forneceu uma descrição sobre a compreensibilidade da versão do instrumento nesta população e a sua correlação com o instrumento comparativo. Foram avaliadas as taxas de respostas positivas que indicam a probabilidade de uso de risco de SPA. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado, e o coeficiente Kappa foi aplicado como medida de concordância entre os questionários. Para avaliar as diferenças psicométricas com diferentes pontos de corte foi utilizada a curva ROC. Para a comparação da distribuição das idades entre os questionários CRAFFT/CESARE positivos e negativos foi utilizado o Mann-Whitney Test. Para estudar a relação da idade e sexo como fatores discriminantes do uso de álcool e outras drogas foram utilizadas as análises de regressão logística univariada e múltipla.

3.6-Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP sob número 811/2011 (Anexo 10). Os pais ou responsáveis dos adolescentes receberam uma Carta Explicativa que informava sobre a pesquisa e aos alunos foi entregue o TCLE, sendo explicitado que a recusa em participar não traria nenhuma consequência ao aluno (Anexo 2 e 3).

RESULTADOS

4.1- Artigo 1

(artigo submetido)

Tipo de trabalho: artigo original

Título em português: Validação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE para uso de drogas por adolescentes

Título em inglês: Validation of the Brazilian version of CRAFFT/CESARE for screening of adolescent's drug use

Título resumido: Validação brasileira da escala CRAFFT/CESARE

Título resumido em inglês: Brazilian validation of CRAFFT/CESARE

Descritores: adolescente, prevenção primária, psiquiatria preventiva, triagem, álcool, maconha, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Key Words: adolescence, primary prevention, preventive psychiatry, triage, screening, alcohol, marijuana, substance-related disorders.

Autores:

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira (Pereira, BAAX)

Psiquiatra da infância e adolescência, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

bruna.aax.p@gmail.com

Patricia Cintra Franco Schram (Schram, PCF)

Pediatra do Desenvolvimento e Comportamento, Boston Children's Hospital, Escola de Medicina da Harvard.

Patricia.Schram@childrens.harvard.edu

Renata Cruz Soares de Azevedo (Azevedo, RCS)

Psiquiatra, Professora Doutora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP.

reazeved@fcm.unicamp.br

Correspondência:

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

Rua Arquiteto José Augusto Silva, 1023 – apto 103 bloco B

Fazenda Santa Cândida

CEP 13023-181

Campinas - SP

Resumo:

Objetivos: Apresentar a adaptação de uma versão em português da escala CRAFFT para triagem de uso de drogas entre adolescentes e avaliar a sua compreensibilidade e validade.

Métodos: Estudo descritivo, quantitativo e transversal, que avaliou a aplicabilidade e compreensibilidade da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE em adolescentes de escolas técnicas na faixa de 14 a 21 anos. Foram avaliadas a dificuldade de compreensão por parte dos adolescentes, a validade quando comparada com uma subamostra (28,8%) que respondeu também ao questionário do CEBRID e o percentual de adolescentes que foram considerados CRAFFT/CESARE positivos pelo ponto de corte já estabelecido. O coeficiente Kappa foi aplicado como medida de concordância entre os questionários. Para avaliar as diferenças psicométricas com diferentes pontos de corte foi utilizada a curva ROC.

Resultados: A escala CESARE foi aplicada em 2005 alunos, dos quais 1882 com a faixa etária determinada. A escala comparativa foi aplicada aleatoriamente em 543 estudantes. A maioria (93%) dos estudantes negou dificuldade no entendimento das questões. A especificidade da escala

CRAFFT/CESARE foi de 73,3% e a sensibilidade 87,1%. O grau de concordância (Kappa) foi considerado bom (0,461). O CESARE foi positivo em 36,2% dos adolescentes. A inspeção visual da curva ROC revelou que o melhor ponto de corte foi maior ou igual a 2.

Conclusão: A versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE foi bem compreendida pela população estudada, possui propriedades psicométricas adequadas e características que viabilizam sua utilização dentro do contexto sociocultural e brasileiro.

Abstract:

Objective: To present a Brazilian Portuguese adaptation of CRAFFT scale for screening drug use among adolescents. Evaluate its validity and responsiveness.

Method: Descriptive, quantitative and transversal study, which evaluated the applicability and responsiveness of the Brazilian Portuguese version of CRAFFT/ CESARE scale in adolescents attending technical schools of 14-21 years. There were three main aspects evaluated: the adolescents difficulty in understanding the scale; the validity of the translated scale comparing a subsample (28,8%) that also responded to the CEBRID questionnaire; and the percentage of adolescents who scored CRAFFT/ CESARE positive in the cutoff already established. It was applied the kappa coefficient to establish agreement between questionnaires and the ROC curve to evaluate the psychometric differences within different cutoffs.

Results: CESARE scale was applied in 2005 students, of which 1882 is the determined age range. The comparative scale was randomly applied to 543 students. The majority of students (93%) denied difficulty in understanding the questions. CRAFFT/CESARE scale's specificity achieved 73,3%, and it's sensitivity, 87.1%. The concordance degree (Kappa) was considered good (0,461). The CESARE scored positive in 36,2% of the adolescents.

Visual inspection of ROC curve showed the best cutoff point to be greater than or equal to 2.

Conclusion: The Brazilian Portuguese version of CRAFFT/CESARE was well understood by the population in study; it has adequate psychometric properties and characteristics that enable its use within the Brazilian sociocultural context.

Introdução

A adolescência é um período marcado por transformações biológicas, emocionais e sociais¹. O uso de substâncias psicoativas (SPA) geralmente tem início nessa fase do desenvolvimento, tornando esta etapa relevante para estratégias de prevenção e detecção precoce de uso de risco².

Levantamento nacional recente apontou que o álcool e o tabaco são as substâncias mais consumidas pelos adolescentes e aproximadamente 5% iniciou a experimentação antes de 10 anos³. Outro estudo brasileiro com adolescentes aponta que 4% já usaram maconha e 3% cocaína ao menos uma vez na vida⁴.

O consumo de SPA por adolescentes está associado a acidentes de trânsito⁵, problemas judiciais, comportamento sexual de risco⁶, gestação não planejada⁷, ferimentos não intencionais, homicídio e suicídio^{7,8}. Embora para a maioria dos jovens, o uso de SPA não produza danos relevantes, para uma parte considerável o consumo poderá ter como consequência a evolução para o uso problemático interferindo no processo normal da adolescência⁹.

Associações internacionais recomendam que todos os adolescentes sejam avaliados para o uso de álcool e outras drogas como parte de uma rotina da assistência de saúde¹⁰. No entanto, existe uma baixa triagem dos adolescentes em relação ao uso de SPA, principalmente por falta de capacitação adequada para o rastreamento¹¹.

Embora não normatize o modo de identificação dos adolescentes em uso de SPA, o Ministério da Saúde do Brasil sugere que os profissionais devem estar aptos a identificar adolescentes com problemas associados ao uso de SPA, verificar sua limitação de manejo e encaminhar adequadamente ao serviço de referência^{5,12}.

Sendo assim, métodos de triagem de fácil manejo poderiam ser incorporados nas rotinas de atendimentos¹¹. A aplicação de instrumento validado para a triagem do uso de SPA possibilitaria a identificação precoce e conduta pertinente à gravidade da situação, desde uma orientação para o adolescente até o encaminhamento para serviço habilitado a lidar com o caso¹⁰.

Diante da escassez de instrumentos adequados à triagem de uso de SPA entre adolescentes, foi desenvolvido um instrumento específico para esta população denominado CRAFFT (acrônimo de Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble)¹¹. Este instrumento já foi traduzido para diversos países^{13,14,15,16,17,18} e tem sido considerado de fácil aplicação e boa capacidade psicométrica.

Em função do número de adolescentes utilizando SPA no Brasil, dos potenciais riscos associados ao uso e às baixas taxas de identificação destes quadros na fase inicial, é relevante que haja instrumentos com capacidade de detecção, visando à possibilidade de intervenção precoce.

Os objetivos desse estudo são: apresentar a adaptação de uma versão em português, avaliar a sua compreensibilidade, as diferenças psicométricas com os diversos pontos de corte e a validade da escala CRAFFT/CESARE no Brasil, através da aplicação em uma amostra ampla de adolescentes estudantes.

Método

Estudo descritivo, quantitativo e transversal, que propôs uma versão e avaliou a aplicabilidade de versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE em adolescentes. Os sujeitos foram estudantes de 14 a 21 anos, de ambos os sexos,

regularmente matriculados em duas escolas públicas técnicas do interior do Estado de São Paulo no ano de 2011.

Os instrumentos utilizados foram o questionário CRAFFT/CESARE¹¹ e o questionário do VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras-2010³.

O questionário CRAFFT é composto de 3 perguntas de filtro sobre uso de bebidas alcoólicas, maconha ou outra droga (Parte A) e seis perguntas adicionais acerca de contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA (Parte B). Cada resposta afirmativa na Parte B equivale a um ponto e o ponto de corte recomendado é a pontuação igual ou superior a 2¹¹.

O número de respostas positivas estima não apenas a presença do uso como também a magnitude do risco de problemas associados a esse uso. Anexado ao instrumento existe um gráfico para auxílio do profissional clínico que relaciona o número de respostas positivas à probabilidade do uso atual ser considerado abuso ou dependência¹¹.

O questionário do VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras-2010³ é um questionário fechado, de autopreenchimento e sem identificação pessoal do aluno, adaptado de instrumento proposto pela OMS (Organização Mundial da Saúde). No Brasil, foi adaptado por Carlini-Cotrim et al. (1989)¹⁹ e já utilizado em seis levantamentos nacionais feitos pelo CEBRID. A escolha como instrumento comparativo foi pautada no fato de ser um instrumento validado nacionalmente, que também analisa uso nos últimos 12 meses e por ser de auto-aplicação, assim como o CRAFFT/CESARE. Este instrumento foi aplicado em uma sub-amostra (28%), escolhida aleatoriamente entre os estudantes participantes, logo em seguida à aplicação do questionário CRAFFT/CESARE.

As etapas para o acesso a escala e adaptação cultural foram divididos em

três fases:

Fase 1:

Contato com a equipe do autor da escala, que nos enviou uma versão em português. Após o recebimento da versão inicial solicitamos as seguintes adaptações com a intenção de facilitar o entendimento e a auto-aplicação: troca do termo “marijuana” por maconha; inclusão dos termos “louco” e “chapado”; auto-aplicação para avaliação da compreensão e inclusão de perguntas de fechamento para esta finalidade.

Os autores enviaram uma versão para auto-aplicação do CRAFFT/CESARE. A versão final da escala contemplou as sugestões e alterações propostas.

Fase 2:

Contato com as escolas apresentando o projeto, informando os objetivos da pesquisa e solicitando a aplicação em seus alunos. Previamente a aplicação do instrumento, foi enviado aos pais ou responsáveis aviso com informação sobre a pesquisa e aplicação nos alunos.

A auto-aplicação das escalas foi realizada individualmente em outubro de 2011 em ambos os colégios no período matutino, vespertino e noturno, em sala de aula após explicação dos objetivos do trabalho e preenchimento do TCLE.

Fase 3:

Foram selecionadas as questões do CEBRID que mais se aproximavam das questões do questionário CRAFFT/CESARE. No entanto, para a pergunta B3 (*Sua família ou AMIGOS já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?*) não houve qualquer possibilidade de aproximação com alguma questão do questionário CEBRID.

O CEBRID foi considerado positivo caso houvesse uma resposta afirmativa na primeira parte e duas ou mais respostas afirmativas selecionadas para esse fim na segunda parte.

Os dados obtidos a partir dos questionários foram inseridos no programa SPSS 11.5 para Windows. A análise dos dados forneceu uma descrição sobre a compreensibilidade da versão do instrumento nesta população e a sua correlação com o instrumento comparativo. Foram avaliadas as taxas de respostas positivas que indicam a probabilidade de uso de risco de SPA. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado, e o coeficiente Kappa foi aplicado como medida de concordância entre os questionários. Para avaliar as diferenças psicométricas com diferentes pontos de corte foi utilizada a curva ROC.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (nº 811/2011).

Resultados

A versão final da escala CRAFFT/CESARE elaborada a partir das modificações realizadas encontra-se na Figura 1.

INSERIR AQUI A FIGURA 1

A escala CRAFFT/CESARE foi aplicada em 2005 alunos. Destes, 1882 (93,9%) estavam dentro da faixa etária de inclusão (14 a 21 anos). A idade média foi 16,7 anos; 57,2% dos alunos eram do sexo masculino; 47% estudavam no período matutino e 41% no período noturno.

Alguns alunos (2,7%, n=54) se recusaram a participar da pesquisa. A maioria destes alunos (n=34) não justificou a razão da recusa; 20 alunos informaram porque não quiseram participar (Quadro 1).

INSERIR AQUI QUADRO 1

Com relação à pergunta adicionada ao final do questionário sobre dificuldade no entendimento das questões, 93% dos alunos negaram qualquer

dificuldade, 4,8% não responderam à questão e 2,2% informaram ter tido alguma dificuldade.

Após esta pergunta, os alunos tinham a possibilidade de responder a uma pergunta aberta sobre críticas ou sugestões ao questionário. Uma pequena parcela de entrevistados (124 alunos ou 6,6% do total) fizeram comentários. Destes, 56 (45,1%) escreveram alguma crítica; 24 (19,3%) fizeram algum tipo de sugestão; 12 (9,6%) fizeram elogios e 32 (26%) fizeram outros tipos de comentário. O Quadro 2 apresenta um sumário das críticas e sugestões.

INSERIR AQUI QUADRO 2

Utilizando o ponto de corte estabelecido para a escala (ao menos uma resposta positiva na Parte A e 2 ou mais respostas positivas na Parte B) o CRAFFT/CESARE foi positivo em 682 alunos, ou seja, 36,2% dos alunos apresentaram risco de ter problema relacionado ao uso de SPA.

O instrumento comparativo (questionário do CEBRID) foi aplicado em 543 alunos (28,8%) da mesma faixa etária.

O instrumento comparativo foi positivo em 21,4% dos 543 alunos.

A especificidade da escala CRAFFT/CESARE foi de 73,3% e a sensibilidade 87,1% (Tabela 2). A análise de concordância da escala CRAFFT/CESARE com as perguntas escolhidas do Questionário do CEBRID apontou bom grau de concordância (Kappa 0,461).

INSERIR AQUI TABELA 1

Ao utilizar os demais pontos de corte (1, 3 e 4), foi observado respectivamente, especificidade de 92%, sensibilidade de 48,3% (Kappa 0,439); especificidade de 52,9%, sensibilidade de 91,4% (Kappa 0,277); especificidade de 2,8% e sensibilidade de 99,1% (0,008).

Ao utilizar diferentes pontos de corte na Parte B, foi observado que com o ponto de corte igual a 3, 30,5% dos estudantes apresentaram maior risco de ter

qualquer problema relacionado ao uso, abuso e dependência de SPA; para o ponto de corte correspondente a 4 (ao menos uma resposta positiva na Parte A e quatro respostas afirmativas na Parte B), 20,2% foram positivos. O ponto de corte 5 contou com 10,3% dos alunos e o ponto de corte correspondente a 6 apontou para 5,3% de alunos com grande risco de dependência química.

INSERIR AQUI FIGURA 2

A inspeção visual da curva ROC confirmou que o melhor ponto de corte foi maior ou igual a 2, tendo como produto a melhor relação entre sensibilidade e especificidade.

Discussão

O questionário CRAFFT/CESARE teve sua validação e confiabilidade testadas em diversas culturas e países como, por exemplo, EUA^{11,20}, Canadá, França¹⁷, Suíça¹⁸, Alemanha¹⁶, Singapura¹⁵, Noruega¹³ e Colômbia¹⁴. O presente estudo corrobora a utilização do CRAFFT/CESARE como uma possibilidade de instrumento de triagem de uso de SPA por adolescentes em função de sua agilidade na aplicação, boa compreensibilidade e validade.

O questionário é breve, de simples pontuação, pode ser auto-aplicável ou aplicado por profissional na atenção básica de saúde. Não é necessário qualquer tipo de treinamento para utilizar a escala¹⁴. Diferentemente de outros instrumentos de triagem de uso de SPA por adolescentes, o CRAFFT/CESARE aborda questões referentes ao uso de substâncias lícitas e ilícitas¹¹, além de incluir uma questão sobre trânsito e embriaguez¹¹.

A auto-aplicação do questionário possibilitou uma avaliação da compreensibilidade do instrumento, havendo poucos relatos de dificuldade com o entendimento das questões (2,2%). Entretanto, alguns comentários relativos a estruturação da escala foram apontados pelos alunos como, por exemplo, a dificuldade com alguns termos utilizados (“golinho”, “alto/louco/chapado”) e o

englobamento de todas as SPA sem a distinção entre álcool e demais drogas na Parte B.

A crítica sobre englobamento de todas as SPA na mesma questão pode refletir uma percepção dos adolescentes de que o álcool não é uma substância potencialmente nociva à saúde, sendo até mesmo não classificado como droga por adolescentes em estudo recente²¹. Outro estudo nacional apontou que a percepção que o adolescente tem sobre as consequências nocivas do uso de álcool não acompanha a hierarquia dos prejuízos considerados mais graves²².

A recusa de adolescentes na participação em pesquisas é freqüente e já foi apontada em diversos estudos nacionais^{9,23}. No presente estudo a taxa de alunos que não aceitou participar da pesquisa foi pequeno (2,7%), fato que provavelmente não afetou o resultado final do estudo. A maioria dos alunos que justificaram a não participação apontaram desinteresse na pesquisa ou ausência de uso de SPA.

Em recente revisão sistemática da Cochrane²⁴ sobre a validação e confiabilidade da escala CRAFFT foram encontrados 17 estudos, realizados em adolescentes na população geral²⁰, em alistamento militar¹⁵, ambiente hospitalar¹¹, na atenção primária a saúde^{10,18}, serviços de emergência²⁴ e clínicas de doenças sexualmente transmissíveis²⁴. O CRAFFT foi considerado um bom instrumento de triagem de uso, abuso e dependência de SPA²⁴. Em relação a confiabilidade, os estudos sinalizaram que a consistência interna (alfa de Cronbach) do instrumento foi moderada a alta. A confiabilidade encontrada nesse estudo foi considerada boa, embora levemente inferior a encontrada por Levy et al (Kappa: 0.66-1.0)⁶, provavelmente em decorrência do instrumento comparativo utilizado nessa pesquisa.

No presente estudo, a porcentagem de alunos com CRAFFT/CESARE positivo foi de 36,2%. Isto indica que mais de um terço dos participantes não só utilizaram álcool e/ou demais SPA no último ano, como também vivenciaram algum tipo de consequência em decorrência de tal uso como dirigir ou andar de

carro com alguém sob efeito do álcool e/ou esquecimento e/ou percepção familiar/amigos de uso exagerado e/ou uso para relaxar e/ou encrencas. Outros estudos de validação e adaptação cultural da escala CRAFFT que utilizaram o ponto de corte de duas ou mais respostas afirmativas, apontaram diversos índices de triagem positiva na população de adolescentes. Na Noruega o questionário foi positivo em 21,2% da amostra de adolescentes¹³, na Alemanha foi positivo em 63,6% dos adolescentes¹⁶, nos EUA 25%¹¹, 14,8%, 29,5%, 24,2%¹⁰ e 33%²⁴ dos participantes pontuaram positivamente dependendo da população estudada (adolescentes internados, estudantes, ambiente rural).

Os dados apresentados no presente estudo (36,2% dos alunos utilizaram SPA no último e vivenciaram consequências associadas a esse uso) são compatíveis com os dados nacionais para estudantes nesta faixa etária. Resultados do VI Levantamento Nacional entre estudantes apontam que o uso no ano de álcool foi referido por 42,4% dos adolescentes e 10,6% utilizaram outra SPA, excetuando-se o álcool e o tabaco³. Em relação aos estudantes de escola pública o uso no ano de qualquer SPA, excluindo o álcool e tabaco, foi de 9,9% e o uso no ano de álcool foi de 41,1%. Pesquisa realizada em estudantes brasileiros de 14 a 19 anos sinalizou que 51,2% dos participantes usaram álcool nos últimos 12 meses, 11,3% preencheram critério para abuso ou dependência e 5,4% beberam em padrão de binge ao menos uma vez na semana. Em relação as SPA ilícitas 3% relataram o uso no ano²⁵. Outro estudo nacional observou que 35% dos adolescentes brasileiros consomem álcool ao menos uma vez por ano¹.

Em estudo realizado em 2009, foi observado que com ponto de corte maior ou igual a 3, a sensibilidade foi de 82% e a especificidade de 78%²⁴. Em Singapura foi utilizado o ponto de corte maior ou igual a 1 com sensibilidade de 78% e especificidade de 76%¹⁵. Em geral, os pontos de corte estudados variam de 1 a 4 a depender da população avaliada²⁴, muito embora a recomendação permaneça sendo o ponto de corte igual ou maior a 2. Nesse sentido, estudo realizado na Noruega concluiu que uma pontuação igual a uma resposta positiva é suficiente para uma investigação mais aprofundada, já para fins de pesquisa o

ponto de corte igual ou superior a 2 é preferível¹³. Em nosso estudo confirmou-se que a pontuação igual ou maior a 2 é o ponto de corte com melhor razão entre sensibilidade e especificidade.

Algumas limitações merecem ser mencionadas. Os alunos participantes da pesquisa estavam matriculados em colégio técnico público em que existe uma seleção através de uma prova para os ingressantes, o que pode limitar a extrapolação dos dados para a população geral de adolescentes. O simples viés de o adolescente estar frequentando uma escola pode afetar a representatividade da população estudada, problema também enfrentado por estudos de adaptação da escala CRAFFT em outros países¹³. Entretanto, não há razão para acreditar que a validade e funcionalidade da escala sejam alteradas de acordo com o grupo estudado, já que o questionário foi especificamente desenhado para identificar os adolescentes de alto risco nos serviços de atenção primária e cumpriu seu papel adequadamente nesses contextos²⁴.

A correlação entre as questões do CRAFFT/CESARE e do instrumento utilizado no Levantamento do CEBRID, particularmente na Parte B, permitiu apenas uma aproximação, visto que poucas questões tiveram correspondência suficiente e uma das questões não teve qualquer possibilidade de aproximação, fato que pode ter influenciado, negativamente, no grau de concordância entre as escalas.

A despeito das limitações apontadas, o presente estudo indica que a versão brasileira do questionário CRAFFT/CESARE foi bem compreendida pela população estudada, possui propriedades psicométricas adequadas e características que viabilizam sua utilização dentro do contexto sociocultural brasileiro. Sua rápida aplicação (em torno de 2 minutos) e a possibilidade de emprego em diferentes formatos (auto-aplicação, entrevista, computadorizada^{13,16}), tornam-na uma ferramenta útil na avaliação uso de substâncias psicoativas em adolescentes.

Referências

- 1- Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Rev Brasil Psiq.* 2010;32(3):242-49. DOI:10.1590/S1516-44462010005000007.
- 2- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes - um manual baseado em pesquisas (Preventing Drug Use Among Children and Adolescents – A Research – Based Guide). Bethesda, MD: NIH Publication, 2003.
- 3- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
- 4- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2012.
- 5- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2010.
- 6- Levy S, Sherritt L, Gabrielli J, Shrier LA, Knight JR. Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *J Adolesc Health.* 2009;45(5):473-7. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.028
- 7- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR 2010;59:(SS-5).
- 8-Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):396-403. DOI: 10.1590/S0034-89102006005000022

9- Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):787-796. DOI: 10.1590/S0034-89102004000600006

10- Knight JR, Harris S, Sherritt L, Hook SV, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Prevalence of positive abuse screen results among adolescents primary care patients. *Arch Pediatr and Adolesc Med*. 2007;161(11):1035-1041.

11- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(6):607-14. Disponível em: <http://www.ceasar-boston.org/clinicians/crafft.php>

12- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007a.

13- Skogen JC, Bøe T, Knudsen AK, Hysing M. Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. Ung@hordaland, a population-based study. *Addict Behav*. 2013;38(10):2500-5. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.05.002

14- Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. Salud Pública*. 2013;15 (2): 220-232.

15-Subramaniam M, Cheok C, Verma S, Wong J, Chong SA. Validity of a brief screening instrument-CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addict Behav*. 2010;35(12):1102-4. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.08.004

16-Tossman, P, Kasten, L, Lang, P, Strüber, E. Bestimmung der konkurruentenValidität des CRAFFT-d [Determination of the concurrent validity of the CRAFT-d - a screening instrument for problematic alcohol consumption]. Z

Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2009;37(5):451-459. DOI: 10.1024/1422-4917.37.5.451

17- Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usagenocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA [Validation of a questionnaire to screen for harmful use of alcohol and cannabis in the general population: CRAFFT-ADOSPA]. *Presse Med.* 2007;36(4 Pt 1):582-90. DOI: 10.1016/j.lpm.2007.01.005

18- Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stephan P, Halfon O. French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use.* 2005;10(6): 385-95.

19- Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 1987. Centro de Documentação. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 1989. Série C: Estudos e Projetos.

20- Cummins LH, Chan KK, Burns KM, Blume AW, Larimer M, Marlatt GA. Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. *J Stud Alcohol.* 2003;64(5):727-32.

21- Rozin L, Zagonel IPS. Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013;15(3):687-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19658>. DOI: 10.5216/ree.v15i3.19658

22- Pechansky, F, Szobot, CM, Scivoletto, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004;26(1):14-17. DOI: 10.1590/S1516-44462004000500005.

23- Oehlschlaeger, MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, San'Tana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):157-163. DOI: 10.1590/S0034-89102004000200002.

24- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):57-64.

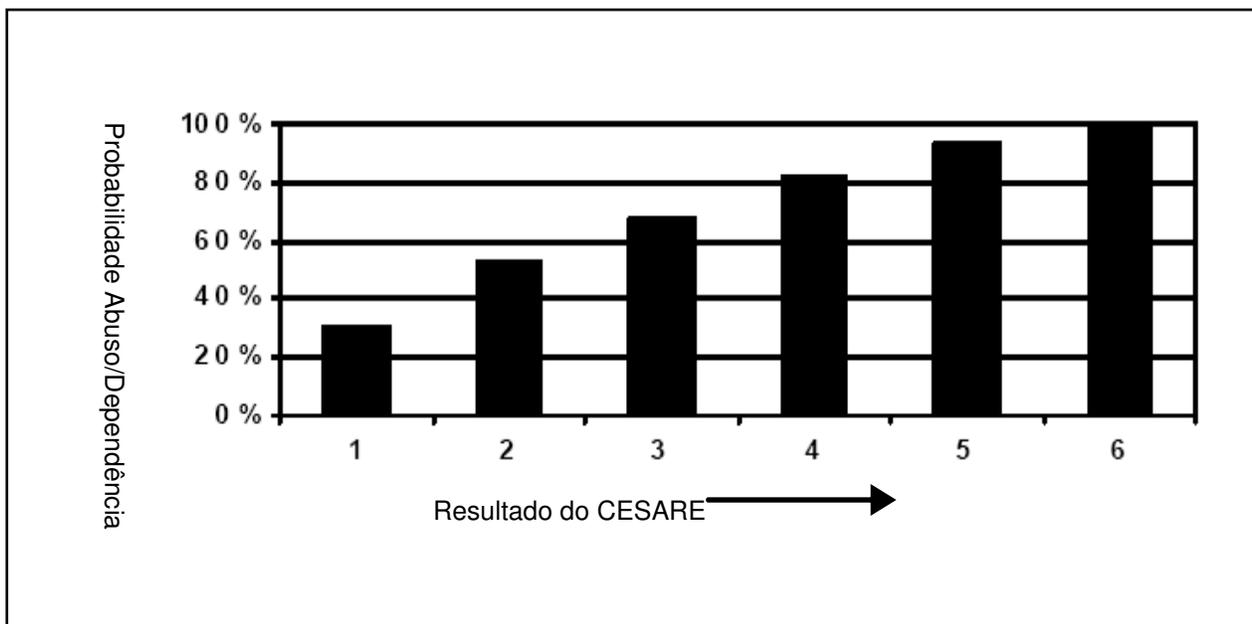
25- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - a national survey. *Addict Behav*. 2012;37(10):1171-5. DOI: doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.008

INSTRUÇÕES PARA PONTUAÇÃO: APENAS PARA PROFISSIONAL CLÍNICO

Pontuação CRAFFT: Cada “sim” respondido na **Parte B** marca 1 ponto.

A soma de 2 ou mais pontos é uma triagem positiva, indicando a necessidade de avaliação adicional.

Probabilidade de Diagnóstico de Abuso/Dependência de Droga Baseado na Pontuação do CRAFFT/CESARE



© Children’s Hospital Boston, 2009. Este formulário pode ser reproduzido em sua forma exata para uso por profissionais clínicos. Uma cortesia do Centro de Pesquisa de Abuso de Substância do Hospital Infantil de Boston - Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children’s Hospital Boston, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, U.S.A., (617) 355-5433, www.ceasar.org.

References:

1. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(6):591-6.
2. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(6):607-14.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

Quadro 1- Justificativas de recusa de participação pelos alunos

"Falta de interesse sobre o tema" (n=4)

"Porque não estava afim" (n=3)

"Não acho necessário fazer" (n=3)

"Não quero fazer" (n=2)

"Quero manter minha privacidade" (n=3)

"Não senti vontade em fazer, pois daria zero de qualquer maneira" (n=1)

"Eu não respondi porque sei que não vou fumar/beber" (n=1)

"Não acredito no resultado desses tipos de testes" (n=1)

"Não percebi utilidade do questionário" (n=1)

"Acho que a pesquisa não levantará dados muito relevantes, já que, na minha opinião, a maioria das pessoas (principalmente os menores de idade) que já tiveram ou têm contato com essas substâncias irão mentir" (n=1)

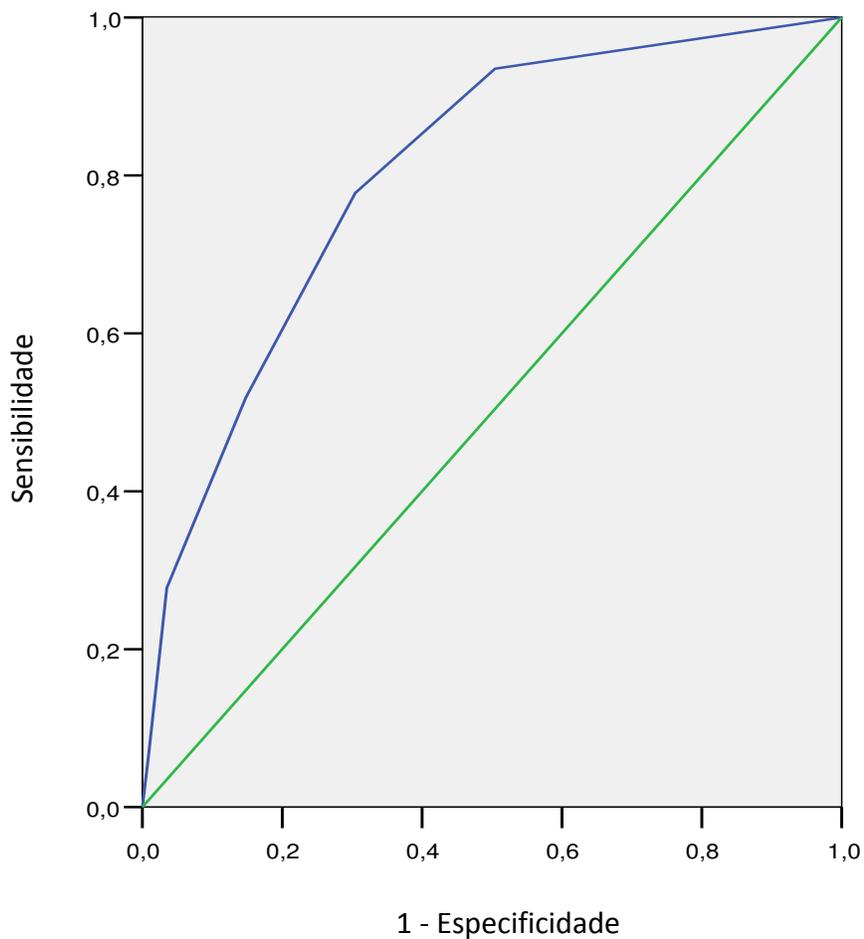
Quadro 2. Críticas e sugestões feitas pelos alunos (n=124)

Tipo	N	%
Críticas		
Dificuldade com os termos utilizados no CRAFFT/CESARE	13	10,5%
Questões pouco específicas	10	8,1%
Crítica sobre a mesma questão do CRAFFT/CESARE abordar álcool e outras SPA	10	8,1%
Crítica sobre a qualidade da impressão	1	0,8%
Perguntas “constrangedoras”	1	0,8%
Questões pouco elaboradas	1	0,8%
Generalização da questão B1	1	0,8%
Reformulação da questão B3 para que todos respondessem	1	0,8%
Questão B6 muito subjetiva	1	0,8%
Crítica sobre as questões B2 e B5	1	0,8%
Questões pouco claras	1	0,8%
Melhor definição do que é considerado droga	1	0,8%
Perguntas óbvias e que não consideram o aspecto social da pessoa	1	0,8%
Pesquisa não atingiu as expectativas	1	0,8%
Crítica sobre a não utilização da norma culta na elaboração das questões	1	0,8%
Crítica sobre a veracidade das respostas dos demais alunos	1	0,8%
Crítica sobre o descompasso da pesquisa com falta de providências governamentais	1	0,8%
Sugestões		
Sugestão sobre legalização do uso de SPA	5	4%
Sugestão de que seja tomada alguma providência sobre SPA	4	3,2%
Acrescentar mais perguntas	3	2,4%
Perguntar o que influenciou o uso de SPA	2	1,6%
Realizar a pesquisa em escolas municipais e particulares	2	1,6%
Sugestão de que todos os alunos respondessem aos dois questionários	1	0,8%
Perguntas mais objetivas	1	0,8%
Perguntar sobre quantidade no caso de uso de álcool	1	0,8%
Perguntar com período maior que 12 meses	1	0,8%
Perguntar sobre frequência do uso de SPA	1	0,8%
Perguntar Parte B apenas se a pessoa fez uso de SPA	1	0,8%
Enfatizar brigas familiares envolvendo o álcool	1	0,8%
Colocar as observações da Parte A embaixo	1	0,8%
Elogios		
Comentário de que a pesquisa é interessante/válida/importante	7	5,6%
Fácil entendimento do CRAFFT/CESARE	5	4%
Outros		
	32	26%
Total	124	100%

Tabela 1. CRAFFT/CESARE positivo e CEBRID

			CEBRID positivo		Total
			Não	Sim	
CRAFFT/CESARE positivo	Não	Soma	313	15	328
		%CRAFFT positivo	95,4%	4,6%	100%
		%CEBRID positivo	73,3%	12,9%	60,4%
		%Total	57,6%	2,8%	60,4%
	Sim	Soma	114	101	215
		%CRAFFT positivo	53,0%	47,0%	100%
		%CEBRID positivo	26,7%	87,1%	39,6%
		%Total	21,0%	18,6%	39,6%
Total	Soma		427	116	543
	%CRAFFT positivo		78,6%	21,4%	100%
	%CEBRID positivo		100%	100%	100%
	%Total		78,6%	21,4%	100%

Figura 2. Curva ROC para o CRAFFT/CESARE



Área sob a curva ROC = 0,802

Resultado	Sensibilidade	Especificidade
1,5	0.93	0.49
2,5*	0.77	0.69
3,5	0.51	0.85
4,5	0.27	0.96
5,5	0.06	0.99

4.2-Artigo 2

Tipo de trabalho: artigo original

Título em português: Uso da escala CRAFFT/CESARE para detecção de uso de substâncias psicoativas entre adolescentes brasileiros

Título em inglês: CRAFFT/CESARE scale applied as screening test for substance abuse in Brazilian adolescents

Título resumido: CRAFFT/CESARE em triagem de adolescentes brasileiros

Título resumido em inglês: CRAFFT/CESARE to screening Brazilian adolescents

Descritores: adolescente, estudante, álcool, maconha, transtornos relacionados ao uso de substâncias, prevenção, droga, adolescência.

Key Words: adolescent, student, alcohol, marijuana, substance-related disorders, prevention, drug, adolescence

Autores:

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira (Pereira, BAAX)

Psiquiatra da infância e adolescência, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

bruna.aax.p@gmail.com

Patricia Cintra Franco Schram (Schram, PCF)

Pediatra do Desenvolvimento e Comportamento, Boston Children's Hospital, Escola de Medicina da Harvard.

Patricia.Schram@childrens.harvard.edu

Renata Cruz Soares de Azevedo (Azevedo, RCS)

Psiquiatra, Professora Doutora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP.

reazeved@fcm.unicamp.br

Correspondência:

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

Rua Arquiteto José Augusto Silva, 1023 – apto 103 bloco B

Fazenda Santa Cândida

CEP 13023-181

Campinas – SP

Resumo

Objetivos: Apresentar a prevalência e características do uso de SPA por adolescentes brasileiros através da escala CRAFFT/CESARE, descrever o contexto de uso de SPA, a gravidade e diferenças por gênero.

Métodos: Estudo descritivo, quantitativo e transversal, que aplicou a versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE em adolescentes de 14-18 anos, de ambos os sexos, estudantes de escolas técnicas. O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a relação entre as variáveis categóricas e o Mann-Whitney Test para a comparação entre os CRAFFT/CESARE positivos e negativos. As análises de regressão logística univariada e múltipla apresentaram a relação da idade e sexo como fatores discriminantes do uso de álcool e outras drogas.

Resultados: A escala CRAFFT/CESARE foi aplicada em 1714 adolescentes. Metade dos alunos usou SPA no último ano. O CRAFFT/CESARE foi positivo em 35,1% e 5,5% dos estudantes apresentaram grande risco de dependência química. As maiores taxas de CRAFFT/CESARE positivo foram encontradas no sexo masculino, estudantes do período noturno e houve crescimento com a idade. Embora não seja estatisticamente significativo, o risco das adolescentes do sexo feminino, aos 14 anos, usarem SPA é mais alto que o risco dos adolescentes do sexo

masculino na mesma faixa etária. Aos 15 anos, não há influência do sexo nas taxas, porém, a partir de 16 anos a diferença cresce ano a ano para o sexo masculino. A cada ano de aumento da idade ocorre aumento de 26% do risco de fazer uso de SPA. Metade dos estudantes informou ter andado de carro com um condutor sob efeito de SPA e um terço usou SPA para se enturmar ou relaxar.

Conclusão: As maiores prevalências de consumo de SPA foram encontradas no sexo masculino a partir de 16 anos. Mais estudos precisam elucidar a ausência de diferença entre os mais jovens, possivelmente tornando essa fase um momento de abordagem preventiva direcionada. Os dados referentes a motivação do uso de SPA por adolescentes e as elevadas taxas de risco potencial ao dirigir ou estar em um veículo conduzido por alguém sob efeito de SPA, reforçam a importância de uma detecção qualificada para a estruturação de intervenções.

Abstract

Objective: To present prevalence and characteristics of drug use among Brazilian adolescents submitted to CRAFFT/CESARE scale and to describe the associations between gender, the context of drug use, and its consumption severity.

Method: Descriptive, quantitative and transversal study, which applied the Brazilian version of CRAFFT/CESARE scale in adolescents both male and female attending technical schools in the range 14-21 years. Categorical variables were verified with the Pearson's chi-square test. The Mann-Whitney Test was used to compare the means of age distribution among positive and negative CRAFFT/CESARE scores. The multiple logistic regression analysis was used to relate age and gender as discriminant factors for alcohol e other drugs abuse.

Results: CRAFFT/CESARE scale was applied in 1714 students. Half of them used drugs in the past year. CRAFFT/CESARE scored positive in 35,1% and 5,5% of all students were given a high risk rate for substance dependence. Higher rates of positive CRAFFT/CESARE were found amongst males and nighttime students, as

well as score increment with ageing. The risk of drug use increases 26% by each year older. Although not statistically relevant, higher risk of drug use (positive CRAFFT/CESARE) was found in 14 year old females compared to same age males. By the age of 15 there was no influence regarding gender. However, starting from 16 years old, there were increments year by year among males, increasing 26% each year. Half of the students were riding in a car driven by someone under drug effects and 1/3 used drugs to fit in or to relax.

Conclusion: The highest rates of drug use were found in males starting from 16 years old. Future studies are required to explore the absence of difference among the youngest, presenting those ages as potentially opportune moments for identification and directive preventive approach. Data regarding drug use inclination and greater exposure of preventable hazardous situations (such as driving a car or riding a car driven by someone under influence of drugs) confirms that qualified screening tests are essential for structured interventions.

Introdução

O período de transição entre a infância e adolescência é caracterizado por um notável paradoxo do desenvolvimento. Por um lado há um aumento substancial da maturidade física e da capacidade cognitiva, ao mesmo tempo um aumento expressivo na morbidade e na mortalidade. O risco de ferimentos e morte na adolescência é 2 a 3 vezes maior que na infância¹. As principais causas de morbimortalidade como acidentes automotivos (30%), outras lesões não intencionais (16%), homicídio (16%) e suicídio (12%), estão relacionadas a comportamentos de risco, como o uso de álcool e outras substâncias psicoativas (SPA)². O uso precoce de SPA está relacionado a maior chance de uso abusivo e ao maior risco de problemas associados ao consumo com o aumento da idade³.

Dados do VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID em 2010 indicam 5% dos estudantes avaliados experimentaram alguma SPA antes de 10 anos de idade. O uso de álcool, tanto na vida quanto no ano, foi maior pelas meninas em comparação aos meninos.

O uso no ano de qualquer SPA (exceto álcool e tabaco) foi de 10,6%. Em comparação aos levantamentos anteriores houve redução do consumo de SPA, embora tenha sido observado um aumento significativo do uso de cocaína⁴.

Resultados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas indicam que o uso na vida de maconha pelos adolescentes foi de 4%, enquanto o uso no ano (3%) foi similar ao reportado pelos adultos. Em relação à cocaína, constatou-se que 3% dos adolescentes já haviam experimentado alguma apresentação dessa substância. Em torno de 50% dos usuários de cocaína, assim como os usuários de maconha, iniciaram o uso antes dos 18 anos⁵.

Dentre as diversas motivações para o uso de SPA pelos jovens, podem-se destacar a desinibição, o encorajamento para tomada de decisões⁶ e o relaxamento⁷. No entanto, o uso de SPA pelos adolescentes também promove uma redução da capacidade de julgamento e diminuição da habilidade de tomada de decisões, com consequente exposição a situações de risco⁷.

Ainda que para muitos jovens, o uso de SPA seja apenas uma parte de seu processo de desenvolvimento, podendo cessar com seu amadurecimento, para outros esse uso poderá ter como consequência a evolução para um uso descontrolado, interferindo então, no processo normal da adolescência⁸.

Considerando isto, as abordagens direcionadas a questão do uso de SPA nesta faixa etária variam de estratégias mais amplas (dirigidas à população como um todo), a formas mais específicas (dirigidas a grupos mais vulneráveis) ou mesmo indicadas, para jovens que já manifestem uso de risco⁹. Todavia, a sua implementação frequentemente esbarra em dificuldades na forma de triagem dos adolescentes ou em limitações na compreensão sobre as particularidades do uso nesta faixa etária^{10,11}.

Nesse sentido, a utilização de instrumentos adequados a essa faixa etária, com aplicação fácil, rápida e sem a necessidade de treinamento pode facilitar esse processo^{12,13}. A utilização do questionário CRAFFT/CESARE além de atingir as expectativas acima descritas, permite uma visão ampliada das motivações, e riscos relacionados ao uso de SPA por parte do entrevistado^{11,14,15}.

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivos apresentar a prevalência e características do uso de SPA por adolescentes através da aplicação da versão brasileira da escala de triagem CRAFFT/CESARE, descrever as associações entre o contexto de uso de SPA e o gênero e apresentar a gravidade do consumo.

Método

Delineamento da Pesquisa

Estudo descritivo, quantitativo e transversal, que aplicou a versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE (Pereira et al, 2014)¹⁶ em adolescentes de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados em duas escolas públicas técnicas do interior de São Paulo no ano de 2011.

O instrumento utilizado foi a versão brasileira do questionário CRAFFT (acrônimo de **C**ar; **R**elax; **A**lone; **F**orget; **F**amily/Friends; **T**rouble)^{11,13}, que teve sua tradução para o Brasil com a denominação CESARE, acrônimo de **C**arro, **E**squeceu, **S**ozinho, **A**migos, **R**elaxar, **E**ncrenca.

O questionário é composto de 3 perguntas de filtro sobre uso de álcool, maconha ou outra droga (Parte A) e seis perguntas adicionais acerca de contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA (Parte B). Cada resposta afirmativa na Parte B equivale a um ponto. O ponto de corte recomendado é a pontuação igual ou superior a 2 (duas ou mais respostas afirmativas), sendo esse escore associado a sensibilidade de 0,76 e especificidade de 0,94^{11,13}.

O ponto de corte apresenta correlação com a acentuação da severidade da classificação diagnóstica. Cada aumento da pontuação corresponde a um aumento da probabilidade de transtornos por uso de SPA¹³. A versão para uso clínico contém um gráfico que relaciona o número de respostas positivas à probabilidade do uso atual ser considerado abuso ou dependência. Ainda que o questionário positivo não estabeleça diagnóstico, essa propriedade discriminante do questionário, a depender do número total de respostas positivas, norteia o profissional na avaliação tanto da presença do uso como também da magnitude da gravidade do uso de SPA, possibilitando manejos que podem

variar desde uma orientação para manutenção do comportamento sem risco, orientação, intervenção breve, orientação aos pais, encaminhamento para profissional habilitado ou tratamento¹².

Duas escolas técnicas públicas de ensino médio do interior do Estado de São Paulo foram convidadas a participar do estudo. Ambas com estudantes matriculados na faixa etária de 14 a 24 anos. Sendo escolas técnicas consideradas de bom nível de ensino, possuem um processo seletivo para o preenchimento de suas vagas, recebendo alunos de várias cidades. De acordo com as informações das escolas, parcela considerável de seus alunos com idade abaixo dos 18 anos moram em pensionatos e moradias coletivas, distantes dos familiares. Após autorização das escolas e previamente a aplicação do instrumento, foi enviado aos pais ou responsáveis uma carta informativa com informação sobre a pesquisa e aplicação nos alunos. A auto-aplicação das escalas foi realizada individualmente em outubro de 2011 em ambos os colégios no período matutino, vespertino e noturno, em sala de aula após explicação dos objetivos do trabalho e a informação de que a recusa em participar não implicaria em qualquer prejuízo ao aluno. Não houve qualquer identificação no questionário e o TCLE foi armazenado em envelope separado. Os questionários foram respondidos de maneira anônima e apenas o pesquisador teve acesso aos questionários preenchidos.

Os dados obtidos a partir dos questionários foram inseridos no programa SPSS 11.5 para Windows. Foram avaliadas as taxas de respostas positivas que indicam a probabilidade de uso de risco de SPA e as associações entre o padrão de uso de SPA e o gênero. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado. Para a comparação da distribuição das idades entre os questionários CRAFFT/CESARE positivos e negativos foi utilizado o Mann-Whitney Test. Para estudar a relação da idade e sexo como fatores discriminantes do uso de álcool e outras drogas foram utilizadas as análises de regressão logística univariada e múltipla.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (no 811/2011).

Resultados

A escala CRAFFT/CESARE foi aplicada em 1714 alunos entre 14 e 18 anos, a idade média foi 16,4 anos. A porcentagem de alunos que não aceitou participar do estudo foi 3,2% (54 estudantes).

INSERIR AQUI TABELA 1

A Parte A do CRAFFT/CESARE (*nos últimos 12 meses consumiu álcool mais que alguns golinhos e/ou maconha e/ou utilizou outra SPA para alterar o nível de consciência*) foi positiva em 942 alunos (54,9% dos estudantes). O padrão de respostas e o contexto de uso estão apresentados na Tabela 2.

INSERIR AQUI TABELA 2

Utilizando o ponto de corte estabelecido para a escala (ao menos uma resposta positiva na Parte A e 2 ou mais respostas positivas na Parte B) o CRAFFT/CESARE foi positivo em 602 alunos, ou seja, 35,1% dos alunos apresentaram risco de ter qualquer problema relacionado ao uso, abuso e dependência de SPA.

De acordo com orientação do autor do instrumento, a cada aumento de 1 ponto do CRAFFT/CESARE ocorre acentuação da severidade da classificação diagnóstica (Knight et al 2002), foi possível observar que 30,6% dos estudantes apresentaram maior risco de ter qualquer problema relacionado ao uso, abuso e dependência de SPA (CRAFFT/CESARE = 3); 20,1% dos estudantes apresentaram pontuação igual a 4 (ao menos uma resposta positiva na Parte A e quatro respostas afirmativas na Parte B); 10,3% dos estudantes com pontuação igual a 5 e 5,5% dos estudantes com pontuação igual a 6, ou seja, com grande risco de dependência química.

A análise do perfil de alunos que apresentaram CRAFFT/CESARE positivo apontou maiores taxas no sexo masculino, estudantes do período noturno e crescimento com a idade. Não houve diferença com relação à escola de origem (Tabelas 3, 4, 5).

A análise de regressão logística univariada apontou associação de CRAFFT/CESARE positivo com sexo masculino (OR 1.482) e idade média maior (17 X 16,5 anos, OR 1.260).

Ao analisar a relação da idade e sexo como fatores discriminantes do uso de álcool e SPA (CRAFFT/CESARE positivo), foi observado que os adolescentes do sexo masculino tem 1,5 mais chance de usar SPA em comparação com as adolescentes do sexo feminino. Ao analisar apenas o fator idade, a conclusão é que a cada um ano de aumento da idade ocorre aumento de 26% do risco de fazer uso de SPA.

A interação entre os fatores, sexo e idade modificam o risco de uso de SPA, sendo significativa a influência desses fatores ($p=0.0426$).

A análise de regressão logística múltipla apontou efeito de interação significativo entre sexo e idade. Embora não seja estatisticamente significativo, o risco das adolescentes do sexo feminino, aos 14 anos, fazerem uso de SPA (CRAFFT/CESARE positivo) é mais alto que o risco dos adolescentes do sexo masculino na mesma faixa etária. Aos 15 anos, não há influência do sexo nas taxas de CRAFFT/CESARE positivo, porém, a partir de 16 anos há crescimento ano a ano, sendo o risco de uso de SPA maior no sexo masculino (Gráfico 1).

Discussão

A escala CRAFFT/CESARE mostrou-se uma boa ferramenta de triagem para a realização do presente estudo. A possibilidade de auto-aplicação do instrumento^{14,15,17,18,19} e a simplicidade na correção¹², proporcionaram a possibilidade de aplicação em grande número de adolescentes em sala de aula.

As maiores taxas de CRAFFT/CESARE positivo foram encontradas nos adolescentes do sexo masculino a partir de 16 anos, estudantes do período noturno e com crescimento com a idade. Esses dados estão de acordo com amplo estudo nacional⁴, em que foi observado aumento dos relatos de uso de SPA com o crescimento da idade. No entanto, no estudo citado foi observada apenas pequena diferença de uso no ano de SPA ilícitas pelo sexo masculino, enquanto que no presente estudo a diferença de uso entre os gêneros foi mais robusta para todas as SPA. Ao analisar apenas o uso de álcool, os dados do presente estudo são semelhantes aos dados nacionais, com consumo aumentando com a idade⁴. No entanto, o uso de SPA ilícitas foi maior pelos adolescentes desse estudo.

Esses dados sugerem que provavelmente o acesso as SPA vai se tornando progressivamente mais fácil com o aumento da idade. Os alunos desse estudo possuem como possível fator de risco o baixo monitoramento parental²⁰, visto que, de acordo com as escolas, parcela significativa deles vive em cidade distinta dos pais, fato que pode dificultar o controle e supervisão familiar, tendo como consequência uma autonomia maior e mais precoce²⁰. Estudar no período noturno é um fator de risco para uso de SPA entre os adolescentes, já que a possibilidade de trabalhar durante o dia e ter renda são maiores, estando essa constatação em concordância com os dados nacionais, em que o risco de uso de SPA tende a ser maior nos adolescentes que trabalham²¹, estudam no período noturno²², apresentam renda própria e conseqüentemente possuem mais condições de adquirir SPA^{21,22}.

Na população aqui avaliada, foi observado que as adolescentes do sexo feminino de 14 anos têm maiores chances de uso de SPA em comparação aos adolescentes do sexo masculino e entre adolescentes de 15 anos não houve diferença entre meninos e meninas. Estudo nacional amplo já apontou o crescimento do uso entre adolescentes do sexo feminino⁴. Embora esta diferença não tenha se mantido nas demais faixas etárias, é possível que aponte uma mudança que vem se fortalecendo com as novas gerações. Tal dado precisa ser observado nas estratégias de abordagem posto que as adolescentes apresentam riscos particulares relacionados ao uso de SPA, entre eles maiores taxas de gestação não planejada⁶.

Os estudos internacionais que utilizaram o mesmo instrumento (CRAFFT) apontaram diferentes resultados a depender do país e da população estudada. Na Noruega, 21,2% dos estudantes apresentaram CRAFFT positivo¹⁴. Na Alemanha o questionário foi positivo em 63,6%²³, na Suíça foi positivo em 79,2%¹⁷, nos EUA 25%¹³, 14,8%¹¹, 29,5%, 24,2% e 33%¹⁸ dos participantes pontuaram positivamente (adolescentes internados, estudantes e ambiente rural, respectivamente). No presente estudo, 35,1% dos estudantes pontuaram positivamente. Essas diferenças podem dizer algo sobre as diferenças culturais e legislativas de cada país. Na Suíça, os jovens acima de 16 anos podem consumir álcool legalmente, já nos EUA apenas os maiores de 21 podem comprar bebidas alcoólicas¹⁷, ao passo que no Brasil, a princípio, a compra e o uso seriam permitidos à partir dos 18 anos.

Estudos apontam que nos países com menor idade mínima legal para acesso ao álcool, maiores são as chances de prejuízos associados como acidentes, homicídios, suicídios e traumatismos acidentais²⁴.

O presente estudo evidenciou uma prevalência de consumo no ano de álcool (54,6%), semelhante a outros levantamentos nacionais^{4,5}. Todavia, à despeito das leis, a compra de álcool por adolescentes brasileiros ocorre sem maiores dificuldades²⁴, assim como em outros países. Nos EUA 59% dos estudantes de 13-14 anos definiram o acesso ao álcool como “bastante fácil”²⁵. Ainda que no Brasil a comercialização do álcool ocorra de modo semelhante a qualquer produto fabricado no país²⁶, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir o panorama de uso são o aumento do preço do álcool e a fiscalização efetiva da idade mínima de uso²⁴.

Quase metade dos adolescentes (47,6%) informaram que no último ano dirigiram ou andaram de carro com um condutor que estava sob efeito de álcool ou outra droga. Nos EUA os dados foram semelhantes (42,6%) e na Suíça superiores (68%). Ainda que nos dois últimos países a licença para dirigir ocorra entre 15-16 anos, o acesso legal ao álcool difere nos três países. Como uma das principais causas de mortalidade entre os adolescentes são os acidentes de carro¹³, a partir das respostas positivas é possível estabelecer orientações objetivas aos adolescentes, como, por exemplo, sobre os riscos de andar de carro com pessoas que fizeram uso de SPA.

Em concordância com estudos internacionais e nacionais, 30,9% dos estudantes utilizaram SPA para relaxar, sentir-se melhor e/ou se enturmar, podendo indicar que o adolescente não se sente confortável em situações sociais (Knight et al, 1999). Uma possibilidade de minimizar essa situação seriam as intervenções pautadas em técnicas de habilidades sociais, além de outras possibilidades de socialização como, por exemplo, atividades esportivas e culturais (Knight et al, 1999).

Aproximadamente 25% dos estudantes afirmaram ter esquecido o que fizeram em vigência do uso de SPA. Responder afirmativamente a essa pergunta aponta gravidade, visto que os episódios de amnésia usualmente ocorrem durante o uso de quantidades elevadas de SPA, cabendo ao entrevistador uma melhor investigação das características

desse episódio (Knight et al, 1999).

O CRAFFT/CESARE foi positivo em 602 alunos, ou seja, 35,1% dos estudantes participantes da pesquisa apresentaram risco de ter qualquer problema relacionado ao uso, abuso e dependência de SPA e aproximadamente 5,5% dos estudantes apresentaram um risco mais acentuado de abuso e dependência.

Embora a recusa na participação em pesquisa por adolescentes seja frequente⁷, apenas pequena parcela dos estudantes não aceitou participar do estudo, fato que dificilmente teve algum impacto no resultado do estudo. Uma limitação a ser considerada refere-se ao fato do estudo ter sido realizado em duas escolas nas quais os estudantes passam por um processo de seleção prévio para ingressar, fato que talvez limite a extrapolação dos dados encontrados para a população geral da mesma faixa etária.

As taxas de uso e a maior frequência de consumo encontrada no sexo masculino apontados no presente estudo estão de acordo com os dados nacionais, todavia a aproximação entre meninos e meninas nas faixas etárias mais jovens sugere a necessidade de novos estudos sobre o tema. Os dados acerca da motivação do uso de SPA por adolescentes, como o uso para “relaxar”, as elevadas taxas de risco potencial ao dirigir ou estar em um veículo conduzido por alguém sob efeito de SPA, apontam para uma possibilidade de trabalho de prevenção nesse sentido. Desse modo, esse estudo não apenas detectou o uso de SPA por estudantes, como também possibilitou uma melhor compreensão desse uso.

Referências

- 1- Pharo H, Sim C, Graham M, Gross J, Hayne H. Risky business: executive function, personality, and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. *Behav Neurosci.* 2011;125(6):970-8. DOI: 10.1037/a0025768.
- 2- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009. *Surveillance Summaries.* MMWR 2010;59:(SS-5).

- 3- Borsari B, Zamboanga BL, Correia C, Olthuis JV, Tyne KV, Zadworny Z, Grossbard JR, Horton NJ. Characterizing high school students who play drinking games using latent class analysis. *Addictive Behaviors*. 2013;(38):2532–2540.
- 4- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
- 5- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2012.
- 6- Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics*. 2013;68(4):489-494.
- 7- Bellis M, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez J, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*. 2008;8:155. DOI: 10.1186/1471-2458-8-155.
- 8- Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):787-796. DOI: 10.1590/S0034-89102004000600006.
- 9- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). The state of the drugs problem in Europe: Annual Report 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. ISBN 978-92-9168-538-7. DOI:10.2810/64775.
- 10- Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kuling J, Knight JR. The “Six T’s”: Barriers to Screening Teens for Substance Abuse in Primary Care. *Journal of Adolescent Health*. 2007;(40): 456–461.

- 11- Knight JR, Harris S, Sherritt L, Hook SV, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Prevalence of positive abuse screen results among adolescents primary care patients. *Arch Pediatr and Adolesc Med.* 2007;161(11):1035-1041.
- 12- American Academy of Pediatrics (AAP). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics.* 2011;128(5):1330-1340. (ISSN: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).
- 13- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(6):607-14. Disponível em: <http://www.ceasar-boston.org/clinicians/crafft.php>.
- 14- Skogen JC, Bøe T, Knudsen AK, Hysing M. Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. Ung@hordaland, a population-based study. *Addict Behav.* 2013;38(10):2500-5. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.05.002.
- 15- Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. Salud Pública.* 2013;15 (2): 220-232.
- 16- Pereira BAAX, Schram PCF, Azevedo RCS. Validação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE para uso de drogas por adolescentes. *Rev Saúde Pública,* 2014 (artigo em análise).
- 17- Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stephan P, Halfon O. French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use.* 2005;10(6): 385-95.
- 18- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011;4(1):57-64.
- 19- Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Bilt JV, Shaffer HJ. *A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse.* *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; (153): 591-596.

- 20- Suchman NE, Rounsaville B, DeCoste C, Luthar S. Parental control, parental warmth, and psychosocial adjustment in a sample of substance-abusing mothers and their school-aged and adolescent children. *J Subst Abuse Treat.* 2007;32(1):1-10. DOI: 10.1016/j.jsat.2006.07.002.
- 21- Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Rev Brasil Psiq.* 2010;32(3):242-49.
- 22- Coutinho RX, Santos WM, Puntel RL. Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. *Cad. Saúde Colet.* 2013;21 (4): 441-9.
- 23- Tossman, P, Kasten, L, Lang, P, Strüber, E. Bestimmung der konkurrenten Validität des CRAFFT-d [Determination of the concurrent validity of the CRAFFT-d - a screening instrument for problematic alcohol consumption]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2009;37(5):451-459. DOI: 10.1024/1422-4917.37.5.451
- 24- Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):495-501.
- 25- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2011. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2012.
- 26- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - a national survey. *Addict Behav.* 2012;37(10):1171-5.

Tabela 1. Perfil dos adolescentes que responderam o CRAFFT/CESARE (n=1714)

Variável	N	(%)
Sexo		
Masculino	972	(56,7%)
Feminino	739	(43,1%)
Faixa Etária		
14-15 anos	906	(52,9%)
16-18 anos	808	(47,1%)
Escola de origem		
Escola 1	1023	(59,7%)
Escola 2	691	(40,3%)
Período de estudo		
Matutino	882	(51,5%)
Vespertino	190	(11,1%)
Noturno	642	(37,5%)

Tabela 2. Perfil de uso e contexto de uso de SPA

Nos últimos 12 meses		Respostas válidas			
		Não	(%)	Sim	(%)
Parte A	<i>Consumiu <u>álcool</u>?</i>	777	(45,3%)	936	(54,6%)
	<i>Consumiu <u>maconha</u>?</i>	1512	(88,2%)	196	(11,4%)
	<i>Utilizou <u>outra SPA</u>?</i>	1553	(90,6%)	151	(8,9%)
Parte B	<i>Andou de <u>CARRO</u> sob efeito de SPA?</i>	876	(51,1%)	816	(47,6%)
	<i><u>ESQUECEU</u> algo sob efeito de SPA?</i>	658	(38,4%)	422	(24,6%)
	<i>Usou SPA <u>SOZINHO</u>?</i>	797	(46,5%)	266	(15,5%)
	<i>Família ou <u>AMIGOS</u> lhe disseram para parar o uso de SPA?</i>	828	(48,3%)	233	(13,6%)
	<i>Usou SPA para <u>RELAXAR</u> ou enturmar?</i>	536	(31,3%)	530	(30,9%)
	<i>Esteve em <u>ENCRENCA</u> sob efeito de SPA?</i>	920	(53,7%)	141	(8,2%)

Tabela 3. CRAFFT/CESARE e distribuição por sexo

			CRAFFT/CESARE positivo		Total
			Não	Sim	
Sexo	Masculino	Total	602	370	972
		%Sexo	61,9%	38,1%	100%
		%CRAFFT positivo	54,2%	61,7%	56,8%
	Feminino	Total	509	230	739
		%Sexo	68,9%	31,1%	100%
		%CRAFFT positivo	45,8%	38,3%	43,2%
Total	Total	1111	600	1711	
	%Sexo	64,9%	35,1%	100%	
	%CRAFFT positivo	100%	100%	100%	

p=0.003

Tabela 4. CRAFFT/CESARE e distribuição por período de estudo

			CRAFFT/CESARE positivo		Total
			Não	Sim	
Período	Matutino	Total	578	304	882
		%Período	65,5%	34,5%	100%
		%CRAFFT positivo	52,0%	50,5%	51,5%
	Vespertino	Total	136	54	190
		%Período	71,6%	28,4%	100%
		%CRAFFT positivo	12,2%	9,0%	11,1%
	Noturno	Total	398	307	642
		%Período	62,0%	38,0%	100%
		%CRAFFT positivo	35,8%	40,5%	37,5%
Total	Total	1112	602	1714	
	% Período	64,9%	35,1%	100%	
	%CRAFFT positivo	100%	100%	100%	

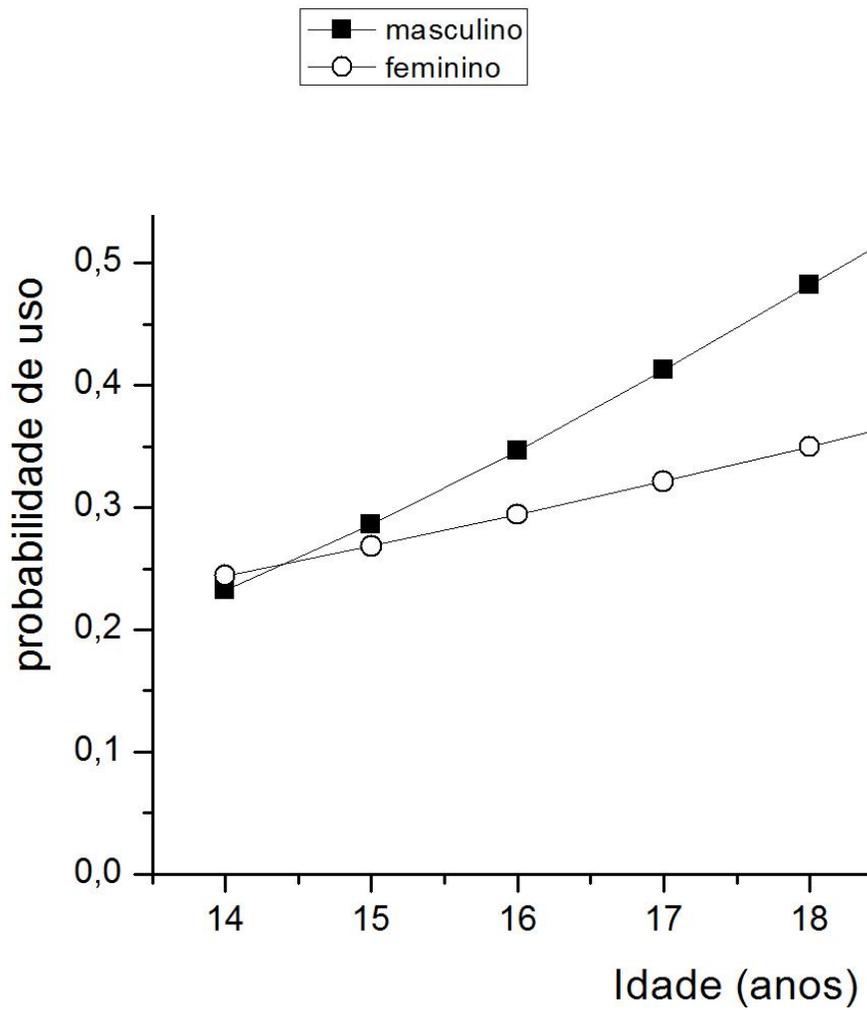
p=0.044

Tabela 5. CRAFFT/CESARE e distribuição por faixa etária

			CRAFFT/CESARE positivo		Total
			Não	Sim	
Idade	14 anos	Soma	9	3	12
		%Idade	75,0%	25,0%	100%
		%CRAFFT positivo	0,8%	0,5%	0,7%
	15 anos	Soma	271	96	367
		%Idade	73,8%	26,2%	100%
		%CRAFFT positivo	24,4%	15,9%	21,4%
	16 anos	Soma	365	160	525
		%Idade	69,5%	30,5%	100%
		%CRAFFT positivo	32,8%	26,6%	30,6%
	17 anos	Soma	329	212	541
		%Idade	60,8%	39,2%	100%
		%CRAFFT positivo	29,6%	35,2%	31,6%
	18 anos	Soma	138	131	269
		%Idade	51,3%	48,7%	100%
		%CRAFFT positivo	12,4%	21,8%	15,7%
Total		Soma	1112	602	1714
		%Idade	64,9%	35,1%	100%
		%CRAFFT positivo	100%	100%	100%

p<0.001

Gráfico 1 – Probabilidades estimadas para o uso de álcool e drogas por adolescentes associadas ao sexo e idade.



DISCUSSÃO

O uso e o abuso de SPA lícitas e ilícitas por adolescentes são altamente prevalentes nessa fase do desenvolvimento⁹⁸, tanto no Brasil⁵⁶ quanto no mundo^{29,52}. Os dados do presente estudo apontam para uma prevalência de uso no ano de álcool, maconha e outras SPA de 54,6%, 11,4% e 8,8%, respectivamente. A prevalência de uso no ano de álcool, maconha e cocaína entre os estudantes norte-americanos (13-18 anos) foi de 45,3%, 25% e 2%, respectivamente⁵². Ou seja, o uso de SPA pelos adolescentes é uma questão que extrapola as fronteiras físicas e culturais dos diversos países.

O uso precoce de qualquer SPA está associado ao aumento do risco de dependência⁸⁶, transtornos psiquiátricos, doenças clínicas⁹⁸ e aumento da mortalidade na adolescência^{51,99}. Sendo assim, os métodos de triagem especificamente desenhados para os adolescentes são fundamentais devido a possibilidade de identificação, intervenção e de alteração do curso desse problema^{100,101}.

De modo geral, as ferramentas de triagem têm como função identificar os indivíduos que apresentam ou que estão em iminência de apresentar alto risco de transtornos e/ou comportamentos mal adaptativos⁹⁸. Um bom instrumento de triagem deve ter alta sensibilidade, alta especificidade e os pontos de corte devem ser elaborados para maximizar essas características, reduzindo a possibilidade de falsos positivos e falsos negativos¹⁰⁰. Para ser prático, ele deve ser desenhado para ser facilmente memorizado, aplicado rapidamente e sua correção deve ser breve e permitir ao aplicador o acesso a um panorama do entrevistado⁷⁶. No entanto, triagem não é sinônimo de diagnóstico^{92,100}. Estabelecimento de diagnóstico pode ser o próximo passo após uma triagem positiva. Ou seja, a triagem positiva deve possibilitar uma intervenção que atue de modo a prevenir a progressão do problema ou um encaminhamento para tratamento formal após uma avaliação diagnóstica⁹⁸. O rápido acompanhamento ou tratamento após uma triagem positiva tem maiores chances de sucesso quando comparado aos casos em que a doença já provocou sintomatologia óbvia¹⁰⁰.

Na população de adolescentes, a identificação precoce do uso de SPA é essencial para permitir intervenções e mudança da progressão das questões de uso. Nos estágios iniciais de uso de SPA, a intervenção breve por profissionais da saúde básica, médicos ou enfermeiros, por exemplo, pode ser suficiente. Nos casos em que forem identificados transtornos pelo uso, a intervenção breve pode contribuir para o indivíduo ter conhecimento do problema e para motivá-lo a seguir o tratamento⁹⁸.

Nesse sentido, o instrumento ideal de triagem de uso de SPA em adolescentes deve ser validado e confiável, desenvolvido de maneira apropriada para essa faixa etária²⁷ e sua utilização deve ser prática, breve⁹⁸ e simples, permitindo o uso em diversos contextos⁸⁶.

Outra questão importante em relação a triagem de uso de SPA por adolescentes é maneira como o instrumento é administrado (entrevista, questionário impresso ou computadorizado). As evidências apontam que os adolescentes preferem as versões de auto-aplicação (impressas ou computadorizadas) em detrimento as entrevistas realizadas por médicos e enfermeiros. Além disso, os adolescentes referem maior propensão a dizer a verdade ao responder questionários de auto-aplicação¹⁰². As razões para essa preferência não estão totalmente claras, mas pressupõe-se que não ter que responder o instrumento a partir dos questionamentos de um adulto permite ao adolescente certa liberdade em reportar seus comportamentos que podem ser inadequados.

No Brasil, alguns questionários validados e voltados para a triagem de uso de SPA na adolescência possuem algumas limitações como, a inexistência de auto-aplicação^{103,104}, a necessidade de treinamento do aplicador tanto para a aplicação quanto para acessar os resultados¹⁰³, além de serem compostos por um número grande de questões^{103,104,105}, fato que pode dificultar a memorização. Atualmente as opções de triagem de uso de SPA por adolescentes validadas e mais utilizadas nacionalmente, além dos questionários utilizados nos levantamentos epidemiológicos^{56,63} são o POSIT (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*)¹⁰⁵, o DUSI-R (*Drug Screening Inventory Revised*)¹⁰⁴ e o T-ASI (*Teen Adiction Severity Index*)¹⁰³.

O POSIT é um questionário para detectar potencial uso de drogas entre adolescentes. É composto de 139 itens subdividido em 10 blocos. A idade validada para utilização no Brasil

é de 12-19 anos. Ainda que haja custo para utilizar a escala e não seja necessário treinamento, o formato de aplicação por entrevistador aumenta a validade do teste. O longo tempo de aplicação, entre 20-30 minutos¹⁰⁵, pode ser um limitador para o uso no cotidiano.

O DUSI-R é uma escala composta por 159 itens subdivididos em 10 áreas, sendo possível a aplicação apenas da “Área 1 – Uso de Substâncias”. A aplicação completa da escala demanda 20 minutos¹⁰⁶, enquanto que a aplicação apenas de uma área pode ser realizada em 5 minutos. A versão brasileira está validada para a faixa etária de 12-19 anos¹⁰⁷. Não é necessário o treinamento do aplicador, embora os criadores da escala recomendem que a aplicação e supervisão do instrumento devam ser feitos por pessoas qualificadas. O custo do instrumento varia de 3 dólares (versão impressa) a 495 dólares (versão computadorizada)¹⁰⁸.

O T-ASI é uma entrevista semi-estruturada, validada no Brasil para jovens de 12-19 anos. É composta por 153 questões subdividida em 7 módulos¹⁰³. A aplicação completa demanda 40-60 minutos. O treinamento é necessário para sua utilização¹⁰⁷.

Em contrapartida, o questionário CRAFFT/CESARE é um instrumento que pode ser auto-aplicado (versão impressa, computadorizada) ou utilizado através de entrevista. É fácil de memorizar, tem boa relação custo-benefício, a aplicação é simples, rápida e não necessita treinamento. Através do CRAFFT/CESARE é possível conhecer a população submetida a aplicação do questionário e elaborar intervenções à partir dos resultados obtidos⁸⁶. Ou seja, ao identificar uma triagem positiva diversas intervenções são aplicáveis como, orientações, retorno para aprofundamento da avaliação, intervenção breve, encaminhamento para avaliação por equipe capacitada e tratamento⁹⁴.

O CRAFFT/CESARE além de ser o instrumento mais estudado internacionalmente para detectar o uso de SPA por adolescentes^{98,109}, possui a propriedade de apresentar dados que ultrapassam a simples detecção de uso e da prevalência, como por exemplo, a identificação das motivações, contextos de uso e exposição a situações de risco pelos adolescentes⁸⁶, sendo essas características alcançadas à partir das respostas aos questionamentos da escala.

As 6 questões que compõem o instrumento CRAFFT/CESARE são clinicamente relevantes e quando aplicadas por entrevistador cada resposta positiva pode ser acompanhada por maior diálogo com o entrevistado e complementada por perguntas adicionais²⁷.

A primeira pergunta (*Você já andou num Carro dirigido por alguém (inclusive você) que estava “alto” ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?*) é considerada a pergunta mais importante a ser feita, justamente pelo fato dos acidentes automobilísticos serem uma das principais causas de morte entre os jovens. Os adolescentes que respondem afirmativamente a essa pergunta estão expostos a uma situação de risco evitável e poderiam ser beneficiados por aconselhamento e orientações, mesmo quando eles próprios não usam álcool. Os pais também podem ser orientados a buscá-los quando os mesmos solicitarem, sem recriminação ou ações disciplinatórias. Entretanto, quando os próprios pais dirigem sob efeito de SPA, faz-se necessário que o entrevistador realize ou encaminhe os pais para algum tipo de intervenção²⁷.

Responder afirmativamente a segunda pergunta (*Você já Esqueceu coisas que fez enquanto bebia ou usava drogas?*) indica um sério problema, já que os episódios de perda da memória usualmente acontecem durante o uso de quantidades consideráveis de SPA. Nesse caso, o entrevistador pode aprofundar a investigação ao perguntar detalhes desse acontecimento e caso seja necessário, o encaminhamento para tratamento deve ser feito²⁷.

O contexto do uso de SPA na adolescência é de extrema importância. Geralmente os adolescentes começam a usar SPA com os amigos. A terceira pergunta (*Você já bebeu ou usou drogas quando estava Sozinho?*) sinaliza para um comportamento preocupante e pode indicar uma ascensão da chance de dependência futura, além de aumentar o isolamento social. Uma resposta positiva a essa pergunta indica a necessidade de intervenção²⁷.

A quarta pergunta (*Sua família ou Amigos já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?*) permite acessar os potenciais aliados nas intervenções e no tratamento, caso seja necessário²⁷.

A intenção da quinta pergunta (*Você já usou droga ou bebeu para Relaxar, sentir-se melhor ou para sem enturmar?*) é determinar a potencial motivação do uso. Responder

afirmativamente a essa questão indica uma dificuldade do adolescente em ficar confortável em situações sociais, tornando-o um alvo mais susceptível a influência dos pares. Sabe-se que alguns jovens, principalmente as adolescentes do gênero feminino têm uma tendência a usar SPA para lidar com sentimentos negativos e, por outro lado, os adolescentes do gênero masculino tendem a utilizar SPA com o objetivo de socializar com os demais¹¹⁰. Diante disso, o entrevistador pode discutir com o jovem possibilidades assertivas de socialização e oferecer aconselhamento e suporte²⁷.

A última questão (*Você já se meteu em Encrenca enquanto estava usando droga ou bebendo?*) permite acessar a severidade do problema²⁷, visto que os adolescentes frequentemente apresentam comportamentos de risco muitas vezes desencadeados e motivados e pelo uso de SPA¹¹⁰.

Em síntese, a escala CRAFFT/CESARE é o instrumento mais utilizado para rastrear o uso de SPA por adolescentes, especialmente nos EUA, sendo a única ferramenta com dados consistentes que apoiam seu uso em serviços da atenção básica de saúde naquele país⁹⁸. A escala foi validada e reconhecida como um instrumento útil em várias culturas, países e nas mais diferentes amostras de adolescentes como, em serviços hospitalares^{27,76,85}, salas de emergência^{95,96}, atenção primária de saúde⁸⁶, nativo-americanos⁸⁷, clínicas de doenças sexualmente transmissíveis⁹⁷, estudantes⁹², alistamento militar⁹¹, participantes de levantamentos nacionais⁸⁹.

No Brasil, a possibilidade de utilização desse instrumento nos mais diversos contextos, permitiria não apenas a triagem em larga escala e com baixo custo, mas também possibilitaria, através das características do instrumento, o conhecimento de dados que além de enriquecerem a investigação, contribuem para um melhor entendimento dessa população, somado a chance de realizar abordagens a partir dos resultados do instrumento. Essa identificação das motivações e crenças dos adolescentes em relação ao contexto de uso de SPA pode permitir a elaboração de estratégias de prevenção adequadas a essa população¹¹¹.

Conforme as características anteriormente explicitadas, através da utilização da escala CRAFFT/CESARE, foi possível, no presente estudo, a realização de coleta de dados

em ampla amostra de estudantes. Por meio da análise e interpretação dos dados foram observadas altas taxas de uso de SPA pelos adolescentes, particularmente nos do gênero masculino, ocorrendo aumento da prevalência a cada ano de aumento da idade. Essa constatação está em concordância com os dados nacionais e internacionais^{52,56,67}.

Em geral o uso de SPA pelos adolescentes do gênero masculino é superior ao uso das adolescentes, especialmente em relação as SPA ilícitas⁵². Muito embora, saiba-se que em certas categorias de uso de SPA as adolescentes do gênero feminino podem apresentar consumo superior quando comparado aos adolescentes do gênero masculino¹¹². Nacionalmente, desde 2004 o uso de álcool pelas adolescentes do gênero feminino é mais acentuado em comparação ao consumo dos adolescentes do gênero masculino^{56,62}. Nesse estudo, o risco de uso de SPA pelas adolescentes do gênero feminino, aos 14 anos, é mais alto que o risco de uso pelos adolescentes do gênero masculino na mesma idade. Esses dados estão de acordo com os estudos internacionais em que as adolescentes de 12-14 anos apresentam taxas mais elevadas de uso de álcool em comparação aos pares do gênero masculino da mesma faixa etária⁵². A maior aceitação social do uso de SPA pelas adolescentes do gênero feminino e o aumento da publicidade direcionada para essa população, somados as diferenças existentes entre os gêneros, podem sinalizar para a necessidade de criação de programas de prevenção desenhados especificamente para cada gênero. Alguns estudos sugerem que as mulheres têm maiores riscos de dependência química a partir do início do uso e que o período de transição do uso experimental para um transtorno pelo uso de SPA tende a ser mais curto em relação aos homens¹¹².

Outra particularidade da população representada nesse estudo é que uma parcela dos adolescentes pode não estar morando com os pais e conseqüentemente apresentam maiores chances de baixo monitoramento parental, elevando o risco de uso de SPA em ambos os gêneros. Somado a essa característica, a chance desses jovens apresentarem maior autonomia como, por exemplo, ter mais acesso ao dinheiro também pode contribuir negativamente para o uso de SPA, aumentando o poder de compra e a sensação de independência⁶⁷.

Os adolescentes participantes dessa pesquisa frequentam regularmente as escolas. No entanto, não foi possível avaliar os jovens não inseridos no âmbito escolar, dificuldade

também referida por outros estudos⁹². Entre esses jovens pode ocorrer uma diferença nos padrões relacionados ao estilo de vida, situação socioeconômica, monitoramento parental e motivações para o uso de SPA. Entretanto, como o instrumento CRAFFT/CESARE foi validado e utilizado em diversos contextos⁹⁴, populações⁸⁹ e culturas⁹¹ não existem razões para suspeitar que as características psicométricas fossem ser alteradas de acordo com a população e/ou grupo de risco estudado^{92,113}.

As dificuldades associadas as abordagens de prevenção de uso de SPA entre os adolescentes envolvem a ampla disseminação entre essa população de falsos benefícios creditados as diferentes SPA e a pouca informação acerca das evidências de efeitos adversos. Para boa parte dos adolescentes a prevenção deve ocorrer através do esclarecimento das consequências relacionadas ao uso de cada SPA, visto que os jovens tendem a não generalizar as consequências negativas das diversas SPA⁵². O ambiente escolar pode ser um potencial local de prevenção. A possibilidade de inserir conteúdos com temática envolvendo o uso de SPA pode tornar esse espaço um local de informação e conscientização¹¹. Tópicos como o funcionamento do etilômetro e as implicações legais do uso de SPA lícitas e ilícitas podem enriquecer a grade curricular. Programas de prevenção escolar pautados em reforçar a auto-eficácia, aumentar o vínculo escolar e o rendimento acadêmico podem reduzir o risco de comportamento violentos, o uso de SPA e a chance de gestação indesejada¹¹⁴. Além disso, tornar o ambiente escolar um local não tolerante e não conivente com o uso de SPA também pode trazer benefícios. Estudo revela que 5,1%, 4,5% e 4,6% dos estudantes consumiram na escola, respectivamente, tabaco, álcool e maconha ao menos uma vez em 30 dias. Para um quarto dos estudantes foi oferecido, vendido ou dado uma SPA na escola durante os 12 meses que antecederam a pesquisa²⁹. Ou seja, as abordagens preventivas no âmbito escolar são possíveis e necessárias.

Como os adolescentes frequentam os serviços de saúde, a identificação precoce e a prevenção do uso de SPA nessas situações, pode ser um assunto de grande interesse para os sistemas de saúde¹¹³, ou seja, a atenção primária a saúde⁷⁶ e os serviços de urgência⁹⁵ também podem ser locais para abordagens de prevenção. Ao contrário do senso comum, estudos apontam que os adolescentes tem uma percepção mais positivas em relação ao cuidado quando os profissionais da atenção básica de saúde questionam e conversam sobre

tópicos mais delicados, como o uso de SPA. Esses achados sugerem que a discussão sobre assuntos sensíveis atendem as expectativas dos jovens e tem impacto positivo na satisfação e participação em qualquer tipo de tratamento¹¹⁵. Muito embora, ainda existam diversas barreiras para a realização da triagem dessa população como a falta de tempo referida pelos profissionais da saúde, a dificuldade em manejar os casos positivos e a não familiarização com os instrumentos de triagem¹¹⁶.

A própria comunidade pode ser um ambiente para abordagens preventivas no contexto brasileiro, como por exemplo, através do cumprimento das leis já estabelecidas e consolidadas referente a proibição da venda de tabaco e álcool para menores de 18 anos. A facilidade de acesso as SPA no Brasil (Romano et al, 2007) e no mundo⁵² é preocupante. Em estudo realizado no interior de São Paulo, a compra de bebidas alcoólicas por adolescentes ocorreu sem dificuldades para 85% dos jovens. Nesse sentido, percebe-se a existência da aceitação do uso de álcool por adolescentes, permissividade por parte do comércio, somado a escassez de fiscalização e punição pelo poder público. O baixo preço e o incentivo midiático ao uso de álcool atuam como impulsionadores do uso pelos adolescentes^{11,117}. No que tange ao tabaco o Brasil restringiu as propagandas desde 2001 e incluiu imagens nos produtos relacionadas aos prejuízos do consumo dessa substância⁵⁷. Aparentemente essas mudanças já estão surtindo algum efeito, sendo evidenciada a redução do uso de tabaco entre os jovens¹¹⁸.

Diante do exposto, ter realizado a validação brasileira da escala CRAFFT/CESARE, conhecer suas características psicométricas e sua consistência interna, pode ser compreendido como um passo inicial, mas essencial para a disseminação da utilização desse instrumento no Brasil. Considerando sua facilidade de aplicação, brevidade e agilidade de correção, essa escala pode ser útil tanto no que tange a triagem como também para a avaliação das características dos adolescentes, permitindo ainda intervenções a partir dos resultados encontrados. Tendo como ponto de partida os dados obtidos, é possível conjecturar sobre o impacto positivo de medidas amplas de abordagem nos diversos níveis a cerca do uso de drogas por adolescentes. Somado a isso, através da utilização da escala pode-se refletir sobre direcionamentos para programas de prevenção que ao protelarem o

consumo das SPA gerariam uma menor exposição precoce dos adolescentes a situações de risco.

Os dados apresentados neste trabalho apontam alguns desafios: a necessidade de ampliação dos settings de detecção do uso de risco de SPA entre adolescentes, a capacitação para abordagens preventivas nos diversos níveis e a capilarização da rede de atenção a todos os adolescentes, particularmente aqueles que já apresentam uma relação problemática com o uso de drogas lícitas e ilícitas. Esperamos ter contribuído com alguns dados que possam modificar o cenário no que tange ao uso de drogas por adolescentes no Brasil.

ALGUMAS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- A aplicação das escalas foi realizada pela pesquisadora, membros do Programa Viva Mais e pelos professores em sala de aula devido a dificuldade logística apontada pelos colégios em deslocar os professores para outras salas. No entanto, os professores não tiveram acesso aos questionários respondidos, já que cada aluno colocou seu questionário em envelope pardo, posteriormente lacrado e assinado por 2 alunos da classe. Garantindo o anonimato, a intenção era maximizar a participação dos alunos e aumentar a oportunidade de respostas honestas.
- Foi acordado com a escola que como a mesma havia concordado em participar da pesquisa e os alunos já se encontravam no Ensino Médio, seria suficiente o TCLE assinado por eles e a carta informativa aos pais.
- A correlação entre as questões do CRAFFT/CESARE e do CEBRID, particularmente na Parte B, permitiu apenas uma aproximação, visto que poucas questões tiveram correspondência suficiente e uma das questões não teve qualquer possibilidade de aproximação, fato que pode ter influenciado, negativamente, no grau de concordância entre as escalas.
- Entre os estudantes de 14 a 21 anos, houve uma pequena diferença (0,6%) entre os resultados positivos da Parte B (692) e os resultados positivos do CRAFFT/CESARE (682), levantando as seguintes possibilidades: alguns alunos responderam as questões filtro da Parte A, negativaram e ainda assim continuaram a responder a Parte B e tiveram 2 ou mais respostas positivas; alguns alunos responderam de maneira parcial a Parte B ou não responderam a Parte A e apenas responderam a Parte B, levantando a hipótese de alguma dificuldade com a compreensão do instrumento.

CONCLUSÕES

- 1- A versão brasileira da escala CRAFFT, denominada CESARE, proposta por este estudo manteve as particularidades do instrumento original e com a concordância do autor foram introduzidos termos próprios do contexto brasileiro. Sua utilização na população proposta, adolescentes estudantes de escolas técnicas, foi breve, fácil e a utilização da versão de auto-aplicação mostrou-se adequada.
- 2- A aplicabilidade do instrumento foi satisfatória na população estudada. A taxa de recusa de participação no estudo foi baixa. O tempo de aplicação foi inferior a 2 minutos, o que confirma o questionário como uma ferramenta de triagem breve, de fácil utilização, podendo ser utilizada em diversos contextos.
- 3- A compreensibilidade da escala CRAFFT/CESARE foi boa. Poucos alunos relataram alguma dificuldade com o entendimento das questões ou referiram algum desconforto com o conteúdo das mesmas.
- 4- A utilização do instrumento comparativo viabilizou a avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE. A concordância entre os instrumentos foi considerada boa. A especificidade da escala foi 73,4% e a sensibilidade 87,2%, tornando a versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE um equipamento de triagem viável para utilização no país.
- 5- Em nossa amostra confirmou-se que o ponto de corte maior ou igual a 2 é a pontuação com a melhor razão entre sensibilidade e especificidade.
- 6- O instrumento CRAFFT/CESARE foi positivo em parcela considerável dos estudantes (14 a 21 anos: 36,2% e 14 a 18 anos: 35,1%) e 5,5% dos estudantes entre 14 e 18 anos apresentaram grande risco de dependência química.
- 7- As maiores taxas de CRAFFT/CESARE positivo foram encontradas nos adolescentes do gênero masculino, estudantes do período noturno e com crescimento com a idade. Analisando apenas o fator idade, a cada ano de aumento,

ocorre aumento do risco de uso de SPA em 26%. Aos 14 anos as adolescentes do gênero feminino apresentam maior risco de uso de SPA em comparação aos pares do gênero oposto. Aos 15 anos, não há influência do gênero nas taxas, porém, a partir de 16 anos a diferença cresce ano a ano para o gênero masculino. Nesse sentido, as estratégias de triagem de uso de SPA devem acontecer no início da adolescência, época em que há maior vulnerabilidade ao uso de SPA devido as próprias características dessa etapa.

- 8-** Foi observado que mais da metade dos estudantes consumiram álcool no último ano. Em torno de um em cada dez usou maconha e/ou outra substância psicoativa. Quase metade dos estudantes afirmaram que já andaram em carro dirigido por alguém sob efeito de SPA. Aproximadamente um quarto dos adolescentes esqueceu o que fez em vigência do uso de SPA, sendo esse um indicador de gravidade de uso. Parcela menor de estudantes usou SPA sozinho, padrão incomum nesta faixa etária. Um em cada cinco alunos referiram que familiares ou amigos lhe disseram para diminuir o uso de SPA. Metade dos adolescentes confirmaram o uso de SPA para relaxar e/ou se enturmar. Um décimo dos sujeitos referiu ter “se metido em encrenca” durante o uso de SPA.
- 9-** Embora algumas taxas encontradas sejam preocupantes, vale ressaltar que a maioria dos estudantes avaliados não apresentou uso de substâncias ilícitas no ano anterior e negou consequências nocivas relacionadas ao consumo de qualquer substância psicoativa. Considerando a importância dos pares nesta faixa etária, este é um dado a ser valorizado na construção de estratégias preventivas.
- 10-** Finalmente, a utilização de instrumento CRAFFT/CESARE permitiu a observação da prevalência de uso na amostra estudada e foi mais além ao possibilitar um maior conhecimento sobre as motivações e riscos associados ao uso pelos adolescentes desse estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Outeiral J. *Adolescer*. 3ª edição, Rio de Janeiro, 2008.
- 2- Levisky DL. *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*. São Paulo, 1998.
- 3- Mead M. *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilisation*. 1928.
- 4- Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M. *Adolescência através dos Séculos*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26 (2): 227-234.
- 5- Steinberg, L, Lerner, RM. *The scientific study of adolescence: A brief history*. *The Journal of Early Adolescence*. 2004;(24):45-54.
- 6- Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, 2006.
- 7- Birman J. *Adolescência sem fim? Peripécias do sujeito num mundo pós-edipiano*. In: Marta Rezende Cardoso e François Marty. (Org.). *Destino da Adolescência*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.
- 8- World Health Organization (WHO). *Young people's health: a challenge for society*. Technical Report Series 731. Geneva: 1986.
- 9- Organização Mundial da Saúde (WHO). *Problemas de la salud de la adolescencia*. Informe de un comité de expertos de la OMS (Informe técnico nº 308). Genebra, 1965.
- 10- Eisenstein E. *Adolescência: definições, conceitos e critérios*. *Adolescência & Saúde*, 2005;2(2):6-7.
- 11- Pinsky I, Bessa MA. *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto, 2009.
- 12- Aberastury A, Knobel M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- 13- Winnicott DW. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- 14- Oliveira LG. *Pós-Modernidade e Adolescência: uma reflexão acerca das relações do adolescente sob o enfoque da Psicologia Corporal / Lucélia Gabriel de Oliveira–Curitiba*.

2010. 48 f. Monografia (Curso de Especialização em Psicologia Corporal) - Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal, 2010.

15- Santos RMS. Prevenção de droga na escola: uma abordagem psicodramática. São Paulo: Papirus, 1997.

16- Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, Nugent III TF, Herman DH, Clasen CS, Toga AW, Rapoport JL, Thompson PM. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004;101(21):8174–8179. DOI: 10.1073_pnas.0402680101.

17- Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev*. 2008;28(1):62–77. DOI:10.1016/j.dr.2007.08.003.

18- Outeiral J. Meros ensaios. Escritos psicanalíticos. Rio de Janeiro, 1999.

19- Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):396-403.

20- Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. 1992;112(1):64-105.

21- Pinsky I, El Jundi SARJ. Impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(4):362-74.

22- Gilman JM, Kuster JK, Lee S, Lee MJ, Kim BW, Makris N, van der Kouwe A, Blood AJ, Breiter HC. Cannabis use is quantitatively associated with nucleus accumbens and amygdala abnormalities in young adult recreational users. *J Neurosci*. 2014 Apr 16;34(16):5529-38. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.4745-13.2014.

23- Schacht JP, Hutchison KE, Filbey FM. Associations between cannabinoid receptor-1 (CNR1) variation and hippocampus and amygdala volumes in heavy cannabis users. *Neuropsychopharmacology*. 2012 Oct;37(11):2368-76. DOI: 10.1038/npp.2012.92.

- 24- Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, McDonald K, Ward A, Poulton R, Moffitt TE. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 Oct 2;109(40):E2657-64. DOI: 10.1073/pnas.1206820109. Epub 2012 Aug 27.
- 25- Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 2012;344:e536. DOI: 10.1136/bmj.e536.
- 26- Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010.
- 27- Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Bilt JV, Shaffer HJ. A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153: 591-596.
- 28- World Health Organization (WHO). *Global status report: alcohol and young people*. Geneva: 2001.
- 29- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2009*. *Surveillance Summaries*. *MMWR* 2010;59:SS-5.
- 30- Fang L, Schinke SP, Cole KC. Preventing Substance Use Among Early Asian-American Adolescent Girls: Initial Evaluation of a Web-based, Mother-Daughter Program. *Journal of Adolescent Health*. 2010;(47):529-532.
- 31- Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Rev Brasil Psiq*. 2010;32(3):242-49.
- 32- Koutakis N, Stattin H, Kerr M. Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Orebro Prevention Program. *Addiction*. 2008;103:1629-1637.
- 33- *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 34- Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- 35- Levy S, Sherritt L, Gabrielli J, Shrier LA, Knight JR. Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2009;45(5):473-477.
- 36- O'Donnel L, Myint-U A, Duran R, Stueve A. Especially for Daughters: Parent Education to Address Alcohol and Sex-Related Risk Taking Among Urban Young Adolescent Girls. *Health Promotion Practice*. 2010;11(1):70S-78S.
- 37- Dunn MS, Bartee RT, Perko MA. Self-reported alcohol use and sexual behaviors of adolescents. *Psychol Rep*. 2003;(92):339-348.
- 38- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data, EMCDDA Papers, 2013, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- 39- Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SRB. Gender Effects on Drug Use, Abuse, and Dependence: A Special Analysis of Results From the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine*, 2010;7(5):402-413.
- 40- Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance Use Problems and Associated Psychiatric Symptoms Among Adolescents in Primary Care. *Pediatrics*. 2003;vol 111:e699-e705.
- 41- Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 42- Zeitlin H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999;55(3):225 – 234.
- 43- Tavares BF, Bériab JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):787-796.
- 44- Nappo SA, Carlini ELA, Araújo MD, Moreira LFSM. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2010;46 (2): 297-303.

- 45- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes - um manual baseado em pesquisas (Preventing Drug Use Among Children and Adolescents – A Research – Based Guide). Bethesda, MD: NIH Publication, 2003.
- 46- World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol. Geneva: 2004.
- 47- Blum RW, Nelson-Mmari K. The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health*. 2004;(35):402–418.
- 48- Vuolo M. National-level drug policy and young people’s illicit drug use: A multilevel analysis of the European Union. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;(13):149-156.
- 49- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). The state of the drugs problem in Europe: Annual Report 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. ISBN 978-92-9168-538-7. DOI:10.2810/64775.
- 50- Hibrl B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries. Suécia, 2012. ISBN 978-91-7278-233-4.
- 51- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2013. ISBN: 978-92-1-148273-7.
- 52- Johnston LD, O’Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2011. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2012.
- 53- Takakura M, Wake N. Association of Age at Onset of Cigarette and Alcohol Use with Subsequent Smoking and Drinking Patterns Among Japanese High School Students. *Journal of School Health*. 2003;73(6):226-231.
- 54- Suzuki K, Minowa M, Osaki Y. Japanese National Survey of Adolescent Drinking Behavior in 1996. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000;24(3):377–381. DOI: 10.1111/J.1530-0277.2000.TB04626.X.

- 55- Osaki Y, Tanihata T, Ohida T, Kanda H, Suzuki K, Higuchi S, Hayashi K. Decrease in the Prevalence of Adolescent Alcohol Use and its Possible Causes in Japan: Periodical Nationwide Cross-Sectional Surveys. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33(2):247–254 247. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2008.00822.x.
- 56- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
- 57- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - a national survey. *Addict Behav.* 2012;37(10):1171-5.
- 58- Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: *Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 1987*. Centro de Documentação. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 1989.
- 59- Carlini EA, Carlini-Cotrim BHRS, Silva Filho AR. II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Grau - 1989. 1. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, 1991.
- 60- Galduróz JCF, D’Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. III Levantamento Sobre o Uso de Drogas Entre Estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras, 1993. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP; 1994.
- 61- Galduróz JCF; Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, São Paulo, SP; 1997.
- 62- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede

pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas, São Paulo, SP; 2005.

63- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>.

64- Amaro H, Blake SM, Schwartz PM, Flinchbaugh L. Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*. 2001;(21):256-293.

65- Bellis M, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez J, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*. 2008;8:155, DOI: 10.1186/1471-2458-8-155.

66- Pengpid S, Peltzer K. Alcohol Use and Associated Factors among Adolescent Students in Thailand. *West Indian Med J*. 2012;61(9):890-896.

67- Alwan H, Viswanathan B, Rousson V, Paccaud F, Bovet P. Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of th Seychelles. *BMC Pediatrics*. 2011;(11):85. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/85>. DOI:10.1186/1471-2431-11-85.

68- Niel M, Silveira DX. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008.

69- Schinke SP, Fang L, Cole KC. Substance Use among Early Adolescent Girls: Risk and Protective Factors. *J Adolesc Health*. 2008;43(2):191–194.

70- American Academy of Pediatrics (AAP). Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Pediatrics*. 2013;(132):198-203. DOI: 10.1542/peds.2013-1282.

- 71- Büchele F, Coelho EB, Lindner S.A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2009;14(1):267-273.
- 72- Figlie NB, Milagres E, Crowe J. *Família e Dependência Química: uma experiência de prevenção com crianças e adolescentes no Jardim Ângela*. São Paulo, 2009.
- 73- Center for Prevention Research and Development (CPRD). *Background Research: Youth Prevention Education (YPE) ATOD Curricula - Standards-Based*. Champaign, IL: Center for Prevention Research and Development, Institute of Government and Public Affairs, University of Illinois, 2009.
- 74- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. Ministério da Justiça. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília, 2011.
- 75- Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(3):852-861. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300019.
- 76- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:607-614.
- 77- Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, 2001.
- 78- Elster A, Kuznets N, eds. *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)*. Baltimore, Md: Willians & Wilkins; 1994.
- 79- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007a.

- 80- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007b.
- 81- Bringhenti ME, Luft CDB, Oliveira WF. Transtorno do estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala. *Psico-USF*. 2010;15(2):193-203.
- 82- Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco TL, Aronson MD. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med*. 1987;82(2):231-5.
- 83- O'Brien CP. The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool. *JAMA*. 2008;300(17):2054-6.
- 84- Athayde RAA, Soares AKS, Vione KC, Silva LD, Gouveia VV. Atitudes frente ao álcool e o potencial bebedor-problema: correlatos demográficos e psicossociais. *Revista Bioética*. 2009;17(2): 251-266.
- 85- Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;(1):67-73.
- 86- Knight JR, Harris S, Sherritt L, Van Hook S, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Prevalence of positive abuse screen results among adolescents primary care patients. *Arch Pediatr and Adolesc Med*. 2007a;161(11):1035-1041.
- 87- Cummins LH, Chan KK, Burns KM, Blume AW, Larimer M, Marlatt GA. Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. *J Stud Alcohol*. 2003;64(5):727-32.
- 88- Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usagenocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA [Validation of a questionnaire to screen for harmful use of alcohol and cannabis in the general population: CRAFFT-ADOSPA]. *Presse Med*. 2007;36(4 Pt 1):582-90. DOI: 10.1016/j.lpm.2007.01.005.

- 89- Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stephan P, Halfon O. French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*. 2005;10(6): 385-95.
- 90- Tossman, P, Kasten, L, Lang, P, Strüber, E. Bestimmung der konkurrierenden Validität des CRAFFT-d [Determination of the concurrent validity of the CRAFFT-d - a screening instrument for problematic alcohol consumption]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2009;37(5):451-459. DOI: 10.1024/1422-4917.37.5.451.
- 91- Subramaniam M, Cheok C, Verma S, Wong J, Chong SA. Validity of a brief screening instrument-CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addict Behav*. 2010;35(12):1102-4. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.08.004.
- 92- Skogen JC, Bøe T, Knudsen AK, Hysing M. Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. *Ung@hordaland, a population-based study*. *Addict Behav*. 2013;38(10):2500-5. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.05.002.
- 93- Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. Salud Pública*. 2013;15 (2): 220-232.
- 94- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):57-64.
- 95- Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Bukstein OG, Cornelius JR. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: Comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. *Addictive Behaviors*. 2009;34:668-674.
- 96- Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Cook RL, Delbridge TR. Alcohol Use Disorders Among Emergency Department-Treated Older Adolescents: A New Brief Screen (RUFT-Cut) Using the AUDIT, CAGE, CRAFFT, and RAPS-QF. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5):746-753.

97- Cook RL, Chung T, Kelly TM, Clark DB. Alcohol Screening in Young Persons Attending a Sexually Transmitted Disease Clinic Comparison of AUDIT, CRAFFT, and CAGE Instruments. *J Gen Intern Med.* 2005;20(1): 1–6. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.40052.x.

98- Pilowsky DJ, Wu LT. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: A literature review. *Addictive Behaviors.* 2013;38:2146–2153.

99- Pharo H, Sim C, Graham M, Gross J, Hayne H. Risky business: executive function, personality, and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. *Behav Neurosci.* 2011;125(6):970-8. DOI: 10.1037/a0025768.

100- Stewart SH, Connors GJ. Screening for alcohol problems: What makes a test effective? *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.* 2004;28:5–16.

101- Knight JR. The Role of the Primary Care Provider in Preventing and Treating Alcohol Problems in Adolescents. *Ambulatory Pediatrics.* 2001a;1:150-161.

102- Knight JR, Harris S, Sherritt L, Van Hook SV, Lawrence N, Brooks T. Adolescents' preference for substance abuse screening in primary care practice. *Substance Abuse.* 2007b;28:107–117.

103- Sartes LM, De Micheli D, Souza-Formigoni ML. Psychometric and discriminative properties of the Teen Addiction Severity Index (Brazilian Portuguese version). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18(11):653-61.

104- De Micheli D. Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial / Drug use by Brazilian teenagers: adaptation and validation of a screening test (DUSI) and a study of the reasons attributed to the initial use of drugs. Apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina para obtenção do grau de Doutor. São Paulo; 2000.

- 105- Coelho Júnior LL, Gontières B, Gouveia VV. Questionário para detectar potencial uso de drogas entre adolescentes (Posit): adaptação brasileira / Questionnaire to detect potential use of drugs among adolescents (Posit): an adaptation to the Brazilian reality. *J. Bras. Psiq.* 2003;52(2):109-116.
- 106- Knight JR, Goodman, Pulerwitz T, DuRant RH. Reliability of the problem oriented screening instrument for teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *Journal of Adolescent Health.* 2001b;29(2):125-130.
- 107- Rosário AMM. Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes: revisão de literatura. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. 2011.
- 108- National Center on Substance Abuse and Child Welfare (NCSACW). Appendix D - Examples of Screening and Assessment Tools for Substance Use Disorders. 2012. Disponível em: http://www.ncsacw.samhsa.gov/files/SAFERR_AppendixD.pdf.
- 109- American Academy of Pediatrics (AAP). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics.* 2011;128(5):1330-1340. ISSN: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275.
- 110- Chalder M, Elgar FJ, Bennett P. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism.* 2006;41(1):107–113.
- 111- Anderson KG, Grunwald I, Bekman N, Brown SA, Grant S. To drink or not to drink: Motives and expectancies for use and nonuse in adolescence. *Addictive Behaviors.* 2011; DOI:10.1016/j.addbeh.2011.05.009 (article in press).
- 112- Schwinn TM, Schinke SP, Di Noia, J. Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention. *Prev Sci.* 2010; 11:24–32. DOI 10.1007/s11121-009-0146-9.
- 113- Sterling S, Kline-Simon AH, Wibbelsman C, Wong A, Weisner C. Screening for adolescent alcohol and drug use in pediatric health-care settings: predictors and

implications for practice and policy. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2012;7(13):10-12. <http://www.ascpjournals.org/content/7/1/13>.

114- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbot R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc*. 1999;153: 226-234.

115- Brown JD, Wissow LS. Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: Relationship with youth perceptions of care. *J Adolesc Health*. 2009;44(1): 48–54. DOI:10.1016/j.jadohealth.2008.06.018.

116- Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kuling J, Knight JR. The “Six T’s”: Barriers to Screening Teens for Substance Abuse in Primary Care. *Journal of Adolescent Health*. 2007;(40): 456-461.

117- Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):495-501.

118- Galduróz JCF, Fonseca AM, Noto AR, Carlini EA. Decrease in tobacco use among Brazilian students: A possible consequence of the ban on cigarette advertising?. *Addictive Behaviors*. 2007;32:1309-1313.

ANEXOS

ANEXO 1 - Versão original do CRAFFT para auto-aplicação

The CRAFFT Screening Questions

Please answer all questions honestly; your answers will be kept confidential.

Part A

During the **PAST 12 MONTHS**, did you:

	No		Yes
1. Drink any <u>alcohol</u> (more than a few sips)?	<input type="checkbox"/>	If you answered NO to ALL (A1, A2, A3) answer only B1 below, then STOP.	<input type="checkbox"/>
2. Smoke any <u>marijuana</u> or <u>hashish</u> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Use <u>anything else</u> to <u>get high</u> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

"anything else" includes illegal drugs, over the counter and prescription drugs, and things that you sniff or "huff"

If you answered YES to ANY (A1 to A3), answer **B1 to B6** below.

Part B

	No	Yes
1. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX, feel better about yourself, or fit in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, or ALONE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do your FAMILY or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONFIDENTIALITY NOTICE:

The information on this page may be protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent. A general authorization for release of medical information is NOT sufficient.

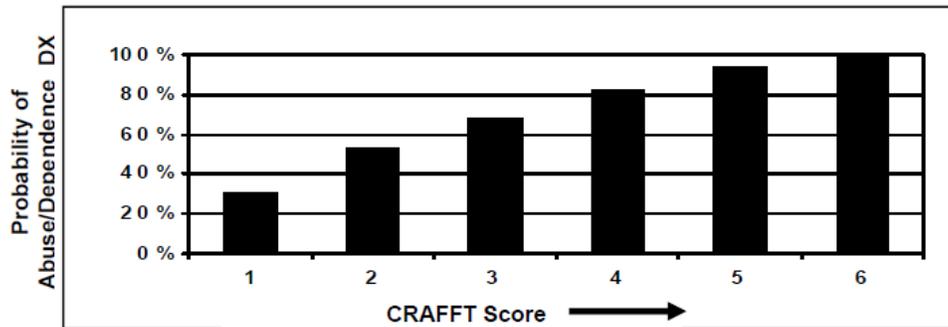
© Children's Hospital Boston, 2009.

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston. CRAFFT Reproduction produced with support from the Massachusetts Behavioral Health Partnership.

SCORING INSTRUCTIONS: FOR CLINIC STAFF USE ONLY

CRAFFT Scoring: Each “yes” response in **Part B** scores 1 point.
A total score of 2 or higher is a positive screen, indicating a need for additional assessment.

Probability of Substance Abuse/Dependence Diagnosis Based on CRAFFT Score^{1,2}



DSM-IV Diagnostic Criteria³ (Abbreviated)

Substance Abuse (1 or more of the following):

- Use causes failure to fulfill obligations at work, school, or home
- Recurrent use in hazardous situations (e.g. driving)
- Recurrent legal problems
- Continued use despite recurrent problems

Substance Dependence (3 or more of the following):

- Tolerance
- Withdrawal
- Substance taken in larger amount or over longer period of time than planned
- Unsuccessful efforts to cut down or quit
- Great deal of time spent to obtain substance or recover from effect
- Important activities given up because of substance
- Continued use despite harmful consequences

© Children’s Hospital Boston, 2009. This form may be reproduced in its exact form for use in clinical settings, courtesy of the Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children’s Hospital Boston, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, U.S.A., (617) 355-5433, www.ceasar.org.

References:

1. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(6):591-6.
2. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(6):607-14.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

GRÁFICO PARA ORIENTAÇÃO DE USO PARA O PROFISSIONAL CLÍNICO

ANEXO 2 - Carta informativa aos pais

O objetivo deste texto é informar que seu/sua filho(a), estudante do ensino médio será convidado a participar de uma pesquisa, anônima e sigilosa, que vai analisar um questionário que foi traduzido para o português que avalia o uso de risco de bebidas alcoólicas e outras drogas.

O questionário será aplicado em sala de aula e já foi previamente autorizado pela coordenação de escola.

Considerando que o uso de drogas psicoativas lícitas (álcool, tabaco e alguns medicamentos) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, entre outras) tem sido objeto de preocupação de toda a sociedade e sendo esse uso especialmente preocupante entre os adolescentes por ser um período de grande vulnerabilidade do ponto de vista físico, psíquico e social, a possibilidade de compreender melhor este fenômeno pode permitir que estratégias de enfrentamento sejam elaboradas e executadas. O local de ensino pode ser um espaço privilegiado para que estas informações sejam colhidas e abordagens sejam implementadas.

O questionário é anônimo, não havendo possibilidade de identificação do aluno(a).

Seu filho receberá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e será informado de que sua participação é voluntária, e que poderá se recusar em participar sem que isso acarrete em que qualquer consequência. Ele pode optar por preencher o questionário, interromper o seu preenchimento a qualquer momento ou não participar.

Se não concordar com participação de seu filho pedimos que assinale abaixo

Eu, _____, não autorizo meu filho _____ a participar da pesquisa.

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Alunos



UNICAMP Faculdade de Ciências Médicas
Comitê de Ética em Pesquisa Tel:3521-8936

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto: **Avaliação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE de triagem de adolescentes para uso de álcool e outras drogas**

Responsável: **Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira**

1. Informação

O uso de drogas psicoativas lícitas (álcool, tabaco e alguns medicamentos) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, entre outras) tem sido objeto de preocupação de toda a sociedade. O uso destas substâncias é preocupante entre os adolescentes, período de grande vulnerabilidade do ponto de vista físico, psíquico e social. A possibilidade de compreender melhor este fenômeno pode permitir que estratégias de enfrentamento sejam elaboradas e executadas. O local de ensino pode ser um espaço privilegiado para que estas informações sejam colhidas e abordagens sejam implementadas.

Os objetivos desta pesquisa são:

- Avaliar a adaptação de uma escala de triagem para o uso de drogas em adolescentes.
- Realizar um levantamento não detalhado sobre o uso de álcool e outras drogas entre alunos do ensino médio.
- Confirmar os dados da triagem através do uso de um questionário complementar a uma parte dos adolescentes escolhidos ao acaso.

Procedimento

Os dados serão obtidos através de uma escala composta por 9 perguntas, que será auto aplicada em sala de aula. O questionário é anônimo, não havendo possibilidade de identificação do aluno(a).

Em função da faixa etária a ser pesquisada, seus pais/responsáveis receberam uma carta informando sobre a pesquisa.

Se você ou seus pais/responsáveis não concordarem em participar da pesquisa, há garantia de que não haverá qualquer prejuízo decorrente desta recusa.

2. Certificado de consentimento

Li e compreendi as informações acima e estou ciente que as informações do questionário são confidenciais. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico.

Será entregue uma cópia desse termo para o participante.

Para contato com os pesquisadores responsáveis: Renata Azevedo (19-35217206) e Bruna Pereira (19-32431374)

Nome do aluno: _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

12. Você já usou xaropes para sentir algum "barato"? (Exemplos: Pambenyl, Setux, Tussiflex, Gotas Binelli, Silentós, Belacodid, Eritós)

1.() Não 2.() Sim. Qual?

13. Você já usou LSD (ácido), chá de cogumelo, mescalina, êxtase, ketamina para sentir algum "barato"?

1.() Não 2.() Sim. Qual?

14. Você já tomou Holoten, Carpinol ou Medavane **sem receita médica**?

1.() Não 2.() Sim. Qual?

15. Você já usou algum dos seguintes remédios para sentir algum "barato"? Periatin, Periaivita, Cobavital, Buclina, Vibazina, Apetivit, Profol e Nutrimaiz.

1.() Não 2.() Sim. Qual?

16. Você já usou alguma bebida energética misturada com álcool para sentir algum "barato"? (Red Bull, Flash Power, Flying Horse, Bad Boy, Blue Energy, Online, Viper)

1.() Não 2.() Sim. Qual?

17. Você já usou ou usa agora medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força? (Androlone, Anabolex, Durabolín, Equipoise, Androviron, Primobolan, Decadurabolín, Durateston, Parabolan)

1.() Não 2.() Sim. Qual?

18. Quem lhe aconselhou a usar este anabolizante?

1.() Nunca usei 4.() Parente
2.() Amigo da escola 5.() Não me lembro
3.() Amigo da academia de ginástica

19. Em que lugar você comprou ou conseguiu o anabolizante?

1.() Nunca usei 4.() Amigo/Parente
2.() Farmácia 5.() Não me lembro
3.() Em academia de ginástica

20. Das drogas citadas neste questionário, você já usou alguma injetando na veia ou no músculo?

1.() Não 2.() Sim. Qual?

21. Você conhece alguém que injeta drogas?

1.() Não 2.() Sim

22. Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário e que as pessoas usam para sentir algum "barato" ?

1.() Não 2.() Sim, os nomes destas drogas são:

Gostaríamos que você nos respondesse mais essas questões:

23. Até que grau seu pai (ou responsável) estudou?

1. () Nunca estudou
 2. () Fez até a 1ª série ou 2ª ou 3ª série
 3. () Fez até a 4ª série ou 5ª ou 6ª ou 7ª série
 4. () Fez até a 8ª série ou 1ª ou 2ª colegial
 5. () Terminou o 3º colegial
 6. () Fez faculdade, mas não terminou o curso
 7. () Fez faculdade completa (terminou o curso)
 8. () Não sei
-

24. Na sua casa tem:

A. Televisão? (Não vale quebrada)

1. () Não
2. () Sim. Quantas? _____

B. Rádio? (Não vale quebrado)

1. () Não
2. () Sim. Quantos? _____

C. Aspirador de pó? (Não vale quebrado)

1. () Não
2. () Sim. Quantos? _____

D. Máquina de lavar roupa? (Não vale quebrada)

1. () Não
2. () Sim. Quantas? _____

E. Automóvel?

1. () Não
2. () Sim. Quantos? _____

F. Empregado(a) que recebe salário e trabalha todo dia?

1. () Não
2. () Sim. Quantos? _____

G. Banheiro com água encanada?

1. () Não
 2. () Sim. Quantos? _____
-

25. Quantos dias você não veio à escola nos últimos 30 dias?

1. () Vim todos os dias
2. () 1 a 3 dias
3. () 4 a 8 dias
4. () 9 ou mais dias

36. Depois de beber, você já: (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1.() Nada aconteceu | 5.() Faltou à escola |
| 2.() Brigou | 6.() Faltou ao trabalho |
| 3.() Sofreu acidentes (atropelamentos, etc) | 7.() Outros (especificar) |
| 4.() Dirigiu | |

Por fim responda mais estas questões:

37. Como é o seu relacionamento com seu pai?

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| 1.() Não tenho pai | 4.() Ruim |
| 2.() Bom | 5.() Não tenho contato com meu pai |
| 3.() Regular | |

38. Como é o seu relacionamento com a sua mãe?

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| 1.() Não tenho mãe | 4.() Ruim |
| 2.() Bom | 5.() Não tenho contato com minha mãe |
| 3.() Regular | |

39. Como é o relacionamento entre os seus pais?

- | | |
|---------------|------------------------|
| 1.() Bom | 3.() Ruim |
| 2.() Regular | 4.() Não vivem juntos |

40. Como você acha que seu pai é?

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1.() Autoritário (mandão) | 3.() Liberal (boa praça) |
| 2.() Moderado | |

41. Como você acha que sua mãe é?

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1.() Autoritária (mandona) | 3.() Liberal (boa praça) |
| 2.() Moderado | |

42. Você segue alguma religião?

- | | |
|-----------|------------------------|
| 1.() Não | 2.() Sim. Qual? |
|-----------|------------------------|

43. Você pratica esportes?

- | | |
|-----------|------------------------|
| 1.() Não | 2.() Sim. Qual? |
|-----------|------------------------|

44. Você trabalha?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1.() Não | 3.() Sim, sem carteira assinada |
| 2.() Sim, com carteira assinada | |

Veja se não deixou nenhuma questão em branco. Caso queira, utilize o espaço abaixo para algum comentário.

Muito obrigada.

ANEXO 5 - Correspondência para autorização do uso do instrumento

From: Bruna Antunes de A. Ximenes Pereira [mailto:baax@hotmail.com]

Sent: Wednesday, April 27, 2011 2:15 PM

To: Finlay, Caroline; Buynitsky, Tatyana

Subject: (To Dr Knight right away) Validation of CRAFT/CeASER in Brazil

(To Dr Knight right away)

Dear Dr Knight,

A few years ago at the University of Campinas - Unicamp/Brazil (Renata Azevedo, Md) had contact with a translated of CRAFT/CeASAR with your authorization and now we would like to turn it official.

Do you know if there's someone else in Brazil working on it already? If not, I would like to validate the CRAFT/CeASAR in Brazil with your authorization.

Thanks in advance,

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira
Child and Adolescent Psychiatrist

Renata Cruz Soares de Azevedo, MD, PhD
Medical Psychology and Psychiatry Department of College of Medical Sciences of
Unicamp

RE: Validation of CRAFT/CeASER in Brazil

De: **Van Hook, Shari** (Shari.VanHook@childrens.harvard.edu)

Enviada: quarta-feira, 18 de maio de 2011 10:31:46

Para: 'baax@hotmail.com' (baax@hotmail.com)

Cc: Schram, Patricia (Patricia.Schram@childrens.harvard.edu)

1 anexo

PortugueseCRAFFTInterviewForm_2010-01-31.doc (95,5 KB)

Drs. Pereira and de Azevedo,

I apologize for the delay in responding to your email request (and apologize if I didn't get your names quite right).

We have previously translated and back-translated the CRAFFT into Portuguese (see attached).

We strongly support your plans to validate the Portuguese version of the CRAFFT and give you permission to do so with two conditions. First, please use the attached version. Secondly, please do not use funding from the alcoholic beverages industry to do the research; we feel that would be a potential conflict of interest.

Best wishes and let me know if you have any questions.

I apologize again for our delay in answering your email.

Shari Van Hook

Shari Van Hook, PA-C, MPH

Director of Research Operations

Center for Adolescent Substance Abuse Research

Children's Hospital Boston

300 Longwood Avenue

Boston, MA 02115

Phone: 617-355-5433

Fax: 617-730-0049

Questionário de Triagem CRAFFT

Nos últimos 12 MESES, você:

- | | Não | Sim |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bebeu qualquer bebida <u>alcoólica</u> (mais do que uns goles)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fumou <u>marijuana, maconha ou haxixe</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Usou qualquer outra coisa para ficar alto?
("outra coisa" inclui drogas ilegais ou de prescrição médica e coisas que você cheira ou "huff") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Para uso do clínico apenas: O paciente respondeu "sim" a qualquer uma das perguntas da Parte A?

Não



Pergunte apenas sobre **CARRO**, e aí pare

Sim



Pergunte todas as 6 questões CRAFFT

Parte B

- | | Não | Sim |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Você já andou num CARRO dirigido por alguém (inclusive você) que estava alto ou tinha usado drogas ou bebido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Você já bebeu ou usou drogas para RELAXAR , sentir-se bem ou se enturmar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Você já usou drogas ou bebeu quando está por sua conta ou SOZINHO/A ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Você já ESQUECEU coisas que fez quando tinha bebido ou usado drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A sua FAMÍLIA ou AMIGOS já falaram para você parar de beber ou usar drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Você já se meteu em ENCRENCA enquanto estava bebendo ou usando drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTA CONFIDENCIAL:

A informação registrada nesta página pode estar protegida por leis federais especiais de confidencialidade (42 CFR Parte 2), que proíbem a revelação destas informações a menos que haja consentimento expresso e específico. Uma autorização generalizada para liberação de informações médicas NÃO basta para este propósito.

© CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON, 2009. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

Reproduzido com a permissão do Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.

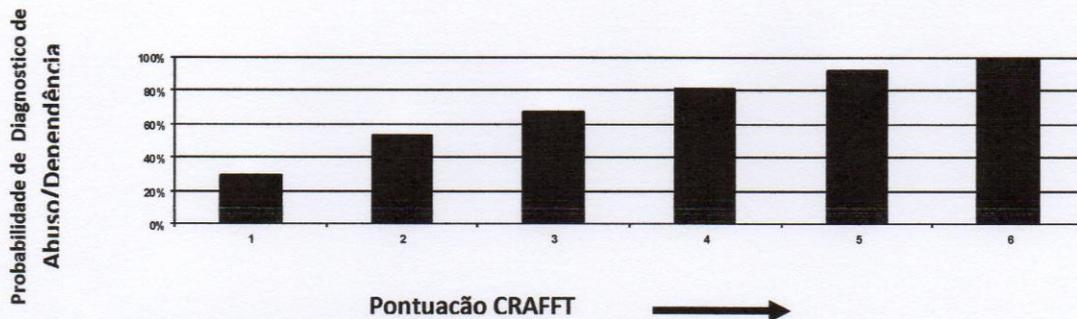
www.ceasar.org

INSTRUÇÕES PARA PONTUAÇÃO: APENAS PARA PROFISSIONAL CLÍNICO

Pontuação CRAFFT: Cada “sim” respondido na **Parte B** marca 1 ponto.

A soma de 2 ou mais pontos é uma triagem positiva, indicando a necessidade de avaliação adicional.

Probabilidade de Diagnóstico de Abuso/Dependência de Substância Baseada na Pontuação do CRAFFT ^{1,2}



DSM-IV Critérios de Diagnóstico ³ (Abreviados)

Abuso de substância (1 ou mais dos seguintes):

- Uso que leva a falhas no cumprimento de obrigações no trabalho, escola ou em casa
- Uso recorrente em situações de risco (ex: dirigindo)
- Problemas legais recorrentes
- Uso continuado apesar dos problemas

Dependência de Substância (3 ou mais dos seguintes):

- Tolerância
- Síndrome de Abstinência
- Uso de substância em maior quantidade ou maior tempo do que o planejado
- Fracasso no esforço para abandonar ou reduzir o uso
- Perda de muito tempo para conseguir a substância ou se recuperar do uso
- Importantes atividades abandonadas por causa do uso da substância
- Uso continuado apesar de conseqüências danosas

© Children’s Hospital Boston, 2009. Este formulário pode ser reproduzido em sua forma exata para uso por profissionais clínicos. Uma cortesia do Centro de Pesquisa de Abuso de Substância do Hospital Infantil de Boston - Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children’s Hospital Boston, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, U.S.A., (617) 355-5433, www.ceasar.org.

References:

4. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(6):591-6.
5. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(6):607-14.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

ANEXO 7 - Segunda versão da tradução para o português do CRAFFT/CESARE

Triagem de Adolescentes para uso de Álcool e Drogas

Nos últimos 12 MESES, você:

1. **Bebeu** qualquer bebida alcoólica (mais do que uns goles)?

2. **Fumou** maconha ou haxixe?

3. **Usou** qualquer outra coisa para ficar alto/louco/chapado? (“outra coisa” inclui drogas legais ou de prescrição médica e coisas que você toma, cheira ou fuma)

Todas Não



Pergunte apenas sobre **CARRO**

Qualquer SIM



Pergunte todas as 6 questões **CRAFFT**

- C** Você já andou num **CARRO** dirigido por alguém (inclusive você) que estava alto ou tinha usado drogas ou bebido?
- R** Você já bebeu ou usou drogas para **RELAXAR**, sentir-se bem ou se enturmar?
- A** Você já usou drogas ou bebeu quando está **SOZINHO/A**?
- F** Você já **ESQUECEU** coisas que fez quando tinha bebido ou usado drogas?
- F** A sua **FAMÍLIA** ou **AMIGOS** já falaram para você parar de beber ou usar drogas?
- T** Você já se meteu em **ENCRENCA** enquanto estava bebendo ou usando drogas?

* A soma de 2 ou mais pontos é uma triagem positiva, indicando a necessidade de avaliação adicional.

© Copyright, Children's Hospital Boston, 2009. All Rights Reserved.

Para encaminhar para avaliação mais profunda:

Adolescent Substance Abuse Program at Children's Hospital Boston (617) 355-ASAP (2727)

ANEXO 8 - Primeira versão para auto-aplicação em português original do CRAFFT/CESARE

CRAFFT – Perguntas para Triagem

Responda, por favor, a todas as perguntas honestamente. Garantimos a confidencialidade de suas respostas.

Parte A

Nos últimos 12 meses:

	Não		Sim	
1. Bebeu <u>álcool</u> (mais do que alguns golinhos)?	<input type="checkbox"/>	} Se você respondeu Não a TODAS (A1e A2 e A3) responda somente B1	<input type="checkbox"/>	} Se você respondeu Sim a alguma delas (A1 a A3), responda B1 a B6 abaixo.
2. Fumou <u>maconha</u> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. Usou <u>qualquer outra coisa</u> para <u>ficar alto</u> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

“qualquer outra coisa” **inclui** drogas ilegais, qualquer remédio e inalantes “

Parte B

	Não	Sim	
1. Você já andou num <u>CARRO</u> dirigido por alguém (inclusive você mesmo/a) que estava “alto” ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
2. Você já <u>ESQUECEU</u> coisas que fez enquanto bebia ou usava droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
3. Sua família ou <u>AMIGOS</u> já lhe disseram que você devia beber ou usar menos droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
4. Você já bebeu ou usou droga quando estava <u>SOZINHO</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
5. Você já se meteu em <u>ENCRENCA</u> enquanto estava usando droga ou bebendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
6. Você já usou droga ou bebeu para <u>RELAXAR</u> , sentir-se melhor ou para se enturmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←

NOTA CONFIDENCIAL

A informação desta página pode estar protegida pela legislação federal especial sobre regras de confidencialidade (42 CFR Part 2), que proíbe revelar esta informação a menos que haja consentimento com autorização específica expressa por escrito. Uma autorização genérica para revelação de informação médica NÃO é suficiente.

© Children’s Hospital Boston, 2009.

Reproduzido com permissão do Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children’s Hospital Boston.

CRAFFT Reprodução produzida com apoio do Massachusetts Behavioral Health Partnership.

Tradução por Sílvia Cintra Franco.

ANEXO 9 - Correspondência para autorização da adaptação do instrumento

De: **Bruna Antunes de A. Ximenes Pereira** (baax@hotmail.com)

Enviada: quarta-feira, 25 de maio de 2011 10:35:50

Para: Dra Patricia (equipe dr knight) (patricia.schram@childrens.harvard.edu)

Prezada Dra Patrícia,

Desculpe-me pelo longo email a seguir, mas surgiu uma boa oportunidade de aplicarmos o instrumento em um número considerável de adolescentes visando, principalmente a avaliação da sua validação cultural e também suas funções de triagem. Em função disto, gostaríamos de esclarecer alguns aspectos:

- pensamos na possibilidade do questionário ser aplicado em sala de aula (auto-aplicação) após orientações aos alunos. Desse modo poderíamos realizar uma avaliação lingüística da compreensão por parte dos alunos, caso não haja restrição por parte da sua equipe.

Pensamos em incluir uma pergunta de fechamento para essa finalidade (ex: Você teve alguma dificuldade em entender alguma palavra ou questão? Qual?)

- ao término da aplicação pretendemos mostrar o gráfico com a probabilidade de abuso/dependência a partir das respostas positivas. Sendo oferecida uma orientação e encaminhamentos àqueles com pontuação superior a 2 ou 3.

Além disto, relendo o instrumento, pensamos que, talvez, algumas perguntas poderiam ficar mais simples, se vocês concordarem:

Parte A

Item 2-seria possível retirar “marijuana”, termo pouco utilizado no Brasil e manter maconha e haxixe?

Item 3-“alto” no Brasil é muito associado ao álcool e minimamente associado às demais substâncias, uma alternativa poderia ser acrescentar os termos: “louco” e “chapado”, que são de uso corrente entre os adolescentes.

Item 4 - “huf” não é uma palavra em português nem tampouco um termo corriqueiro para a população brasileira e talvez a alteração para “toma, cheira ou fuma” facilite o entendimento.

Poderíamos adaptar a pergunta ao clínico para “pergunta ao estudante”? “Se você respondeu sim a qualquer uma das perguntas da parte A, responda as 6 questões da parte B”

Parte B

Item 3-poderíamos retirar o termo “por sua conta” e manter, apenas, “sozinho”?

As alterações/adaptações acima propostas têm a intenção de facilitar o entendimento e a auto-aplicação, caso seja possível.

Não pretendemos de forma alguma alterar a concepção original ou a capacidade psicométrica do instrumento, mas sim contribuir para que a adaptação cultural seja a melhor possível visando à validade dos resultados.

Obrigada pela atenção,

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

From: Bruna Antunes de A. Ximenes Pereira [mailto:baax@hotmail.com]

Sent: Monday, June 13, 2011 12:18 PM

To: Schram, Patricia

Subject: Dúvidas

Prezada Dra Patricia,

Desculpe incomodá-la novamente. Gostaria de saber se a equipe de pesquisa lhe deu algum retorno referente as dúvidas que apresentei em email anterior?

Mto obrigada,

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

- **CRAFFT em port. novas versoes**

De: **Schram, Patricia** (Patricia.Schram@childrens.harvard.edu) Este remetente está na lista de contatos.

Enviada: segunda-feira, 13 de junho de 2011 15:26:45

Para: 'Bruna Antunes de A. Ximenes Pereira' (baax@hotmail.com)

3 anexos

Portuguese_CRAFFTSelf-Adm_2009-04-10.pdf (34,0 KB)

,PortugueseCRAFFTcardfront_2011-06-13.doc (37,0 KB)

,PortugueseCRAFFTInterviewForm_2011-06-13.doc (96,5 KB)

Bruna, ai anexas as novas versoes.

Patricia Cintra Franco Schram MD

Developmental and Behavioral Pediatrics

Adolescent Substance Abuse Program

CONFIDENTIALITY NOTICE: This e-mail message (including attachments) is covered by the Electronic Communications Privacy Act, 18 U.S.C. 2510-2521, and is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material. Any unauthorized review, use, disclosure, dissemination, copying, forwarding or distribution is prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender by reply e-mail and destroy all copies of the original message. If you are the intended recipient but do not wish to receive communications through this medium, please so advise the sender immediately.

From: Bruna Antunes de A. Ximenes Pereira [baax@hotmail.com]

Sent: Monday, June 13, 2011 4:30 PM

To: Schram, Patricia

Subject: RE: CRAFFT em port. novas versoes

Olá Dra Patricia!

Obrigada pelo envio das escalas!

Gostaria de saber se poderemos aplicá-las da maneira como sugerimos (auto-aplicação pelo estudante)

Obrigada novamente!

Atenciosamente,

Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

- **RE: CRAFFT em port. novas versões**

De: **Schram, Patricia** (Patricia.Schram@childrens.harvard.edu) Este remetente está na lista de contatos.

Enviada: segunda-feira, 13 de junho de 2011 21:15:56

Para: Bruna Antunes de A. Ximenes Pereira (baax@hotmail.com)

Bruna,

Tem uma que o estudante responde sozinho. E a que esta em PDF. De uma olhada, se voce nao tiver, avise-me que mando amanha.

Patricia

Patricia Cintra Franco Schram MD

Developmental and Behavioral Pediatrics

Adolescent Substance Abuse Program

CONFIDENTIALITY NOTICE: This e-mail message (including attachments) is covered by the Electronic Communications Privacy Act, 18 U.S.C. 2510-2521, and is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material. Any unauthorized review, use, disclosure, dissemination, copying, forwarding or distribution is prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender by reply e-mail and destroy all copies of the original message. If you are the intended recipient but do not wish to receive communications through this medium, please so advise the sender immediately.

ANEXO 10 - Aprovação do Comitê de Ética/FCM

01/09/13

Andamento do Projeto

 Andamento do projeto - CAAE - 0727.0.146.000-11 

Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação da versão brasileira da escala CRAFFT/CEASER de triagem de adolescentes para uso de álcool e outras drogas

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	10/08/2011 10:16:38	29/11/2011 15:58:37		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	10/08/2011 10:16:38	Folha de Rosto	0727.0.146.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	06/08/2011 19:01:56	Folha de Rosto	FR451716	Pesquisador
3 - Protocolo Pendente no CEP	25/10/2011 12:30:31	Folha de Rosto	811/2011	CEP
4 - Protocolo Pendente no CEP	16/11/2011 10:00:54	Folha de Rosto	811/2011	CEP
5 - Protocolo Aprovado no CEP	29/11/2011 15:58:37	Folha de Rosto	811/2011	CEP

 Voltar