

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Emerson Silveira de Brito

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS LÍCITAS E
ILÍCITAS PELA POPULAÇÃO JOVEM BRASILEIRA**

Porto Alegre

2023

Emerson Silveira de Brito

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS LÍCITAS E
ILÍCITAS PELA POPULAÇÃO JOVEM BRASILEIRA**

Tese submetida ao Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde: epidemiologia e métodos diagnósticos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Márcia Wendland

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

Silveira de Brito, Emerson
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS
LÍCITAS E ILÍCITAS PELA POPULAÇÃO JOVEM BRASILEIRA /
Emerson Silveira de Brito. -- 2023.
100 p. : 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, 2023.

Orientador(a): Eliana Márcia Da Ros Wendland.

1. Prevalência . 2. Adolescentes. 3. Jovens. 4. Drogas
lícitas. 5. Drogas ilícitas. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Introdução: O uso de drogas pela população jovem brasileira é um problema de saúde pública, uma vez que o uso dessas substâncias aumenta a exposição a riscos sexuais, violência e mortalidade por causas evitáveis, além de ser um preditor de dependência na vida adulta. O conhecimento de padrões de uso de drogas na juventude é fundamental para um maior direcionamento de ações e políticas para populações específicas. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas na população jovem brasileira. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo e nacional que incluiu participantes de 16 a 25 anos de todas as capitais brasileiras realizado entre setembro e dezembro de 2017. Os achados fazem parte de um estudo maior que avaliou a prevalência de HPV na população de 16 a 25 anos brasileira. Os participantes foram captados nas unidades de saúde e na região adistrita. Um questionário semi-estruturado com questões socioeconômicas e comportamentais foi aplicado por profissionais de saúde treinados. A amostra foi ponderada em cada capital por faixa etária e sexo. **Resultados:** No total, 8.581 participantes (50,8% mulheres) responderam ao questionário. Álcool (71,6%), cannabis (27,4%), tabaco (15,1%) e cocaína (9,9%) foram as drogas mais comuns experimentadas uma vez na vida na amostra. Foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres no uso regular de álcool (48,7% e 32,5%, $p < 0,001$), tabaco (20,1% vs. 10,3%, $p < 0,001$), maconha (18,8% e 6,3%, $p < 0,001$) e cocaína (3,8% e 1,4%, $p < 0,001$). Destaca-se o alto consumo de drogas lícitas e ilícitas em participantes com baixa escolaridade, classe social alta e com parceiro no momento da pesquisa. Além disso, os participantes que tiveram relacionamento homossexual anterior apresentaram altas taxas de uso regular de álcool (65,9%), cannabis (22,6%) e tabaco (30,5%). **Conclusões:** Os jovens brasileiros apresentaram altas taxas de uso de drogas, principalmente tabaco, álcool e maconha. Neste contexto o direcionamento de ações e políticas públicas para esta população é fundamental. Além do mais, o conhecimento sobre os padrões de uso de fumo, álcool e drogas nessa população é importante para prevenir os riscos associados ao uso dessas substâncias nessa faixa etária.

ABSTRACT

Background: High rates of psychoactive substance use are common among young populations. The use of these substances increases exposure to sexual risks, violence, and preventable mortality. Furthermore, substance use during this phase of life may be a predictor of dependence in adulthood. Thus, this study aims to evaluate the prevalence and factors associated with the use of licit and illicit drugs among young Brazilians. **Methods:** This is a national quantitative study that included participants aged 16 to 25 from all Brazilian state capitals, conducted between September and December 2017. The data is part of a larger study that evaluated the prevalence of HPV in the Brazilian population aged 16 to 25. Participants were recruited from health units and the surrounding areas. A semi-structured questionnaire with socioeconomic and behavioral questions was administered by trained health professionals. The sample was weighted in each capital by age and sex. **Results:** In total, 8,581 participants (50.8% women) completed the questionnaire. Alcohol (71.6%), cannabis (27.4%), tobacco (15.1%), and cocaine (9.9%) were the most commonly experimented psychoactive substances in the sample. Significant differences were observed between men and women in regular use of alcohol (48.7% and 32.5%, $p<0.001$), tobacco (20.1% vs. 10.3%, $p<0.001$), marijuana (18.8% and 6.3%, $p<0.001$), and cocaine (3.8% and 1.4%, $p<0.001$). High consumption of licit and illicit substances was noted among participants with low educational attainment, high social class, and those with a partner at the time of the survey. Additionally, participants who had a previous homosexual relationship had high rates of regular alcohol use (65.9%), cannabis (22.6%), and tobacco (30.5%). **Conclusions:** Brazilian youth showed high rates of drug use, mainly tobacco, alcohol, and marijuana. In this context, targeting actions and public policies for this population is crucial. Moreover, knowledge of the patterns of smoking, alcohol, and drug use in this population is important to prevent the risks associated with the use of these substances in this age group.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	10
2.1 GERAL	10
2.2 ESPECÍFICOS:	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1. ADOLESCÊNCIA	11
3.2. EVOLUÇÃO DO USO DE DROGAS NA SOCIEDADE	12
3.3. CARACTERÍSTICAS E DEFINIÇÃO DAS DROGAS	14
3.4. EPIDEMIOLOGIA DAS DROGAS	18
3.4.1. Álcool	19
3.4.2. Tabaco	19
3.4.3 Drogas ilícitas	21
3.5. USO DE DROGAS NA POPULAÇÃO JOVEM E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE	22
3.6. FATORES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS	24
3.7. RISCOS ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS	26
3.7.1. Acidentes de trânsito	27
3.7.2. Exposição sexual	29
3.7.4. Violência	30
3.8. FATORES BIOLÓGICOS, AMBIENTAIS E PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIA	31
3.8.1. Marcadores genéticos do abuso e ou dependência de drogas	31
3.8.2. Contextos familiares	32
3.8.3. População em situação de rua	33
3.8.4. A saúde mental e o uso de drogas	33
3.9. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO USO DE DROGAS	34
3.10. REDUÇÃO DE DANOS	36
4. ARTIGOS	38
4.1. A CROSS-SECTIONAL EVALUATION OF CIGARETTE SMOKING IN THE BRAZILIAN YOUTH POPULATION	38
4.2. ALCOHOL AND ILLICIT DRUG USE AMONG BRAZILIAN YOUTH: A NATIONWIDE, MULTICENTER CROSS-SECTIONAL STUDY	52

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	70
ANEXO I - TCLE	79
ANEXO II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – POP BRASIL	85

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas lícitas e ilícitas representa um problema de saúde pública em todo o mundo (WHO, 2021). As drogas apresentam características viciantes, causando danos a curto e longo prazo estando associadas a questões de ordem social e política. Mesmo com avanços e desenvolvimento de campanhas e políticas públicas, o uso de drogas vem aumentando significativamente na população jovem brasileira, enquanto que entre adultos percebe-se uma redução (BRASIL, 2017). O álcool e o tabaco representam as drogas lícitas mais utilizadas no Brasil (GOMES-MEDEIROS et al., 2019). Entre as drogas ilícitas, a maconha, a cocaína, os alucinógenos e os solventes despontam como as drogas mais comuns para toda a população (BRASIL, 2017).

A transição da adolescência para a vida adulta envolve uma variedade de transformações físicas, comportamentais e sociais (CASTALDELLI-MAIA et al., 2015; HORTA et al., 2018b). Nessa fase, o uso de substâncias como álcool, tabaco e maconha está associado a um período de descobertas e identificação de grupos. O ato de experimentar pode levar a uma situação de abuso e dependência (HORTA et al., 2014), além de aumentar os riscos de acidentes automobilísticos, exposição sexual e morbimortalidade por causas evitáveis (MALTA et al., 2014; MCCLORY; SPEAR, 2014; MEACHAM et al., 2013). Portanto, o uso de drogas na juventude pode ser um preditor de dependência na vida adulta (HORTA et al., 2014).

Fatores como família, cultura e localização geográfica podem estar relacionados ao uso destas substâncias. As drogas lícitas (álcool e tabaco) têm taxas de uso mais altas em todo o mundo e são geralmente as primeiras substâncias que os adolescentes experimentam por curiosidade, aceitação e para desafiar as autoridades (CASTALDELLI-MAIA et al., 2015; QUIROGA; VITALLE, 2013).

Nos últimos 20 anos, observou-se um declínio do uso de álcool em países desenvolvidos, enquanto que países em desenvolvimento apresentaram um aumento do uso desta substância. Estima-se que cerca de 2,3 bilhões de pessoas fazem uso regular de álcool em todo o mundo (GRISWOLD et al., 2018; WHO, 2018). Nas Américas, estima-se que o consumo de álcool seja 50% maior do que na população global (WHO, 2018). No Brasil, dados apontam que a frequência do uso regular de álcool é cerca de 58% na população (WOLLE et al., 2011). O uso dessa substância representa uma das principais causas de doenças, principalmente doenças cardiovasculares, estando associada a 10% das causas de incapacidade e morte (WHO, 2018).

As drogas ilícitas têm aumentado significativamente na população jovem quando comparada à população geral e o uso recreacional, cada vez mais, ganhando espaço nessa população com a maconha, sendo a substância mais consumida seguida por cocaína e drogas sintéticas como o LSD e o *ecstasy* (HORTA et al., 2018; ROSNER et al., 2021). Estima-se que pelo menos 3,9% das pessoas

com menos de 15 anos consumiram maconha pelo menos uma vez na vida. Evidências apontam para um rápido crescimento de drogas estimulantes, principalmente por jovens de classe socioeconômica mais alta (MALTA et al., 2018; MALTA et al., 2011).

No Brasil, embora existam campanhas e políticas de saúde pública para enfrentamento do uso de drogas, ainda há um grande impacto populacional relacionado ao uso. Estudos apontam que cerca de 70% dos acidentes de trânsito e violência estão associados ao uso de álcool (NUNES; MURTA-NASCIMENTO; LIMA, 2021). Além do mais, o uso de substância pode facilitar exposições sexuais desprotegidas, aumentando os riscos de gravidez indesejada e exposição a infecções sexualmente transmissíveis (WENDLAND et al., 2018). Cabe também ressaltar que o uso contínuo de drogas está diretamente associado a problemas de saúde mental como ansiedade, depressão e suicídio (HORTA et al., 2014).

Embora o uso de drogas psicoativas entre os jovens seja um problema que atinge toda a população (SILVA; ROCHA; SANTOS, 2018), a falta de dados sobre o uso de drogas por grupos específicos ainda é um grande desafio (GALDURÓZ et al., 2005). Nesse sentido, estimar a prevalência de drogas nas populações jovens em diferentes regiões do Brasil é fundamental para uma maior compreensão das dinâmicas sociais e fatores associados ao uso, abuso e vício.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas na população jovem brasileira.

2.2 Específicos:

- Avaliar a prevalência de tabagismo entre jovens brasileiros;
- Avaliar fatores associados ao tabagismo entre jovens brasileiros;
- Avaliar a prevalência de álcool e drogas ilícitas na população jovem brasileira;
- Avaliar os fatores associados ao uso de álcool e drogas ilícitas na população jovem brasileira.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Adolescência

O termo adolescência refere-se à fase que compreende o fim da infância e início da fase adulta (BUNDY et al., 2017). A classificação etária varia de acordo com a nacionalidade e com os aspectos legais e sociais avaliados. De acordo com o estatuto da criança e do adolescente a adolescência é uma fase da vida que compreende a idade dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como sendo o período da vida que compreende dos 10 aos 19 anos completos e classifica o termo juventude o período entre os 15 aos 24 anos de idade (BUNDY et al., 2017). De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2019 a população de adolescentes brasileiras foi de 53,7 milhões pessoas. A transição legal para a fase adulta no Brasil se dá após os 18 anos, na fase que compreende os 19 aos 24 anos esse indivíduo é considerado jovem adulto (ARAÚJO, 2016).

A transição da adolescência para a fase adulta é rodeada de diversas transformações sociais e físicas. Além dessas mudanças, esse período compreende intenso aprendizado sobre normas e responsabilidades legais, conceitos sociais e morais para convívio em sociedade. Todas estas mudanças colocam o indivíduo em um *status* de maior vulnerabilidade e adaptação, no qual são diretamente influenciados pela família, cultura e relações de amizade. Essa fase também está relacionada à busca por espaços sociais, identificação por pares e ingresso no mundo do trabalho e universidade (QUIROGA; VITALLE, 2013; VALLE; MATTOS, 2011).

A busca pela criação de uma identidade própria é um dos marcos que caracteriza esta fase do desenvolvimento. A rebeldia, irritabilidade e não contentamento com o mundo, são sentimentos que rodeiam esse momento da vida (ARAÚJO, 2016). Atualmente, principalmente com o avanço das mídias, especialmente das redes sociais, os jovens constroem simbologias próprias e criam novos mecanismos de identificação social, expressão e conhecimento, se aproximando de realidades, muitas vezes distintas do que se é construído no contexto familiar (BOZZOLA et al., 2022). Apesar de se ter diversos ganhos, a exposição social também traz muitos riscos na construção da vida adulta, principalmente no que tange à ansiedade, frustrações e insatisfação com a própria vida (QUIROGA; VITALLE, 2013).

Diversos autores apontam que as mudanças nessa fase da vida acompanham um período de sentimentos como incertezas, ansiedade e medo em relação ao futuro e às escolhas (BEST; BAN, 2021; SCHERF; BEHRMANN; DAHL, 2012; VALLE; MATTOS, 2011). Em meio a incertezas e

modificações observadas nessa fase, existe uma necessidade de proximidade com atenção às demandas deste processo. Família e educadores são entidades que precisam estar atentas aos riscos e construir um vínculo que favoreça a conscientização sobre limites, auxílio no enfrentamento de contradições, reconhecimento de problemas pontuais, principalmente de ordem emocional e auxílio no planejamento do futuro (VALLE; MATTOS, 2011).

Algumas das decisões tomadas nessas fases podem afetar e ser definidoras para a fase adulta, entre elas o uso de drogas, que são mais comuns nos novos ambientes frequentados e são legalmente permitidas após os 18 anos como o álcool e o tabaco (RAHIM; PATTON, 2015).

O uso de drogas durante a juventude é um preditor de vício ou abuso na vida adulta. Quando associado à vulnerabilidade, estes jovens estão mais expostos a acidentes de trânsito, riscos sexuais por relação sexual desprotegida, gravidez não planejada e violência. Em idades precoces o uso de drogas está associado ao baixo aproveitamento e abandono dos estudos (AZAGBA; SHARAF; HAMMOND, 2015; BARRETO et al., 2014).

Para uma melhor abordagem desta fase da vida, a saúde pública direciona a atenção a este grupo por meio da abordagem preventiva e promoção integral ao desenvolvimento (ARAÚJO, 2016). Apesar de existirem protocolos e políticas públicas direcionadas, de um modo global, o acesso de jovens a estes recursos ainda é insuficiente. Apesar de demandas pontuais de saúde, esta fase da vida é complexa e envolve problemas sociais, baixo nível educacional e falta de preparo de autoridades diretas (família, educadores e profissionais de saúde) de lidar com as demandas e problemas específicos desta etapa da vida (JAGER et al., 2014; SCHAEFER et al., 2018).

3.2. Evolução do uso de drogas na sociedade

O uso de drogas na sociedade se mistura com a história da humanidade. Os registros históricos mais antigos já apontavam o uso de substâncias psicoativas associadas à religião e a sociedades distintas (GREYDANUS; MERRICK, 2018). Há evidências de consumos de drogas em diversas culturas e tribos antigas em todo o globo há mais de 10 mil anos em cerimônias religiosas e com fins terapêuticos. O uso de drogas estava condicionado a conhecimentos milenares normalmente passados para as próximas gerações como herança, por seu grande valor associado à sabedoria e ao sagrado (SHINER; WINSTOCK, 2015; VETULANI, 2001).

O uso de substâncias psicoativas se moldou de acordo com os hábitos e costumes da sociedade em cada período, sofrendo impactos culturais e sociais, sendo associados principalmente à busca do sagrado, ao prazer e ao uso medicinal (ALARCON; JORGE, 2012a). Ao longo do tempo, múltiplos

significados e valores foram atribuídos ao uso de drogas além das mais variadas formas e padrões de consumo. A disponibilidade social das drogas se moldou de acordo com padrões sociais e políticos, além de serem atribuídos a valores éticos e morais, fator que modificou a relação da sociedade em diferentes regiões e espaço que conduziu para diferentes percepções e práticas sociais e legais no mundo (VETULANI, 2001).

A Revolução Industrial teve papel fundamental na forma com que as drogas eram produzidas e disseminadas na sociedade. Com advento de novas tecnologias para produção de álcool e tabaco, necessitou-se regulamentar a produção e os ganhos sobre os produtos. A problematização do uso e abuso de drogas surgiu como uma consequência do aumento da demanda e reconhecimento dos danos (MACHADO; BOARINI, 2013). Após esse período e durante o próximo século, o uso e abuso de drogas foi marcado por medidas de repressão e proibição, pautados em modelos morais e criminais. (SHINER; WINSTOCK, 2015).

Na década de 60, com o desenvolvimento industrial e evolução farmacológica as drogas sintéticas com fins recreativos passaram a ser amplamente disseminadas na sociedade, em festivais e em ambientes destinados a festas e eventos, direcionadas principalmente para a população jovem (VETULANI, 2001). No Brasil, a chegada das drogas sintéticas, vindas principalmente da Europa, modificou o cenário do uso de drogas psicoativas entre jovens, com a crescente demanda por estas substâncias e a propagação do assunto pelas mídias sociais e sua disponibilidade em festivais e eventos (ALMEIDA; SILVA, 2000; GREYDANUS; MERRICK, 2018).

O avanço na sociedade do uso de drogas, alavancou também o problema da alta transmissibilidade do HIV por meio do compartilhamento de seringas no uso de heroína injetável. Movimentos sociais emergentes na década de 80, associados às demandas levantadas pela epidemia da AIDS, mobilizaram a sociedade científica e política na busca por melhores condições de usuários e drogas injetáveis e redução da transmissibilidade de doenças infecciosas. Esses fatores corroboram para a estratégia de redução de danos como ação de saúde pública no campo das drogas lícitas e ilícitas (ACSELRAD, 2005; CÉZAR; OLIVEIRA, 2017; MACHADO; BOARINI, 2013).

As drogas lícitas também passaram a apresentar um forte apelo político e econômico, visto a grande demanda de consumo e a possibilidades de ganhos financeiros associados à produção e venda de drogas, a disseminação de álcool e tabaco passou a ser controlada pelas autoridades e políticas públicas brasileiras. A partir de então houve a necessidade e regulamentação legal e comercialização com arrecadação de impostos dentro dos parâmetros de produtos e bens de consumo (GOMES-MEDEIROS et al., 2019; MACHADO; BOARINI, 2013).

O forte impacto social causado pelo uso de drogas ilícitas culminou em diversas repressões morais e políticas com forte empenho proibitivo e pouca flexibilidade na população. Estas ações

fortaleceram o mercado do tráfico, a clandestinidade, a marginalização e a criminalização da distribuição destas drogas na sociedade. Assim, o uso de drogas ilícitas passou a gerar uma grande demanda criminal tornando secundários aspectos associados à saúde (GOMES-MEDEIROS et al., 2019).

3.3. Características e definição das drogas

Droga psicoativa é definida como qualquer substância química que afeta o funcionamento do cérebro e pode alterar a percepção, o humor, o comportamento e outras funções mentais (ZOU et al., 2017). Para Barrat (2017), droga é qualquer substância capaz de provocar mudanças no funcionamento dos seres humanos, através de alterações fisiológicas, psíquicas e comportamentais. Estas substâncias atuam diretamente no sistema nervoso central em sítios específicos, deprimindo, estimulando (ou causando) liberação de neurotransmissores que causam bem estar, modelando o humor, aliviando a dor e/ou trazendo prazer através de alterações sensoriais e estímulos artificiais (BARRATT; SEEAR; LANCASTER, 2017).

Entre seus produtos mais comuns estão o tabaco e seus derivados; o álcool obtido através da fermentação de materiais orgânicos ou por destilação; produtos extraídos de plantas ou fungos como os derivados da papoula (ópio e morfina), cogumelos alucinógenos e os derivados da *Cannabis sp.*; e mais recentemente, com os avanços da química medicinal, os produtos sintéticos como cocaína, LSD, MDMA e os medicamentos como barbitúricos, benzodiazepínicos, sedativos e anfetaminas (GIACOMOZZI et al., 2012).

Considerando aspectos legais, as drogas são classificadas em drogas lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são representadas principalmente pelo cigarro (tabaco e seus derivados) e álcool (lícito para maiores de 18 anos) ou drogas controladas para uso medicamentoso por licenças. As drogas consideradas ilícitas são representadas principalmente por derivados da maconha, cocaína, drogas alucinógenas, sedativos, inalantes, crack, derivados do ópio e medicamentos psicotrópicos sem prescrição médica. Todas essas drogas, tem potencial viciante, e são utilizadas isoladamente ou associadas (DEGENHARDT et al., 2016; MCLELLAN, 2017).

As drogas também podem ser classificadas de acordo com a atuação no Sistema Nervoso Central (SNC), se diferindo em três grupos distintos:

- Depressoras do SNC ou Psicolépticas: Atuam diminuindo a atividade do SNC provocando uma redução da atividade motora, diminuição da sensibilidade à dor e redução dos reflexos.

Entre os exemplos mais comuns podemos citar o álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opioides e solventes (ALARCON; JORGE, 2012b).

- Estimulantes do SNC ou Psicoanalépticas: Substâncias que aumentam a atividade do SNC através da excitabilidade de células nervosas e consequente estado de alerta aumentado, insônia e aceleração de resposta psíquica. Seus exemplos mais comuns são o tabaco, a cocaína, o crack e as anfetaminas.
- Psicodislépticas ou perturbadoras da atividade do SNC: Substâncias consideradas perturbadoras da atividade mental, atuam causando alterações no funcionamento cerebral causando psicose, delírio, alucinações, alteração da percepção da realidade e/ou sinestesia. Seus exemplos mais comuns são a *Cannabis*, a psilocibina (cogumelo), LSD, MDMA e anticolinérgicos.

As drogas também podem ser agrupadas de acordo com suas características farmacológicas e efeitos comportamentais. Os grupos de drogas mais comumente utilizados são:

- Tabaco e seus derivados - Produtos derivados de uma planta chamada *Nicotina tabacum*. A nicotina presente nos produtos derivados desta planta atua em receptores no SNC estimulando a liberação de neurotransmissores como dopamina, serotonina e noradrenalina, fatores que estão associados ao prazer e resultam no vício, causando, abstinência quando o uso da substância é interrompido. A curto prazo o uso de nicotina pode causar alerta, redução do tônus muscular e do apetite. O uso crônico desta substância está associado a problemas respiratórios e aumento do risco cardiovascular, aumento do risco de câncer principalmente os de vias aéreas. Entre seus produtos mais comuns podemos citar o cigarro, charuto, cigarro eletrônico, cigarretes, cigarro de palha e scuff (ARAÚJO, 2010; BAKER et al., 2011).
- Álcool - substância resultante da fermentação de frutas ou cereais ou da destilação de produtos derivados de cana, por exemplo. A substância é consumida em bebidas industrializadas ou artesanais, sendo a substância mais utilizada em todo o mundo. O álcool atua diretamente no SNC causando depressão das funções cognitivas e redução do senso crítico do indivíduo, resultando em desinibição e euforia. O uso desta substância está associado a uma diversidade de agravos à saúde como problemas circulatórios e hepáticos e seu abuso está diretamente

associado a acidentes de trânsito e violências. Seus produtos mais comuns são bebidas fermentadas como cervejas e vinhos e destilados (vodka, gin, cachaça) (ALARCON; JORGE, 2012a).

- Canabidioides - Produto derivado de uma planta do gênero *Cannabis* que possui um princípio ativo chamado tetra hidro canabinol (THC), responsável pelos efeitos da substância no organismo. O THC se liga a receptores canabinoides causando um efeito relaxante no organismo produzindo uma sensação de bem estar, felicidade e sedação. As folhas dessa planta são conhecidas por maconha, diamba ou banguê. A substância atua no SNC provocando fenômenos psíquicos como delírios e alucinações e a dependência de efeitos psicoativos produzidos pela substância pode causar síndrome de abstinência em caso de interrupção do uso. Os efeitos do uso da substância são boca seca, vermelhidão e aumento da frequência cardíaca, entre os efeitos psíquicos é comum alucinações, ilusões e delírios. Atualmente medicamentos derivados da maconha têm sido utilizados para auxílio no tratamento de autismo, Parkinson, crises convulsivas e dor crônica (URBI et al., 2022) Os produtos derivados mais comuns são maconha (folha e flor), haxixe, alimentos e medicamentos à base de maconha (ALARCON; JORGE, 2012a).
- Opióides: São substâncias derivadas do ópio, que é obtida através da *Papaver somniferum* (papoula). As drogas mais comuns desse grupo são a morfina, a heroína e a codeína. Essas substâncias atuam em receptores opiáceos no SNC atuando em funções motoras, na cognição e na fala. O seu fim terapêutico está associado principalmente ao alívio da dor (ALARCON; JORGE, 2012a).
- Depressoras – São drogas que possuem como sua ação principal diminuir a atividade cerebral. Normalmente se enquadram nestes grupos medicamentos com fins terapêuticos. Neste grupo podemos citar os benzodiazepínicos, conhecido como tranquilizantes menores e os barbitúricos, tranquilizantes maiores. Essas drogas são utilizadas na busca pelo efeito ansiolítico. O uso recorrente dessas drogas pode causar dependência e uma superdosagem pode causar, entre outros sintomas psíquicos, a até morte do usuário (ALARCON; JORGE, 2012a).

- **Cocaína** – A cocaína é uma droga estimulante com efeitos similares às anfetaminas, inicialmente desenvolvida após a sintetização do alcaloide de cocaína derivado da *Erythroxelum coca*, a matéria prima da cocaína se tornou uma das substâncias psicoativas mais comumente utilizadas no globo. Entre seus efeitos a euforia, aumento da pressão arterial, insônia, ansiedade e agressividade são dos principais efeitos observados no organismo. O uso abusivo da cocaína pode produzir transtornos de humor e do sono, alteração de motricidade e dores de cabeça, podendo ter riscos potencializados através de seu efeito vasoconstritor com consequente infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (ALARCON; JORGE, 2012a).
- **Anfetaminas** – As anfetaminas são drogas euforizantes derivadas da efedrina, agem no SNC induzindo a liberação de dopamina e noradrenalina. Entre seus efeitos agudos a sensação de euforia, redução do sono, anorexia, atenção redobrada e autoconfiança são os principais sintomas, seguidos de cansaço e sintomas depressivos após a redução dos efeitos (ALARCON; JORGE, 2012a).
- **Ecstasy** – O *ecstasy* é uma substância popularmente disseminada em todo o mundo, principalmente entre jovens de classe média e média alta. Trata-se de uma droga sintética, utilizada com fins recreativos e difundida no mundo a partir da década de 80. Seu princípio ativo é o 3,4 metilenedioximetanfetamina (MDMA), que também pode ser consumido na sua forma pura. Os efeitos psíquicos buscados são o aumento da sensibilidade e potencialização dos sentidos, euforia, autoconfiança, expansão da perspectiva mental, intensificação da consciência sensitiva, aumento da energia e redução da fadiga muscular (ALARCON; JORGE, 2012a).
- **Alucinógenos** – Apesar de possuírem definições complexas e envolverem substâncias que compõem outros grupos como a maconha, as drogas alucinógenas possuem a capacidade de causar alucinação associada ao efeito eufórico. O LSD assim atua no SNC como substância perturbadora e com potencial de causar alucinações. Trata-se de uma substância amplamente utilizada por seus efeitos recreativos. Algumas substâncias naturais como alguns tipos de cogumelo e o chá de *Ayahuasca* compõem este grupo (ALARCON; JORGE, 2012a).
- **Solventes inalantes** – São compostos sintéticos derivados do petróleo com alta volatilidade que atuam causando depressão do sistema nervoso central causando alteração de

comportamento, reflexos diminuídos e retardo psicomotor. Seu uso intenso pode causar morte por asfixia e parada cardiorrespiratória. O uso dessa substância é mais difundido principalmente entre jovens em situação de vulnerabilidade. Suas drogas mais comuns são a cola de sapateiro, o lança perfume e o loló (ALARCON; JORGE, 2012a).

Alguns termos são utilizados relacionados a fatores quantitativos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Normalmente o tempo, a frequência e a intensidade do uso são os fatores associados aos principais danos e problemas de saúde atribuídos a cada substância. Nesse contexto, o consumo de drogas pode ser entendido de diferentes formas:

- **Uso:** Este termo refere-se ao uso esporádico ou para experimentação (uma vez na vida). Também pode ser utilizado para o uso controlado, dentro dos limites legais estabelecidos e sem exacerbações. Apesar de serem tênues os limites entre o uso controlado e o dano, atribui-se um estado de consciência constante e controle sobre os limites dentro deste padrão de uso (MCLELLAN, 2017).
- **Mau uso/abuso:** caracteriza-se pelo uso de uma alta dose em episódios específicos. Os seus impactos no organismo vão depender do tipo de substância utilizada. Entre os agravos à saúde o abuso de drogas psicoativas pode resultar em problemas físicos como quedas, acidentes automobilísticos, envolvimento em brigas e violência, dependência e morte (MCLELLAN, 2017).
- **Dependência:** Normalmente é o termo que se utiliza para o uso problemático de drogas psicoativas, que também pode ser definido como adição às drogas ou dependência química. Nesse contexto, o indivíduo vivencia uma necessidade regular de utilizar determinada substância, não conseguindo ou tendo dificuldade de evita-las. O indivíduo que sofre desta disfunção vivencia os danos do uso contínuo de determinada substância e é considerado um quadro patológico que necessita muitas vezes de intervenções sociais, farmacológicas, ocupacionais e sociais (DEGENHARDT et al., 2016).

3.4. Epidemiologia das drogas

3.4.1. Álcool

O álcool é a droga lícita mais comumente utilizada em todo o mundo de acordo com dados da Organização mundial da saúde (WHO, 2018a). Estima-se que cerca de 2,3 bilhões de pessoas fazem uso regular de álcool no mundo, o que representa 43% da população mundial maior que 15 anos. As taxas de consumo mais altas são observadas em países em desenvolvimento como Brasil, Argentina e Venezuela, com cerca de 40% a mais que em países desenvolvidos (WHO, 2018a, p. 20). Nas Américas, estima-se que o consumo regular de álcool seja 50% maior que a média mundial (WHO, 2018a).

Nos últimos 20 anos, houve um declínio no uso do álcool nos países desenvolvidos e um aumento nos países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que a frequência de uso de álcool é de aproximadamente 58% da população, sendo uma das principais causas de mortalidade e incapacidade. O consumo estimado em 2016 foi de 7,8 litros de álcool, per capita. Esses dados sugerem uma redução no consumo de álcool pela população brasileira em relação à 2010 (8,8 litros de álcool per capita). Estima-se que homens consumam 13,4 litros por ano enquanto que as mulheres 2,4 litros por ano (WHO, 2018a).

Em um estudo realizado por Malta *et al* (2014) os resultados apontaram que a prevalência de uso de álcool aumenta com a idade, entre adolescentes com menos de 13 anos essa prevalência era de 11,4% e entre aqueles com mais de 16 anos essa prevalência era de 37,4%. O uso de álcool também foi mais prevalente entre meninas que meninos (26,9% vs. 25,2%) e em alunos de escola pública comparando com escolas privadas (26,7% vs. 23,0%). O estudo também apontou que o uso de álcool era mais prevalente entre participantes pretos, amarelos e indígenas (27%) (MALTA et al., 2014).

3.4.2. Tabaco

O uso de tabaco apresenta impactos negativos em todo o mundo, principalmente por ser um fator associado à doenças não transmissíveis e câncer (CIAPPONI et al., 2014; MALTA et al., 2019a; MIRRA et al., 2016; ROCHA et al., 2010). Segundo o quarto relatório sobre as tendências globais do tabaco, estima-se que existam 1,3 bilhão de usuários de tabaco no mundo, sendo que no mesmo período em 2015 este valor era de 1,32 bilhão de pessoas (WHO, 2019a). Anualmente, cerca de 5 milhões de mortes das mortes em países em desenvolvimento estão diretamente associadas ao tabagismo (WHO, 2018b).

Estimativas apontam uma redução global onde espera-se 1,27 bilhão de tabagistas até 2025 (WHO, 2019a). Atualmente, sessenta países estão trabalhando para alcançar a meta global voluntária

visando a redução de 30% no uso do tabaco até 2025. Entre os desafios para o enfrentamento do tabagismo, o uso de cigarros eletrônicos vai em contrapartida com os movimentos globais do enfrentamento do tabagismo (DVORSKY; LANGBERG, 2019). Ressalta-se que em 2019 o número de participantes era composto apenas por 32 países demonstrando um novo perfil de interesse mundial (WHO, 2019a). Nas américas vem se observado um declínio de uso de tabaco na população com uma prevalência de 21% em 2010 e de 16% em 2020 (WHO, 2019a).

No Brasil, acredita-se que 24 milhões de pessoas são fumantes e que 16,9% da população usou tabaco pelo menos uma vez em sua vida (MIRRA et al., 2016; SANCHEZ et al., 2015). Nos últimos anos a prevalência do tabagismo tem diminuído no país em todas as faixas etárias, mas em indivíduos de 18 a 24 anos essa diminuição tem sido mais discreta quando comparada a outros grupos etários (MALTA1 et al., 2019; MESSERI et al., 2019; WHO, 2019b).

A figura 1 apresenta um comparativo entre os anos de 2013 e 2019 do uso percentual de produtos derivados do tabaco no Brasil. Os dados apontam para uma diminuição geral, mas com redução mais discreta na população entre 18 e 29 anos.

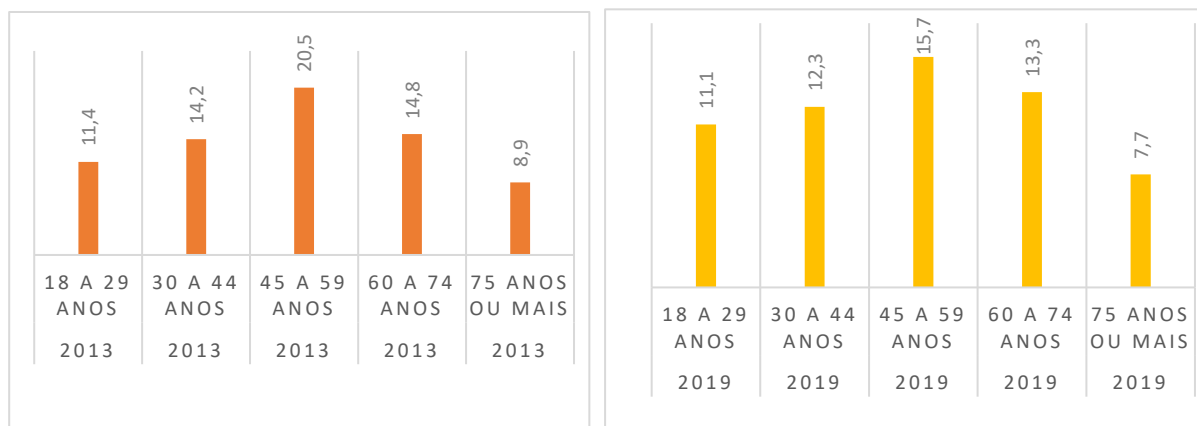


Figura 1: Uso percentual de produtos derivados de tabaco no Brasil por faixa etária no ano de 2013 e 2019. Fonte: Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 (Adaptado).

Um estudo brasileiro realizado por Malta *et al* (2014) apontou que a prevalência de tabaco entre estudantes de 16 anos ou mais foi de 5.1% com aumento proporcional ao avançar da idade. Os dados também apontaram maior prevalência de tabagismo entre pessoas pretas comparadas com as brancas ou pardas (6,1% vs. 4,8%). Também se observou maior prevalência de tabagismo em alunos de escola pública quando comparados com alunos de escola privada (5,5% vs. 3,1%). Neste estudo não foram observadas diferenças significativas entre os sexos (MALTA et al., 2014).

O Estudo ERICA, realizado com adolescentes brasileiros entre 15 a 17 anos, reportou uma prevalência de 8.5% de tabagismo entre meninos e 7.1% das meninas (FIGUEIREDO et al., 2016).

O estudo também apontou uma maior prevalência de tabagismo na região Sul do Brasil e entre aqueles que possuíam trabalho remunerado e não moravam com os pais (FIGUEIREDO et al., 2016).

Estes dados corroboram com um estudo populacional realizado no Brasil entre jovens de 18 a 24 anos. Nesse estudo foi observada uma associação com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o tabagismo, com maior prevalência entre os jovens com maior IDH. Os achados também apontam para uma maior prevalência de tabagismo entre jovens do sexo masculino, que moram sozinhos (MORAIS et al., 2022).

3.4.3 Drogas ilícitas

O uso de Drogas ilícitas é um problema social com altas taxas de prevalência ao redor do mundo (DEGENHARDT et al., 2016; PARK; KIM, 2016). O uso destas substâncias vem aumentando aumentando gradativamente dentro da população jovem, sendo a cannabis a substância mais comumente utilizada, seguida pela cocaína, o ecstasy e o LSD (HORTA et al., 2018a). Entre as faixas etárias, a população jovem apresenta maiores prevalências de uso de drogas, com uma estimativa de 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais. Há evidências de um rápido crescimento no consumo de estimulantes, especialmente em jovens com nível socioeconômico elevado (MALTA et al., 2011).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (2021), entre o período de 2010 e 2019 o consumo de drogas aumentou 22%. Além disso, de acordo com as últimas estimativas globais, cerca de 5,5% da população entre 15 e 64 anos já utilizou alguma substância psicoativas pelo menos uma vez na vida no último ano. Com base apenas nas mudanças demográficas, as projeções atuais sugerem um aumento de 11% no consumo de drogas ilícitas globalmente até 2030, principalmente, em decorrência do crescimento populacional jovem (WHO, 2021).

No Brasil, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), apontou que 3,2% dos brasileiros utilizaram drogas ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, ou seja, cerca de 4,9 milhões de pessoas. Entre os jovens, o percentual é ainda mais alto, totalizando cerca de 7,4% dos entrevistados entre 18 e 24 anos. De acordo com a Figura 2, entre as drogas apontadas como as mais prevalentes estão a maconha, a cocaína e os solventes sendo as drogas ilícitas mais utilizadas na vida com 7,7%, 3,1% e 2,8% respectivamente. Também foi observado o uso de outras drogas, com menores prevalências, como crack, LSD, heroína, *ecstasy* e medicamentos (BRASIL, 2017).

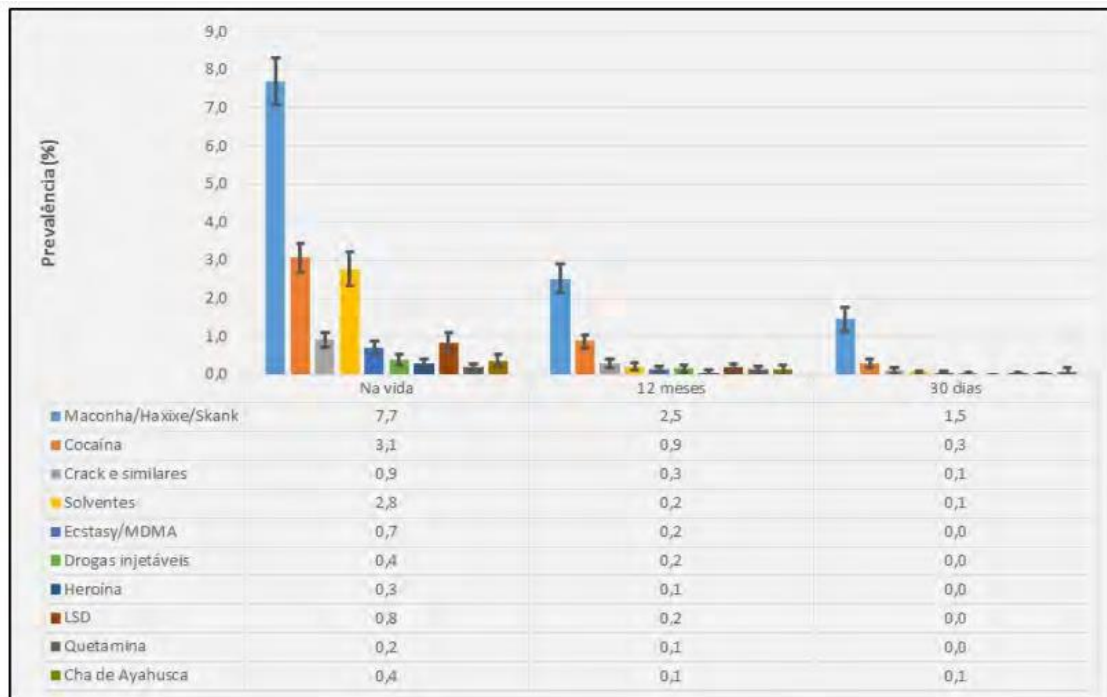


Figura 2: Prevalência de consumo de drogas ilícitas entre 12 e 65 anos na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, por tipo de substância no Brasil em 2015.

Fonte: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira (2017).

Outros estudos também avaliaram a prevalência de uso de drogas ilícitas entre os jovens brasileiros. Estudo realizado com 109.104 adolescentes registrou 7,3% de uso de substância ilícita pelo menos uma vez na vida. Esses dados corroboram com outros estudos que identificaram a prevalência de 10,9% em uma população de 3.464 adolescentes (PAZ et al., 2018) e 8,8% em um grupo de 60.973 escolares (MALTA et al., 2011). Em um estudo realizado com 101.760 estudantes brasileiros, apontou-se a prevalência do uso de drogas ilícitas, pelo menos uma vez na vida de 9,0% (IC95% 8,5 – 9,5). Nas capitais o consumo foi maior (10,4%) do que nos demais municípios (8,6%) (HORTA et al., 2018b).

Adolescentes em situações de vulnerabilidade, como aqueles que vivem em abrigos, a prevalência de uso de drogas (experimentado pelo menos uma vez na vida) foi de 27,6% entre jovens de 12 a 24 anos (GUIMARÃES et al., 2018).

3.5. Uso de drogas na população jovem e suas consequências para a saúde

O aumento do uso de drogas ilícitas entre jovens tem se tornado uma pandemia global (WHO, 2021). Apesar de não estar limitada somente aos jovens, o abuso de substância psicoativas

normalmente tem início em idade precoce e tende a ser um comportamento da vida adulta aumentando o risco de desordem de uso de drogas (MALTA et al., 2014).

O uso de drogas em idade precoce está associado à evasão escolar, acidentes de trânsito, comportamento delinquente e/ou violento, exposição a infecção sexualmente transmissível e gravidez precoce (CARNEY; MYERS, 2012). Além do mais, a população jovem vivencia um período com mais demandas estressoras, principalmente relacionadas com as demandas de saúde mental, busca por interação e exposição em redes sociais e busca afirmação e identificação em grupos (QUIROGA; VITALLE, 2013)

Entre os fatores que contribuem para o uso destas drogas por jovens e adolescentes, o livre acesso em festas e festivais, a busca por aceitação e identificação entre grupos associada à facilidade de acesso a estas drogas, são fatores que tornam este problema complexo. As demandas e os danos potenciais tornam esta prática um problema de ordem social e de saúde pública (ARRIA et al., 2017).

Transtornos mentais como depressão, ansiedade e distúrbios do sono estão diretamente associados ao uso de drogas. O uso de drogas, nestes casos, visa o alívio dos sintomas psíquicos e um bem estar imediato tornando este jovem mais vulnerável ao abuso e ao vício (SKOGEN et al., 2014). Em um estudo realizado com adolescentes de 13 a 18 anos foi observado que possuir uma desordem mental ou algum distúrbio comportamental está associado a altas taxas de uso de álcool (10,3%) e drogas ilícitas (14,9%) (CONWAY et al., 2016).

Um estudo com estudantes brasileiros apontou que não possuir amigos e sentir-se solitário aumentava o uso para drogas. A falta de rede de apoio associada à falta de comunicação tornar os jovens mais vulneráveis e abertos a criações de conexões, inclusive expondo-se a riscos para maior identificação com o grupo. O estudo também apontou que o apoio e a presença da família e amigos é um fator protetor para o uso de drogas, enquanto que a falta de apoio familiar e não possuir uma rede apoio tornam o jovem mais vulnerável ao uso de drogas (MALTA et al., 2018).

O uso contínuo de drogas está associado a problemas de saúde mental (KRUG et al., 2018; MALTA et al., 2014). Os achados de um estudo realizado em estudantes canadenses apontaram maiores taxas de ansiedade, depressão, problemas relacionados à autoestima, ideação suicida e hiperatividade em adolescentes que fazem uso de drogas ilícitas (SKOGEN et al., 2014). Estes achados corroboram com os resultados do estudo PENSE que indicam a associação entre problemas de saúde mental e o uso de drogas (MALTA et al., 2014).

Clayton *et al* (2021) apontaram maior comportamento sexual de risco em pessoas que faziam uso de drogas, os achados apontaram um menor uso de preservativo, iniciação sexual precoce e múltiplos parceiros (CLAYTON et al., 2019). O estudo realizado por Rehm *et al.*, (2012) apontou impacto do uso de álcool na incidência de HIV e outras ISTs. Este achado está relacionado

principalmente ao seu impacto na capacidade de identificação de riscos e também redução da imunidade, fator que deixa o indivíduo mais vulnerável a infecções (REHM et al., 2012).

3.6. Fatores associados ao uso de drogas

O uso e abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas está relacionado a fatores determinantes e condicionantes de saúde. Entre os fatores sociais e demográficos destaca-se o papel do gênero, a orientação sexual (com maiores prevalência de uso de substância por minorias sexuais e de gênero), a raça e a cor de pele e o nível socioeconômico e educacional. Também cabe destacar as relações e apoio familiar que influenciam diretamente, principalmente através de valores e significados atribuídos ao uso de drogas (ROSNER et al., 2021).

As diferenças de sexo representam um importante ponto a ser considerado para exposição e prevalência de uso de drogas. De acordo com os dados do III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira há uma maior prevalência de uso de drogas por homens (Figura 3). Essas diferenças se são observadas em outros estudos internacionais (GRISWOLD et al., 2018, p. 195) e nacionais (HORTA et al., 2018b; MALTA et al., 2014; VIEIRA et al., 2008).

Sexo	Na vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total	15.197	9,9	9,2	10,6	4.906	3,2	2,8	3,6	2.566	1,7	1,3	2,0
Homens	11.087	15,0	13,7	16,1	3.712	5,0	4,2	5,8	2.032	2,7	2,1	3,4
Mulheres	4.110	5,2	4,6	5,8	1.194	1,5	1,2	1,8	534	0,7	0,5	0,9

Fonte: ICICT, Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.
Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI - Limite Inferior e LS - Limite Superior).

Figura 3: Número de consumidores e prevalência de pessoas de 12 a 65 anos que consumiram alguma substância ilícita na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo sexo - Brasil, 2015. Fonte: III LNUD, 2017

Na população jovem e adolescente, a literatura traz algumas divergências sobre a prevalência de uso de substância entre os sexos. Alguns estudos apontam índices mais altos de uso de substância entre homens no Brasil (BRASIL, 2017; MALTA et al., 2014; RAPOSO et al., 2017). Em contrapartida, dados do maior estudo nacional realizado com estudantes apontaram maior risco de uso de drogas ilícitas, por mulheres (OR=1.3) (HORTA et al., 2018a)

Por questões culturais e sociais os homens representam o grupo de maior exposição e prevalência de uso de drogas. Entretanto, em mulheres, apesar da prevalência ser mais baixa, alguns estudos indicam o alto risco de desenvolver dependência e complicações relacionadas ao uso de drogas (RODRIGUES et al., 2019). A dinâmica do gênero no uso de drogas representa um alerta para a saúde pública, principalmente entre mulheres, por representarem um grupo de maior vulnerabilidade e maior exposição a discriminação e violência (MALTA et al., 2021).

A orientação sexual também é um fator que está diretamente associada ao uso de drogas (ROSNER et al., 2021). Diversos estudos tem apontado para altas taxas de uso de substância por minorias sexuais e de gênero (DEMANT et al., 2018; MAXWELL; SHAHMANESH; GAFOS, 2019). Gays, lésbicas, bissexuais e pessoas trans que utilizam drogas estão associados a maiores taxas de sexo desprotegido, multiplicidade de parceiros sexuais e altas taxas de infecção por HIV (DEMANT et al., 2018). Dados de um estudo realizado na Austrália apontou maior prevalência do uso de *Cannabis* entre de homens gays e bissexuais (22,4%) quando comparados com homens heterossexuais (12,4%) (ROXBURGH et al., 2016).

Tem-se observado um aumento gradativo e potencial do uso de drogas para potencializar o prazer durante o ato sexual, causar desinibição durante o sexo e melhorada performance sexual (MARSHAL et al., 2008; MAXWELL; SHAHMANESH; GAFOS, 2019). O uso de drogas na população LGBTQ+ também está associada às constantes violências sofridas em contextos sociais e familiares, além de alta vulnerabilidade em populações que trabalham com prostituição ou em situação de rua (BRITO et al., 2022; CARDOSO; FERRO, 2012). Há uma carência de dados sobre a prevalência do uso de drogas entre minorias sexuais adolescentes no Brasil, apesar de estudos internacionais apontarem para as altas prevalências de uso (MARSHAL et al., 2008).

A escolaridade, que possui alta associação com status econômico e social, é uma outra variável que está diretamente associada à vulnerabilidade, quanto menos anos de estudo, maior a exposição a riscos sociais como o uso de drogas, principalmente álcool, tabaco e cocaína (SILINS et al., 2015; VERMEULEN-SMIT; VERDURMEN; ENGELS, 2015). Apesar do nível de escolaridade elevado estar associado a uma maior capacidade de compreender riscos, quando aplicada à uso de drogas, essa questão parece possuir uma menor importância, principalmente por se iniciar na escola a experimentação e o início da exposição (SILINS et al., 2015).

A família é responsável por muitos processos de construção dos seres humanos, normalmente desenvolvidos pelo exemplo, conscientização e educação familiar. São nesses espaços que a construção de limites, o apoio, o afeto e a proximidade são potenciais modificadores de cenários no adolescente. Uma estrutura organizada torna o ambiente familiar seguro e protegido, além de ser um espaço de fala e exposição de medos e riscos. O apoio que este jovem vai receber dependerá do

preparo e de recursos psicológicos desenvolvidos. Contextos em que existem desarranjos da organização familiar, falhas de comunicação ou negligência no cuidado são apontados como motivadores para o uso de drogas (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; MALTA et al., 2014). As interações familiares são, muitas vezes, definidoras para o uso de drogas na adolescência e na juventude. Estudos apontam que além do risco genético aumentado do vício, quando um dos progenitores possui problemas com uso de drogas, outros fatores como o exemplo observado no domicílio também está associado ao uso (MALTA et al., 2014; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Tavares et al. (2004) apontou maiores prevalências de uso de drogas em adolescentes que relataram ter problemas com os pais, em que os pais eram separados, presença de um familiar usuário de drogas e entre aqueles que sofreram maus tratos (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004). O uso de drogas na adolescência, muitas vezes, é uma forma de chamar a atenção ou até mesmo de punir os familiares (ZAPPE; DAPPER, 2017). Mesmo com os avanços de comunicação e os alertas regulares pela mídia, ainda existe uma dificuldade de abordagem de assuntos que são considerados tabus no ambiente familiar, entre eles, o uso de drogas. Essa falta de abordagem, conscientização e educação neste contexto reflete em taxas de exposição maiores e risco aumentado para uso de drogas ilícitas (QUIROGA; VITALLE, 2013).

3.7. Riscos associados ao uso de drogas

O uso de drogas está associado a uma diversidade de agravos à saúde da população e implicações diretas na saúde pública. Como um problema coletivo, o uso de drogas é enfrentado sob a ótica da saúde como um problema latente e de difícil manejo, seja por seu caráter crônico ou pelos atravessamentos sociais e econômicos que tangem o uso de drogas. O uso de drogas na população é um problema por potencializar riscos sociais, ocupacionais, familiares, físicos e legais. Cada agravo está relacionado com o tipo, o tempo e a quantidade de substância consumida pelo indivíduo (CLAYTON et al., 2019).

Entre as drogas lícitas, o uso crônico de cigarro, está diretamente associado a maior probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e câncer. O uso álcool e/ou outras drogas ilícitas estão associados, direta ou indiretamente, a um estado de baixa consciência tornando o indivíduo mais vulnerável frente a situações de risco aumentado (WHO, 2019).

O álcool, além dos danos causados pelo uso crônico, está associado a altas taxas de morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo. No ano de 2016, o uso desta substância estava associado a 3 milhões de mortes, dos quais, grande parte representado pela população jovem (WHO,

2018). A OMS ressalta, entretanto, que houve uma diminuição no nível global de mortes e morbidade atribuíveis ao álcool, porém a carga global de doenças ocasionadas pelo álcool ainda é significativa (WHO, 2018).

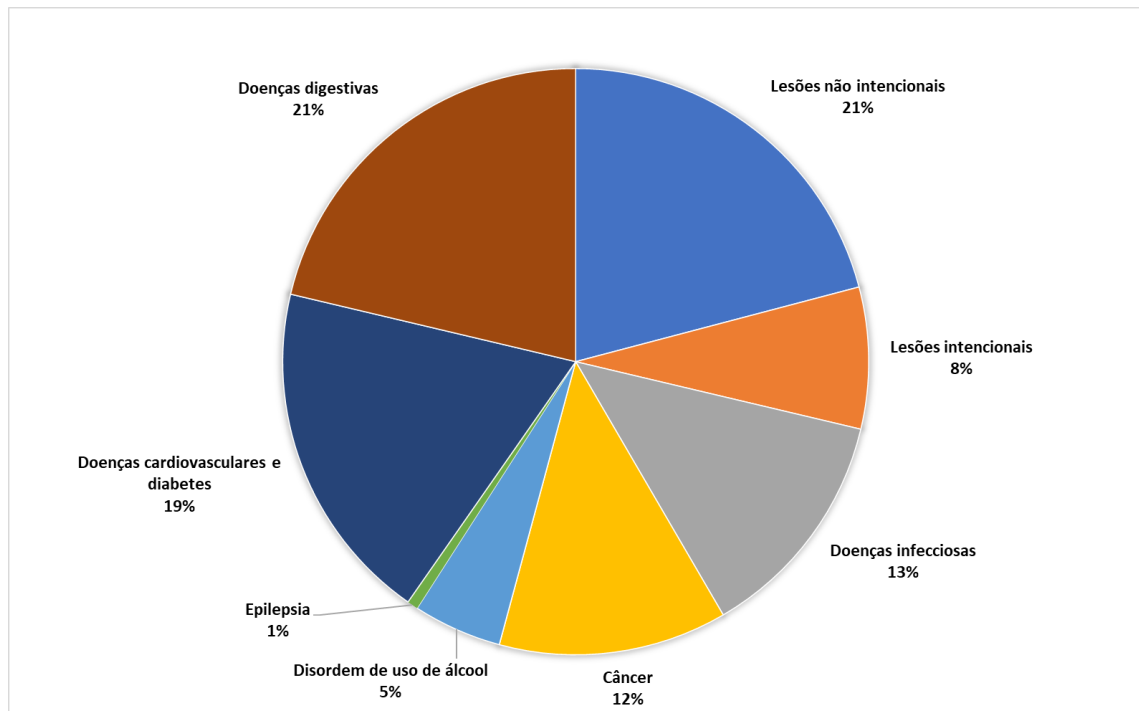


Figura 4: Porcentagem (%) de mortes atribuíveis ao álcool, por categoria de doença, 2016 (WHO, 2018a) - Adaptado

A Figura 4 aponta as principais causas de morte associadas ao uso de álcool de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em todo o mundo. De acordo com estes dados 3 milhões de mortes foram atribuíveis ao uso de álcool no ano de 2016 e foram individualmente as taxas de mortalidade por doenças digestivas (21%), lesões não intencionais (21%) e mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes (19%) (WHO, 2018a).

3.7.1. Acidentes de trânsito

O uso de drogas causam prejuízos neuropsicológicos imediatos que comprometem a capacidade de condução de um veículo (NETO et al., 2013; PONCE; LEYTON, 2008). Os efeitos das drogas na alteração do estado de consciência dos indivíduos representam um dos maiores riscos à saúde individual e coletiva. No trânsito, estes efeitos representam um risco maior, principalmente pela incapacidade de controle ativo e de maior exposição a agravantes que podem resultar em

acidentes e mortes. No Brasil, os acidentes de trânsito representam a segunda maior causa de mortalidade por causas externas, principalmente entre pessoas jovens. Apesar da legislação e fiscalização apresentarem maior rigor, os dados ainda são alarmantes. Um estudo realizado com caminhoneiros brasileiros apontou que 67,3% das pessoas avaliadas fizeram uso de álcool e 54,6% relataram associação de álcool e com outras drogas (LEOPOLDO; LEYTON; OLIVEIRA, 2015).

Estima-se que 70% dos acidentes de trânsito e eventos violentos estão associados ao uso de álcool (PONCE; LEYTON, 2008). Em termos absolutos, a OMS estima que cerca de 1,35 milhão de pessoas morrem a cada ano em acidentes de trânsito em todo o mundo. Desse total, cerca de 390 mil mortes são atribuídas ao consumo de álcool. Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um relatório sobre a situação global de segurança no trânsito, que apontou que, em média, 29% das mortes por acidentes de trânsito no mundo são atribuídas ao consumo de álcool. No entanto, essa proporção varia muito de acordo com a região e o país.

No Brasil, o Ministério da Saúde divulgou em 2021 dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes a 2019, que indicam que 12,6% das mortes no trânsito foram causadas por consumo de álcool. Além disso, estudos apontam que o risco de morte em acidentes de trânsito aumenta significativamente com o consumo de álcool. Segundo a OMS, o risco de um acidente fatal é cerca de sete vezes maior para condutores com níveis de álcool no sangue entre 0,05 e 0,08 g/dL do que para condutores sem álcool no sangue. Quando o nível de álcool no sangue é superior a 0,08 g/dL, o risco aumenta ainda mais. A Figura 5 apresenta as estimativas de mortes atribuídas a acidentes de trânsito relacionadas ao uso de álcool no ano de 2016 em diferentes países (WHO, 2018a).

País	Número de mortes por ano atribuídas ao álcool	Porcentagem de mortes em acidentes de trânsito atribuídas ao álcool
Brasil	9.053	30%
Estados Unidos	10.511	28%
Canadá	1.841	34%
Reino Unido	240	16%
França	1.077	23%
Alemanha	3.046	12%
Austrália	258	18%
Japão	174	10%
Coreia do Sul	1.829	27%

Figura 5: Estimativas de mortes por acidentes de trânsito atribuídas ao uso de álcool em diferentes países |Adaptado de (OMS, 2018)

O Código de Trânsito Brasileiro aplicou a Lei nº 12.760 de 2008, conhecida como lei seca com o objetivo de penalizar a população que que dirigia sob efeito de álcool, visando acompanhar às tendências mundiais de controle de embriaguez no trânsito. Em dezembro de 2017 uma nova lei foi sancionada ultrapassando a legislação até então vigente com uma penalidade mais rigorosa. Apesar da relevância, os impactos dessa lei foram desproporcionais no país sendo observada uma diminuição significativa da mortalidade apenas nos estados de Santa Catarina e Distrito Federal (NUNES; MURTA-NASCIMENTO; LIMA, 2021).

Apesar de existir uma legislação bem definida para o controle do uso de álcool no trânsito, ainda não existem regulamentações claras sobre as drogas ilícitas e trânsito, fator que dificulta o controle e fiscalização efetivas. Alguns estudos foram realizados em públicos específicos como motoristas de caminhão e motoristas de ônibus que refletem sobre como estes profissionais estão susceptíveis ao uso de psicotrópicos, principalmente como um escape para o estresse (BARBOSA et al., 2018; LEOPOLDO; LEYTON; OLIVEIRA, 2015) .

3.7.2. Exposição sexual

O uso de drogas está relacionado ao comportamento sexual de risco que é representado por múltiplas parcerias, sexo sem proteção e troca de sexo por drogas ou dinheiro (PINTO et al., 2007). Entre os principais riscos dessa exposição destaca-se o risco de exposição a ISTs, gravidez não planejada e exposição a violência sexual.

A associação entre o uso de drogas e a exposição sexual é complexa, podendo afetar a capacidade de escolha da parceria sexual e a capacidade de decisão sobre o sexo protegido, além da multiplicidade de parcerias sexuais (WHO, 2018a). As drogas exacerbam os comportamentos sexuais de risco e aumentam a probabilidade da ocorrência de relações sexuais sem preservativo com parceiros não estáveis, aumentando a exposição às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e relações não consensuais (BERRY; JOHNSON, 2018; REHM et al., 2012). Estudos tem apontado um aumento das infecções por HIV principalmente em grupos que praticam o “*chemsex*” ou sexo associado a drogas (BERRY; JOHNSON, 2018; MAXWELL; SHAHMANESH; GAFOS, 2019). As mulheres representam um grupo de risco secundário, onde o parceiro, sob uso de drogas tem potencial risco de submeter a mulher a violência sexual e sexo desprotegido (WHO, 2018a).

Um estudo realizado com 5.981 estudantes da rede pública de Minas Gerais constatou que 71,1% dos participantes referiram uso regular de preservativo entre aqueles que não faziam uso de drogas, enquanto que este valor foi de 55,7% entre aqueles que referiam ter utilizado alguma

substância. O estudo apontou também que tanto em relações com parceiros casuais ou fixos, os jovens que faziam uso de drogas apresentavam menor frequência de uso de preservativos quando comparados com aqueles que não utilizavam drogas (BERTONI et al., 2009). Estes dados corroboram com outros estudos que apontaram maior prática de sexo desprotegido e menor capacidade de decisão entre adolescentes e jovens que faziam uso de drogas (ANDERSON; MUELLER, 2008; MORADMAND-BADIE et al., 2020)

3.7.4. Violência

O uso de drogas também está associado a eventos violentos. A violência pode ser entendida como ameaça ou uso real da força ou poder, com potencial de causar danos físicos, óbitos, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A natureza da violência pode ser física, sexual, psicológica ou negligência. Entre adolescentes, as causas externas representam o maior impacto para esta população, com tendência a crescimento. Estudo realizado entre estudantes apontou que 1 em cada 5 adolescentes entrevistados relataram ter sido vítimas de violência em algum momento de suas vidas (ROMEIRO et al., 2021).

O consumo de álcool e drogas ilícitas representam um fator de risco para a violência entre jovens e adolescentes. Principalmente entre aqueles em que os pais não são presentes e entre adolescentes do sexo masculino. Também foi observada associação entre uso de drogas e ter sofrido violência física ou *bullying* (ANDRADE et al., 2012) e associação do consumo de drogas lícitas e ilícitas com eventos violentos entre os estudantes (ROMEIRO et al., 2021).

Resultados de um estudo realizado com 8.091 indivíduos vítimas de homicídio examinadas pós morte apontaram que 25,1% dos examinados utilizaram cocaína/crack e cannabis e 21,3% consumiram álcool. Apesar de ser um assunto complexo, sabe-se que o uso de substância pode estar relacionado com desfechos violentos (DRUMOND; SOUZA; HANG-COSTA, 2015). Estes dados corroboram com um estudo realizado por Andreuccetti *et al.*, (2018) que avaliou 365 casos de vítimas fatais por algum tipo de lesão, indicando que cerca de 59,6% das vítimas possuíam alguma substância psicoativa no sangue, sendo que 16,3% apresentaram álcool e cocaína juntos. Nos casos de suicídio, 9,1% do indivíduos haviam ingerido álcool (ANDREUC CETTI et al., 2018).

Um estudo realizado com adolescentes americanos apontou que indivíduos que fazem uso pesado de drogas possuem até três vezes mais chances de se envolver em uma briga ou utilizar uma arma. O estudo também apontou que estes jovens estão 14 vezes mais propensos a ser vítimas de violência sexual e de encontros violentos (KEDIA et al., 2021). Em consenso com esse achado,

Vermeiren *et al.* (2003) apontaram um aumento do uso de tabaco, álcool, maconha e outras drogas em adolescentes de 14 a 17 anos que foram expostos a algum tipo de violência. Esses achados indicam uma maior fragilidade física e psicológica associada a eventos violentos (VERMEIREN *et al.*, 2003).

3.8. Fatores biológicos, ambientais e psicológicos associados ao uso de substância

O uso de drogas lícitas e ilícitas envolve uma diversidade de fatores que podem contribuir para o uso, o abuso e o vício. Por ser um fenômeno complexo, o entendimento de variáveis específicas auxilia na compreensão das dimensões desse problema. Fatores biológicos como propensão genética, transtornos mentais e fatores ambientais podem ser determinantes para a experimentação e para o tempo de uso, além de também estar associado com o grau de dano causado por estas substâncias. A caracterização do problema e a identificação das variáveis envolvidas no uso de drogas precisa estar entre uma das prioridades de saúde pública para enfrentamento deste problema.

3.8.1. Marcadores genéticos do abuso e ou dependência de drogas

Independentemente do tipo de droga utilizada, os estudos neuroquímicos apontam o potencial viciante de todas as drogas, principalmente por atuar nos centros de gratificação através do aumento de produção de dopamina. A exposição crônica, normalmente iniciada na adolescência tende a causar adaptações de ordem bioquímica, fisiológica e estrutural (MADSEN; BROWN; LAWRENCE, 2012).

O início do abuso/dependência de drogas são diversos, já que compreendem rotas específicas para cada substância, embora exista um caminho em comum para todas as drogas. Estudos neurofisiológicos e genéticos apontam para genes que contribuem tanto para a susceptibilidade ao vício quanto à resposta ao tratamento da dependência. Apesar de vários estudos ainda estarem avançando sobre genes específicos associados ao uso de drogas, sabe-se que a identificação de marcadores genéticos é um avanço na adoção de medidas preventivas e terapêuticas efetivas (ISAZA *et al.*, 2013)

Diversos fatores genéticos estão associados ao abuso ou dependência de álcool e drogas como apontado em descobertas recentes da biologia molecular indicando genes específicos para o tabagismo, álcool e para drogas ilícitas com efeitos codificantes nos tecidos cerebrais em áreas associadas à dependência (HANCOCK *et al.*, 2018). Ademais, existem evidências preliminares que indicam um papel para outros genes do sistema dopaminérgico, serotoninérgico, gabaérgico e opióide

que, atuando em conjunto, podem elevar a suscetibilidade individual de seus portadores às dependências.

Os estudos moleculares apontam também para a transmissão genética (mediada por características de personalidade e diferentes reações individuais aos efeitos das drogas) de variações no balanço de sistemas de neurotransmissão e de metabolização bioquímica de drogas. A ação do meio ambiente sobre estas condições biológicas produz a expressão do fenótipo (HANCOCK et al., 2018; RUIZ CONTRERAS et al., 2010).

É importante destacar que os limites fenotípicos alinhados a mecanismos de transmissão hereditária indicam o abuso ou dependência de drogas como resultante de uma complexa interação de fatores genéticos, psicossociais e culturais, que são melhores compreendidos dentro de um modelo de desenvolvimento de psicopatologia (ISAZA et al., 2013; RUIZ CONTRERAS et al., 2010).

3.8.2. Contextos familiares

O uso de drogas também sofre influências diretas e/ou indiretas do contexto familiar. Seja pela permissibilidade, pelo exemplo e até mesmo como uma forma de protesto em ambientes familiares proibitivos. Muitas vezes o uso de drogas pode ser analisado como um sintoma familiar, principalmente entre jovens e adolescentes, sendo uma forma denunciar a falha no sistema e indicar mudanças no seu comportamento com o jovem (ZAPPE; DAPPER, 2017).

Diversos estudos têm apontado maiores taxas de uso de drogas entre jovens em que os pais são usuários. Podendo este ser considerado um fator preditor para o vício, fator agravado entre adolescentes que abandonam os estudos (SRIVASTAVA et al., 2021). Entre os fatores de risco ao uso abusivo de drogas pelos adolescentes e jovens em que os pais são usuários, a não integração às atividades escolares, a desestrutura familiar, a violência doméstica, a pressão de grupo e a necessidade de integração social, a busca pela autoestima e pela independência familiar também devem ser considerados (MALTA et al., 2014, 2019b; ZAPPE; DAPPER, 2017).

Fatores indiretos dentro do contexto familiar também podem estar associados à busca pelo uso de drogas e a dependência entre adolescentes. A insatisfação, dificuldade de enfrentamento de problemas latentes com auxílio dos pais ou responsáveis, falta de apoio e auxílio na tomada de decisões e a falta de participação da vida do adolescente são elementos que podem causar desordens como depressão, isolamento, solidão e estresse. A falta de comunicação associada a estas questões tornam o adolescente mais vulnerável ao uso de substância e ao vício, na busca por encontrar soluções rápidas para os danos emocionais vividos (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; MALTA et al., 2019b).

3.8.3. População em situação de rua

Estima-se que 35,5% da população em situação de rua do país são usuários de drogas e 28% informam já ter passado por alguma clínica de recuperação para dependentes químicos (BANDEIRA, 2014). Grupos de maior vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua, também representam um grande problema de saúde pública, por estar associado à altas taxas de doenças infecciosas e transmissíveis e abuso de álcool e crack. Essa população se destaca pela dificuldade de controle, acesso à saúde e maior exposição sexual pela violência e/ou prostituição (TUCKER et al., 2012).

Etchepare et al., (2011) apontaram que cerca de 52,5% dos indivíduos que vivem em situação de rua fazem uso de drogas ilícitas. Dos 295 entrevistados, 65,8% relataram possuir relações sexuais com pessoas desconhecidas e 60,9% relataram uso inconsistente de preservativos sob efeito de drogas (ETCHEPARE et al., 2011). De acordo com Bandeira (2014) cerca de metade dos usuários os usuários de crack vivem em situação de rua, fator que indica alta vulnerabilidade ao comportamento sexual de risco. Além do mais, as altas taxas de HIV e a baixa adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e associação com outras doenças como tuberculose potencializam a vulnerabilidade deste grupo. Estes dados concordam com um estudo realizado por Giacomozzi et al. (2012), na cidade de Porto Alegre, apontou que das 161 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistadas, 33,7% mantiveram relações sexuais desprotegidas sob efeito de drogas (GIACOMOZZI et al., 2012).

Collins et al., (2013), aponta o uso de drogas como uma das principais razões para sua perda de moradia e permanência na rua (COLLINS; MALONE; CLIFASEFI, 2013). Da mesma forma, pessoas que dependem de programas de moradia, ou que não têm moradia estável apresentam maior índice de abuso e/ou dependência de drogas lícitas e/ou ilícitas, o que pode levar a problemas judiciais e gerar relações problemáticas com familiares e amigos, fator que afeta sua capacidade de garantir a habitação (GABRIELIAN et al., 2015).

3.8.4. A saúde mental e o uso de drogas

As intensas transformações físicas, sociais e familiares experimentadas na adolescência geram em muitos adolescentes a internalização de problemas como ansiedade, irritabilidade e depressão. Indivíduos que experimentam quadros ansiosos, depressivos e crises de pânico neste período possuem maior propensão à busca de mecanismos para redução ou fuga destes sintomas, entre eles o uso de álcool e drogas ilícitas (OHANNESSIAN, 2014).

Estudos realizados mundialmente, têm demonstrado que há uma tendência entre indivíduos que apresentam algum tipo de transtorno mental a uso de drogas (ORSOLINI et al., 2019). Um estudo

realizado com 10.123 adolescentes entre 13 a 18 anos nos Estados Unidos, apontou altas taxas de uso álcool (10,3%) e drogas ilícitas (14,9%) em adolescentes com desordens mentais. Nesse estudo também foram observadas taxas mais altas entre aqueles que possuíam desordens de ansiedade (17,3% de usuários de álcool e 20% de drogas ilícitas). Além do mais, esses adolescentes possuíam risco aumentado para experimentar drogas e desenvolver uma relação problemática com essas substâncias (CONWAY et al., 2016).

No Brasil, estudo realizado com estudantes apontou alto risco para uso de drogas em adolescentes com questões de saúde mental como insônia e solidão, fatores que estão relacionados ao isolamento social e sofrimento nessa fase da vida (MALTA et al., 2014, 2018). Esses dados corroboram com outros estudos, apontando maior risco ao uso de drogas entre adolescentes com sintomas de depressão, ansiedade e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (OHANNESSIAN, 2014; SKOGEN et al., 2014).

3.9. Políticas públicas de saúde relacionadas ao uso de drogas

O uso de drogas não é um fenômeno novo nem atual, acompanhando a evolução da sociedade. Considerando relatos históricos desde os primórdios da humanidade tais práticas estavam presentes em diferentes momentos e celebrações. A modernização da produção de drogas após a revolução industrial desencadeou a problematização sobre os limites de uso e abuso, abrangendo setores religioso, jurídicos e de saúde. Dentro deste contexto, o proibicionismo passou a ser a principal vertente no enfrentamento ao uso dessas drogas. As bases desses controles passaram a ser pautadas dentro de modelos morais, criminais e patológicos (GOMES-MEDEIROS et al., 2019; MACHADO; BOARINI, 2013).

A criminalização do uso de drogas é um grande problema mundial, uma vez que o controle e a clandestinidade no uso e comercialização dessas drogas possuem potencial dano individual e coletivo. A população jovem, especialmente os de nível socioeconômico mais baixo, passaram a ser alvos diretos do tráfico, além de estarem mais expostos a situações de violência e morte associadas ao tráfico de drogas (GOMES-MEDEIROS et al., 2019; SCHAEFER et al., 2018).

As políticas públicas são pautadas em duas vertentes, a redução da oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa no controle do tráfico. Para a segunda, a operação substancial ocorre por meio de do afastamento do usuário do agente indutor, seja por meio de tratamento individualizado para indivíduos adictos ou

pela conscientização para o não uso de drogas (SANTOS, 2013).

As ações de enfrentamento ao uso de drogas, guiadas principalmente pelos Estados Unidos, culminaram em sanções penais e criminais ao redor do mundo. No Brasil, os limites para o uso de álcool, apesar da sua boa tolerância social, foram bem descritos e aplicados em legislação específica. A criminalização das drogas ilícitas ocorreu através da lei 6.368 de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de drogas entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. A legislação tomou força em uma concepção médico-psiquiátrica, além de ganhar um reforço moral dentro da população (GOMES-MEDEIROS et al., 2019; SANTOS, 2013).

No Brasil, existem mecanismos legais rigorosos no que diz respeito ao uso de álcool. O Programa Vida no Trânsito, através da lei seca (Lei n. 12,760/2012) foi um importante avanço na busca por reduzir os danos causados pelo uso de bebidas alcoólicas ao dirigir (SILVEIRA E SOUZA, 2015). Outro mecanismo de controle é a lei Nº 13.106/16 que tornou crime vender, fornecer, server, ministrar ou entregar bebidas alcoólicas para menores de 18 anos. Apesar destes recursos legais, ainda observam-se altas taxas de uso de álcool entre adolescentes e um grande impacto na morbidade e mortalidade por uso de drogas (MALTA et al., 2021; NUNES; MURTA-NASCIMENTO; LIMA, 2021; RAPOSO et al., 2017).

As políticas de saúde dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem estar inseridas nas diretrizes políticas específicas para a atenção destes indivíduos e estar em conformidade com os princípios da política de saúde mental vigente, preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, constituiu-se o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, pautado na assistência integral ao indivíduo.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental fomentou a publicação de portarias visando a estruturação de rede de atenção específica para a organização de serviços que prestem assistência em saúde mental. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados, entre eles os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPad), voltado para o atendimento aos usuários de álcool e drogas. Esse programa apresenta ações em todos os níveis de atenção em saúde, um ponto de atenção especializada à rede psicossocial destinado a realizar atendimento integral e equânime à população com problemas relacionados ao consumo de drogas (LARENTIS; MAGGI, 2012).

A capacitação de profissionais que atuam diretamente com pessoas usuárias de drogas psicoativas é uma demanda constante do Ministério da Saúde, assim o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS foi desenvolvido, capacitando não apenas os profissionais que atuam nos CAPSad, como

também os que atuam nas demais unidades assistenciais, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool (BATISTA et al., 2019).

3.10. Redução de danos

Ações que compreendiam os danos causados por comportamentos de risco para a saúde pública foram construídas no âmbito de amenizar ou controlar esses danos de forma individual e coletiva. As ações de redução de danos foram de grande necessidade, principalmente com o advento do vírus do HIV na década de 80 e às altas taxas de infecção por compartilhamento de seringas em usuários de drogas injetáveis (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017). O ato de propor ou operacionalizar a troca de seringas reduzia os riscos de aquisição de doenças infecciosas e indiretamente contribuía como uma política pública de saúde (PASSOS; SOUZA, 2011). Desde então, essa abordagem tem se desenvolvido e se expandido, sendo adotada em diversos países como uma estratégia eficaz para minimizar os danos associados ao uso de drogas.

A redução de danos é uma abordagem que visa reduzir os efeitos negativos do uso de drogas, sem necessariamente exigir a cessação completa do uso. Essa prática se baseia em quatro princípios fundamentais: respeito à autonomia do usuário, priorização da saúde e bem-estar do usuário, redução do estigma e da discriminação e promoção da equidade social (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017).

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (IRHA), é uma prática que contém um conjunto de políticas e medidas, com finalidade de redução dos danos associados ao consumo de drogas em pessoas que não podem ou não querem parar de usá-las. Essas medidas são pautadas na prevenção aos danos e redução de agravos em indivíduos que usam drogas. Diante disso, a política busca reconhecer o usuário em suas singularidades e traçar estratégias voltadas não para a melhora de sua qualidade de vida ou evitar riscos potenciais (GOMES; VECCHIA, 2018).

A Redução de Danos é proposta dentro da política brasileira sobre drogas considerando as importantes demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas, com medidas preventivas e promotoras de saúde e adoção de terapêuticas que complementam as falhas do sistema relacionadas ao uso de drogas. Essa ferramenta é fundamental para a atenção psicossocial proposta pelo Ministério da Saúde, uma vez que são elaboradas estratégias para minimizar os riscos causados pelo uso abusivo ou inadequado destas substâncias (BATISTA et al., 2019).

A política de redução de danos busca elaborar um debate público em várias instâncias de modo

a viabilizar o controle riscos potenciais à saúde e relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas. Entre as abordagens são propostas ações como a destinação de impostos sobre bebidas alcoólicas para o custeio da assistência e prevenção dos problemas relacionados ao uso do álcool (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017; MACHADO; BOARINI, 2013).

Entre as maiores dificuldades encontradas na aplicabilidade da política de redução de danos no país, destaca-se a falta de preparo dos profissionais em compreender as dinâmicas relacionadas ao uso de drogas. A não-compreensão por parte dos profissionais da saúde, frequentemente apontada pelos usuários, provoca respostas pouco acolhedoras, o que dificulta a motivação, e aderência a qualquer proposta de cuidados. Aponta-se, ainda, como limitante do atendimento a pacientes adictos a desresponsabilização sobre o diagnóstico e tratamento da dependência associado ao estigma, exclusão e preconceito (CORRIGAN et al., 2014; SANTOS et al., 2021).

De acordo com a política de redução de danos é de responsabilidade do território intervir na construção de redes de suporte social, visando desenvolver a autonomia dos usuários e seus familiares, se valendo de recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o eixo de ação pode articulados com outros pontos da rede, como a educação, assistência social, saúde e família. na promoção social de modo a construir atividades contínuas e efetivas (MACHADO; BOARINI, 2013).

4. ARTIGOS

4.1. A cross-sectional evaluation of cigarette smoking in the Brazilian youth population

Front. Public Health, 04 November 2021
Sec. Life-Course Epidemiology and Social Inequalities in Health
Volume 9 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.614592>

Emerson Silveira de Brito^{1,2}; Marina Bessel¹; Thayane Martins Dornelles¹; Flavia Moreno³; Gerson Pereira³; Eliana Márcia Wendland^{1,2}

1. Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.
2. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.
3. Department of Chronic Diseases Conditions and Sexually Transmitted Diseases, Ministry of Health, Brasilia, Brazil.

Correspondence:

Emerson Silveira de Brito
emerson.brito@hmv.org.br

Keywords: young population, cigarette smoking, smoking pattern, tobacco smoking, smoking.

ABSTRACT

Introduction: The transition from adolescence to adulthood involves a variety of physical, behavioral, and social transformations, often including tobacco use. Because understanding smoking at this stage is important for tobacco control, we aimed to analyze the prevalence of cigarette smoking in a Brazilian youth population.

Methods: This study included participants aged 16 to 25 years from all Brazilian capitals. A standardized questionnaire was administered by trained healthcare professionals to collect information about sociodemographic status, sexual behavior, and tobacco use. The samples from each capital were weighted by age range and sex.

Results: Of the 8,581 participants, 15.1% were current smokers, 20.0% were former smokers, and the average age at first tobacco use was 15.5 years. The prevalence of smoking in men was higher than that in women (20.1% vs. 10.3%, $p < 0.01$). Education level was inversely associated with current smoking and directly associated with former smoking. Participants with an elementary education level had a higher smoking prevalence than those with a secondary education and those who had graduated from college (25.7% vs. 13.6%, and 7.4% $p < 0.01$). Those without current partners also had a higher prevalence of smoking than those with partners (18.3% vs. 14.1%, $p = 0.03$), and participants who had a previous same-sex sexual experience smoked more than those who had not (30.5% vs. 12.5%, $p < 0.01$). In addition, regular use of alcohol was associated with cigarette smoking; the smoking prevalence was higher among those who consumed alcohol regularly than among those who consumed alcohol occasionally and those who did not consume alcohol (28.1%, 9.4%, and 3.8% $p < 0.01$). Skin color and socioeconomic class did not exhibit significant relationships with tobacco use patterns.

Conclusions: Smoking was associated with education level regardless of social class, and some specific behaviors associated with a same-sex sexual experience were associated with a higher prevalence of smoking. These findings are important for formulating policies and directing actions to combat and prevent smoking among young populations.

1 INTRODUCTION

Cigarette smoking, which is the most common form of tobacco use (1), has negative impacts on health worldwide due to its association with chronic noncommunicable diseases and cancer (2–5). It is estimated that 1.3 billion people are active smokers worldwide (6). Every year, five million deaths due to smoking-related diseases occur in low- and middle-income countries (7). In Brazil, it is estimated that 24 million people smoke and that 16.9% of the population has used tobacco at least once in their lives (4,8). In the last ten years, the prevalence of smoking has decreased in all groups in Brazil except among individuals aged 18 to 24 years (9,10).

The transition from adolescence to adulthood involves a variety of physical, behavioral, and social transformations, including tobacco use (11,12). Licit drugs, such as tobacco, have high rates of use across the globe and are usually the second substance that adolescents and adults try due to curiosity, a wish to be accepted in a group, or a desire to rebel (8,9,13–15). Individual factors such as sex, age, education level, wellness, and the consumption of other substances, such as alcohol and illicit drugs, are related to tobacco use (16,17). Other factors associated with smoking have also been identified, such as early sexual initiation, suicidal ideation, the absence of ties to religion, exposure to smoking products via parents, difficulty sleeping, absence of close friends, and the experience of family violence (18–20). Additionally, family, culture, and geographic location affect tobacco use (21,22).

Smoking at an early age makes it difficult to stop smoking in adulthood (23,24). However, for those who quit using tobacco before the age of 30 years, many of the negative consequences of tobacco use are reduced (14). While smoking among young people is a problem in all social groups, the lack of current data from various populations also remains a major problem (25,26). Cigarette use among young people is a health-related behavior that can persist into adulthood (27–29). Therefore, understanding smoking behavior during the transition to adulthood is important for tobacco control at this stage. Thus, this study aimed to analyze cigarette smoking and its associated factors among the youth population of Brazil.

2 MATERIALS AND METHODS

This was a multicenter, cross-sectional study that assessed the prevalence of human papillomavirus (HPV) and other behaviors, including tobacco use (POP-Brazil study), in the capitals of all 26 Brazilian states plus the Federal District (30). The study, which included participants aged 16 to 25 years from 119 primary health units, was conducted by trained health professionals and took place between September 2016 and December 2017. The research methods consisted of the application of a standardized questionnaire based on validated instruments that appraised sociodemographic variables, smoking, alcohol consumption, other drug consumption status, and sexual and reproductive health data.

All participants in the target age range who lived in the areas of the primary health units were invited to participate. Although we used a convenience sampling method to select participants, different approaches were used to minimize selection bias. We invited participants from a list of all patients living in the primary healthcare area, those who responded to invitations in schools, those who responded to invitations in communities made by community health agents, and individuals who sought care or were accompanying people seeking care at the primary health care units. All

professionals included in the data collection process were personally trained by the study research group. Training topics included recruitment techniques, requests for consent, and interview methods. Data collection was conducted by trained professionals who asked the questions and entered the responses into the data system that was designed specifically for the study. The interview lasted approximately 40 minutes. A pilot study was conducted from September 2016 to December 2016 in two Brazilian capitals, including 217 participants, to adjust the instruments and logistics.

All respondents participated in a standardized interview that collected data on their age, sex, self-declared race/skin color, household characteristics, relationship status (without a partner: single or with a partner: dating, married, living with a partner), education level (low education: complete or incomplete elementary school, middle education: complete or incomplete secondary school, and high: incomplete college to graduation), number of children (only for women), occupational status, household income in the previous month, and same-sex experience ("Have you had a same-sex sexual experience in the past 12 months?" (31,32). Participants who did not report having had sexual intercourse in the last 12 months were excluded from the analysis of this variable. The socioeconomic class was defined using the Brazilian Criteria of Economic Classifications, which is based on asset ownership (33). Smoking was defined as regular cigarette use in the past year (daily current smoking or nondaily current smoking vs. no smoking). Participants were also asked about their current and past smoking habits ("Do you currently smoke cigarettes?", "Have you smoked cigarettes in the past?", "How many cigarettes do you smoke per day and week?", "How old were you when you started smoking?"). Self-reported alcohol intake was evaluated (regular use: daily, more than once per week, 2-3 times per month; occasional use: a few times per year or once per year; and no alcohol consumption).

The study was conducted according to the regulations of the Brazilian legislation (CNS 466/2012), and the protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Moinhos de Vento Hospital (number 1607032) and all coparticipating institutions. All participants provided written consent after being informed of the study procedures.

Regarding the calculation of the sample size, differences of 5% were considered in the regions where HPV was relevant and exhibited a power of 80 and an alpha error of 5% for women, using a 30% estimate for the prevalence of HPV in Brazil. Thus, 7,935 individuals were required, i.e., 1,587 participants from each of the five regions of Brazil, to maximize diversity in the less populated areas and standardization during the analyses (30). Of the eligible participants, 99.08% agreed to participate in the study, and the percentage response rate was 99.9%, resulting in 8,581 subjects.

The selection of the variables was based on the literature (31–33), and the estimates were adjusted for all variables presented in the table. Descriptive statistics were performed, and associations were analyzed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test for categorical variables. Furthermore, Poisson multivariate regression with robust variance was performed based on a hierarchical model. To adjust the distribution of the sample to the study population, we weighted the measures based on the size of the population in each capital and sex. Finally, a statistical analysis was performed using SAS software V.9.4 (Statistical Analysis System, SAS Institute), and a statistical significance level of 5% was adopted. The answer "I do not know" was considered a missing value. The raw data supporting the conclusions of this study will be made available by the authors without undue reservation.

3 RESULTS

In all, 8,581 participants (50.8% female) were surveyed. Among them, 15.1% were current smokers, and 20.0% were former smokers. The mean age at first tobacco use was 15.5 (95% CI 15.20-15.74) years. The majority of smokers smoked fewer than 20 cigarettes per day (80.9%). Among the current smokers, 65.2% smoked cigarettes daily, and the mean number of cigarettes smoked was 10.3 per day (95% CI 9.0 to 11.5), which was higher than 7.4 per week smoked by nondaily current smokers

(95% CI; 5.6 to 9.2). Sex differences were observed in socioeconomic status, education level, having a partner, same-sex sexual experience, and alcohol use ($p < 0.01$) (Table 1). The prevalence of smoking was higher in the southern region of Brazil and higher among people with lower education levels, people without partners, women without children, people with a same-sex sexual experiences, and people who consumed alcohol regularly (Table 2). There were no statistically significant differences in self-declared skin color/race or socioeconomic status. While there was a decreased frequency of daily smoking according to education level, nondaily current smokers exhibited the opposite pattern (p -value < 0.01) (Figure 1).

A multivariate analysis was performed to verify the variables associated with smoking status and showed that the frequency of current smoking was lower for females (0.46; 95% CI 0.39-0.54), higher for those who had had a same-sex sexual experience (2.29; 95% CI 1.78-2.96), and higher for those who consumed alcohol in all models for both current (5.65; 95% CI 4.03-7.90) and former smokers (3.83; 95% CI 2.88-5.09) (Table 3). Moreover, current smoking was inversely associated with education level (elementary 5.84; 95% CI 4.29-7.95; secondary 2.19; 95% CI 1.63-2.93). Those who did not have a partner were relatively more likely to be current smokers (1.27; 95% CI 1.03; 1.56) but not former smokers (1.03; 95% CI 0.85-1.24). In the fully adjusted analysis, the northern region exhibited a higher prevalence of former smoking than did the northeastern, midwestern, and southeastern regions. In general, in the multivariate model, when the behavioral variable was included in the model (fully adjusted model), there was a decrease in the magnitude or even the disappearance of the significance of the estimates, except for education level, which showed an increase in the magnitude of effect. Finally, it was determined that age, skin color, and social class were not associated with either current or former smoking.

4 DISCUSSION

We evaluated the smoking habits in a large, nationwide, young population in Brazil by employing a diverse sampling methodology and interviewing subjects outside their homes or schools to avoid response bias. We found that education level was lower in current daily smokers and higher in nondaily current smokers, regardless of social class or skin color/race. Some characteristics, such as not having a partner, alcohol use, and same-sex sexual experiences, were determined to be associated with an increased smoking prevalence.

We observed a higher prevalence of smoking (15.1%) than was reported in a previous survey conducted in a similar age group in Brazil (10.7%) (3). The ERICA study reported a prevalence of 8.5% among male participants and 7.1% among female adolescents aged 15 to 17 years (34). As the studies were performed a few years apart, the differences in prevalence may reflect differences in the interview method rather than actual changes in the prevalence over time. Another factor that may explain the difference in prevalence rates may be the locations from which the young people were recruited, as the largest study enrolled adolescents from schools, while our study enrolled volunteers from the community. Hence, the difference could be due to response bias or to selection bias in previous studies that may have excluded participants with a higher prevalence of smoking as they had already dropped out of school.

Surprisingly, we observed no statistically significant differences among patterns of smoking according to socioeconomic status or skin color/race. The absence of associations concerning these two factors in our study could be due to the young age of the participants or to the fact that the majority of the included participants belonged to a lower socioeconomic level. Additionally, social class was measured according to the number of goods in the household rather than the family income, as previous studies have identified direct associations among smoking prevalence, education level, and income (socioeconomic class) (14,35,36). According to Bray et al., social inequalities promote vulnerability, which is determined by low education level, low income, and difficulty accessing healthcare, which lead to a higher rate of tobacco use (15%) compared to that in nonvulnerable

populations (9%) (37). A meta-analysis that included 93 articles revealed that the prevalence of smoking was highest in low- and middle-income countries (1) and that smoking was associated with ethnicity in some studies (18,38,39), which conflicts with our findings. Furthermore, fewer years of education are associated with low income, which in turn favors exposure to smoking.

In general, women smoked less than men. Our study supports previous results showing a higher prevalence of smoking in men despite the decreasing prevalence in both sex (3,9). However, there were no sex differences in younger ages (35).

Relationship status was also found to be associated with smoking prevalence (40). We observed a higher prevalence in participants who did not have a partner. In addition, an increased prevalence of smoking was observed in unmarried people, suggesting that this factor could be associated with being single and experiencing loneliness (40,41). Marital status could also be associated with other behaviors, such as family life or having children as incentives not to smoke or to quit smoking (15,42).

In this study, the group of participants who had a same-sex sexual experience had a higher rate of smoking than those who had not had such an experience. Similarly, sexual minorities exhibited higher frequencies of smoking than their heterosexual counterparts (43,44). Although there is a decreasing tendency in the smoking prevalence among the general population, minority groups such as lesbians and gay men exhibit high and stable tendencies to smoke (45). Data collected from 112,537 adults in England also indicated that bisexual people are relatively more likely to smoke (46). A systematic review that analyzed the etiology of tobacco use in sexual minority populations revealed that internalized homophobia, reactions to the disclosure of one's sexual orientation, stress, depression, and alcohol use were associated with smoking (47). Accordingly, studies on smoking among the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) population may help elucidate the specific risks and conditions to which this group is exposed and thus highlight the need for healthcare in this population (48,49).

We found a strong association between alcohol consumption and tobacco smoking, with the prevalence of alcohol consumption being five times higher among current smokers than among nonsmokers. While the association between alcohol consumption and cigarette smoking is well known, it is important to emphasize that this association increases the risk of some cancers and cardiovascular diseases (15). In this context, alcohol is an important risk factor for the use of tobacco and other drugs, and young adults are vulnerable when in social situations in which the availability of alcohol can stimulate cigarette use (44,50).

Our study has some limitations that must be considered. First, this multicenter study, including participants from all states of Brazil, was not population-based; instead, we used a convenience sampling method to select research units (primary healthcare units) in the state capitals in Brazil. To minimize selection bias, we invited participants from a variety of different settings, such as schools, primary healthcare units, the community at large, and a list of people living in the region who met the age criteria. Additionally, the study only included participants from the state capitals in Brazil. Although this could have introduced a bias in behavior, the included populations exhibited similar distributions of education, social class, and race/skin color that were representative of those recorded in the census of the Brazilian population. Although we had a large sample size, when we presented the prevalence stratified by sex or region, some estimates appeared to be unstable due to the small sample sizes in specific categories. This was a cross-sectional study, and causality could not be determined; we could only investigate the associations between the prevalence of smoking and the presence of different variables. Finally, we did not evaluate other tobacco-derived substances, such as e-cigarettes, cigarillos, filtered cigars, pipe tobacco, snus, and other smokeless tobacco products.

In conclusion, the transition to adulthood is a period of intense change, as adolescents experience the end of high school and the beginning of university or employment. Smoking cigarettes constitutes a behavior that can start in adolescence and persist throughout life, leading to many social, physical, and economic consequences (51). Accordingly, global measures, including monitoring

tobacco use; implementing prevention policies, such as public health interventions, individual and group counseling, behavioral support, and pharmacotherapy (52); protecting people from secondhand smoke; providing assistance and instruments to quit tobacco use; enforcing bans on tobacco advertising; promoting and sponsoring tobacco cessation campaigns; and raising taxes on cigarettes (4,10,53) have been deployed to promote cigarette smoking cessation. In Brazil, there are a large number of preventive campaigns focused on the risks of smoking and laws limiting the use of tobacco in public places and prohibiting access to and the consumption of tobacco products by those under the age of 18, although these restrictions are not respected or enforced by all merchants (13), as evidenced by a survey of 748 adolescents in Brazil, among whom 80.3% of those who smoked reported having easy access to cigarettes (20).

Although the smoking prevalence has been decreasing in the Brazilian population, we demonstrated that younger people have a relatively higher prevalence of current and past smoking (3). We also found that smoking is associated with education level regardless of socioeconomic status. Some specific factors, such as same-sex sexual experiences, male sex, and alcohol use, are associated with an elevated prevalence of smoking. The damage caused by smoking is undeniable, and even with all of the campaigns and policies focused on reducing the use of this substance, smoking remains a problem among the Brazilian youth, especially among people with same-sex sexual experiences. Campaigns targeting specific populations are worthwhile, and studies that address this specific behavior are needed to understand the behaviors associated with smoking in specific sexual minority groups.

5 CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare they have no competing interests.

6 AUTHOR CONTRIBUTIONS

ESB and EMW contributed substantially to the conception and design of the work. TMD, FM, and GP contributed to the critical analysis. ESB wrote the first draft. MB conducted the data analyses.

7 FUNDING

This work was supported by the Hospital Moinhos de Vento through the Institutional Development Support Program of the Brazilian National Health System (PROADI-SUS) under the Ministry of Health of Brazil.

REFERENCES

1. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 2017 Nov 7;19(12):1401–7.
2. Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, Soto N, Arellano C, Camacho Lopez P, et al. SYSTEMATIC REVIEW OF THE LINK BETWEEN TOBACCO AND POVERTY. 2014.

3. Malta DC, Silva AG da, Machado ÍE, Sá ACMGND, Santos FM dos, Prates EJS, et al. Trends in smoking prevalence in all Brazilian capitals between 2006 and 2017. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 27];45(5). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-37132019000500210&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Mirra AP, Pereira IMTB, Stewien GT de M, Marcondes RS, Mirra AP, Pereira IMTB, et al. Smoking control at the School of Public Health, Universidade de São Paulo. *Rev Assoc Médica Bras*. 2016 Feb;62(1):48–53.
5. Rocha MI de UM da, Barrio-Lera JP, Jardim GBG, Mucellini AB, Cirolini L, Jung IE da C, et al. Lifestyle, health characteristics and alcohol abuse in young adults who are non-daily smokers. *Sao Paulo Med J*. 2010 Dec;128(6):354–9.
6. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2013. [cited 2021 Feb 8]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
7. WHO. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Sanchez ZM, Prado MCO, Sanudo A, Carlini EA, Nappo SA, Martins SS. Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 24];49(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100257&lng=en&tlng=en
9. Messeri P, Cantrell J, Mowery P, Bennett M, Hair E, Vallone D. Examining differences in cigarette smoking prevalence among young adults across national surveillance surveys. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225312.
10. WHO. Report on the global tobacco epidemic [Internet]. WHO. 2019 [cited 2020 Jan 3]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/en/
11. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2007 Apr;23(4):775–83.
12. Loukas A, Marti CN, Perry CL. Trajectories of Tobacco and Nicotine Use Across Young Adulthood, Texas, 2014–2017. *Am J Public Health*. 2019 Jan 24;109(3):465–71.
13. Araújo AJ de. Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam? *J Bras Pneumol*. 2010 Dec;36(6):671–3.
14. Lee Y, Lee K-S. Factors Related to Smoking Status Among Young Adults: An Analysis of Younger and Older Young Adults in Korea. *J Prev Med Public Health Yebang Uihakhoe Chi*. 2019 Mar;52(2):92–100.
15. Meacham MC, Bailey JA, Hill KG, Epstein M, Hawkins JD. Alcohol and Tobacco Use Disorder Comorbidity in Young Adults and the Influence of Romantic Partner Environments. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Sep 1;132(0):149–57.
16. Hallal AL de LC, Figueiredo VC, Moura L de, Prado RR do, Malta DC, Hallal AL de LC, et al. Uso de outros produtos do tabaco entre escolares brasileiros (PeNSE 2012). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 10];33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001505009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

17. Vargas LS, Lucchese R, Silva AC da, Guimarães RA, Vera I, Castro PA de, et al. Determinants of tobacco use by students. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 10];51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102017000100233&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Boyle RG, D’Silva J, Stanton CA, Carusi C, Tang Z. Disparities in cigarette smoking and use of other tobacco products in Minnesota, 2003–14. *J Public Health*. 2018 Jun 1;40(2):e74–81.
19. Bobo FT, Thanasekaran P, Joice AJR, Yadecha B, Alebel A. Susceptibility to cigarette smoking and associated factors among high school students in western Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018 Aug 30;11(1):626.
20. Urrutia-Pereira M, Oliano VJ, Aranda CS, Mallol J, Solé D, Urrutia-Pereira M, et al. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2017 Jun;93(3):230–7.
21. Mahabee-Gittens EM, Xiao Y, Gordon JS, Khoury JC. The Role of Family Influences on Adolescent Smoking in Different Racial/Ethnic Groups. *Nicotine Tob Res*. 2012 Mar;14(3):264–73.
22. Kusumawardani N, Tarigan I, Suparmi null, Schlotheuber A. Socio-economic, demographic and geographic correlates of cigarette smoking among Indonesian adolescents: results from the 2013 Indonesian Basic Health Research (RISKESDAS) survey. *Glob Health Action*. 2018;11(sup1):1467605.
23. Inoue-Choi M, Hartge P, Park Y, Abnet CC, Freedman ND. Association Between Reductions of Number of Cigarettes Smoked per Day and Mortality Among Older Adults in the United States. *Am J Epidemiol*. 2019 Feb 1;188(2):363–71.
24. Wunsch Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2010 Jun;13(2):175–87.
25. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk V de A, Andrade AG de. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006 Apr;40(2):280–8.
26. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 Oct;13(spe):888–95.
27. Kelly-Weeder S, Phillips K, Rounseville S. Effectiveness of public health programs for decreasing alcohol consumption. *Patient Intell*. 2011 May;29.
28. Horta RL, Horta BL, Costa Awn da, Prado RR do, Oliveira-Campos M, Malta DC. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(suppl 1):31–45.
29. Salling MC, Skelly MJ, Avegno E, Regan S, Zeric T, Nichols E, et al. Alcohol Consumption during Adolescence in a Mouse Model of Binge Drinking Alters the Intrinsic Excitability and Function of the Prefrontal Cortex through a Reduction in the Hyperpolarization-Activated Cation Current. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2018 04;38(27):6207–22.
30. Wendland EM, Caierão J, Domingues C, Maranhão AGK, de Souza FMA, Hammes LS, et al. POP-Brazil study protocol: a nationwide cross-sectional evaluation of the prevalence and genotype distribution of human papillomavirus (HPV) in Brazil. *BMJ Open*. 2018 Jun;8(6):e021170.
31. VIGITEL BRASIL 2019 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [Internet]. Aliança Pela Alimentação Adequada e Saudável. 2020 [cited 2021 Feb 8]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.org.br/biblioteca/pesquisas/vigitel-brasil-2019-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/7595/>

32. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, Pan American Health Organization, editors. Pesquisa especial de tabagismo - PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro, RJ : Brasília, DF, Brasil: Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde ; Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil; 2011. 199 p.
33. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 8]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
34. Figueiredo VC, Szklo AS, Costa LC, Kuschnir MCC, da Silva TLN, Bloch KV, et al. ERICA: smoking prevalence in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 Feb 2 [cited 2020 Jul 17];50(Suppl 1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4767033/>
35. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA, Waquil PD. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Jan;21:45–52.
36. Choi S, Kim Y, Park S, Lee J, Oh K. Trends in cigarette smoking among adolescents and adults in South Korea. *Epidemiol Health*. 2014;36:e2014023.
37. Currie K, Bray I. Health inequalities, risky behaviours and protective factors in adolescents: an analysis of secondary survey data from the UK. *Public Health*. 2019 May 1;170:133–9.
38. Kuhnen M, Boing AF, Oliveira MC de, Longo GZ, Njaine K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2009 Dec;12(4):615–26.
39. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta R, Brito SMF, Reis AAC dos, et al. Smoking Trends among Brazilian population - National Household Survey, 2008 and the National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Dec;18:45–56.
40. Lindström M. Social capital, economic conditions, marital status and daily smoking: A population-based study. *Public Health*. 2010 Feb 1;124(2):71–7.
41. Ramsey MW, Chen-Sankey JC, Reese-Smith J, Choi K. Association between marital status and cigarette smoking: Variation by race and ethnicity. *Prev Med*. 2019 Feb;119:48–51.
42. Behbod B, Sharma M, Baxi R, Roseby R, Webster P. Family and carer smoking control programmes for reducing children’s exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Jan 31 [cited 2020 Jan 13];2018(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491082/>
43. Rath JM, Villanti AC, Rubenstein RA, Vallone DM. Tobacco use by sexual identity among young adults in the United States. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 2013 Nov;15(11):1822–31.
44. Lee JGL, Griffin GK, Melvin CL. Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: a systematic review. *Tob Control*. 2009 Aug;18(4):275–82.
45. Kasza KA, Ambrose BK, Conway KP, Borek N, Taylor K, Goniewicz ML, et al. Tobacco-Product Use by Adults and Youths in the United States in 2013 and 2014. *N Engl J Med*. 2017 Jan 26;376(4):342–53.
46. Jackson SE, Brown J, Grabovac I, Cheeseman H, Osborne C, Shahab L. Smoking and Quitting Behavior by Sexual Orientation: A Cross-Sectional Survey of Adults in England. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://academic.oup.com/ntr/article/doi/10.1093/ntr/ntaa042/5770951>
47. Blosnich J, Lee JGL, Horn K. A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. *Tob Control*. 2013 Mar;22(2):66–73.

48. Fish JN, Watson RJ, Gahagan J, Porta CM, Beaulieu-Prévost D, Russell ST. Smoking behaviours among heterosexual and sexual minority youth? Findings from 15 years of provincially representative data. *Drug Alcohol Rev.* 2019;38(1):101–10.
49. Lee JGL, Matthews AK, McCullen CA, Melvin CL. Promoting Tobacco Use Cessation for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. *Am J Prev Med.* 2014 Dec;47(6):823–31.
50. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol.* 2011 Sep;14:136–46.
51. Silveira ML, Conway KP, Green VR, Kasza KA, Sargent JD, Borek N, et al. Longitudinal associations between youth tobacco and substance use in waves 1 and 2 of the population assessment of tobacco and health (path) study. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Oct 1;191:25–36.
52. Roberts NJ, Kerr SM, Smith SMS. Behavioral Interventions Associated with Smoking Cessation in the Treatment of Tobacco Use. *Health Serv Insights.* 2013 Aug 11;6:79–85.
53. Cham B, Scholes S, Groce NE, Mindell JS. Prevalence and Predictors of Smoking among Gambian Men: A Cross-Sectional National WHO STEP Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Jan 17];16(23). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6926921/>

Table 1 – Sociodemographic characteristics of the participants aged 16 to 25 years in Brazil according to sex, 2016-2017

Variables	Overall (%)	Female (n=6,366) n (%)	Male (n=2,215) n (%)	p-value¹
Age, years (21.4)				
≤ 18	1,086 (14.1)	839 (14.1)	247 (14.7)	0.9
> 18	7,495 (85.9)	5,527 (85.9)	1,968 (85.9)	
Race/skin color				0.8
White	2,086 (23.9)	1,556 (23.3)	530 (24.5)	
Black	1,359 (16.8)	993 (16.5)	366 (17.1)	
Pardo/Brown	4,882 (56.8)	3,630 (57.5)	1,252 (55.9)	
Others	203 (2.5)	157 (2.6)	46 (2.4)	
Region				0.9
Midwest	1,827 (12.4)	1,084 (12.0)	743 (12.7)	
Northeast	2,164 (27.3)	1,653 (27.1)	511 (26.8)	
North	1,729 (12.3)	1,348 (12.3)	381 (12.3)	
Southeast	1,555 (40.4)	1,220 (40.4)	335 (40.5)	
South	1,306 (7.6)	1061 (7.4)	245 (7.7)	
Socioeconomic status				<.01
Low	2,373 (26.0)	1,997 (32.1)	376 (19.7)	
Middle	4,578 (55.7)	3,404 (54.5)	1,174 (57.0)	
High	1,630 (12.8)	965 (13.3)	665 (23.2)	
Education level				0.07
Elementary	1,819 (23.6)	1,429 (24.9)	390 (22.2)	
Secondary	4,784 (55.1)	3,541 (55.4)	1,243 (54.7)	
College	1,976 (21.3)	1,394 (19.7)	582 (23.0)	
Partner				<.01
Without a partner	6,510 (75.8)	5,058 (80.4)	1,452 (71.0)	
With a partner	2,069 (24.2)	1,306 (19.6)	763 (29.9)	
Number of children²				-
0	258 (9.7)	258 (9.7)	-	
1	1,945(65.7)	1,945 (65.7)	-	
≥ 2	774 (24.6)	774 (24.6)	-	
Sexual experience				<.01
Heterosexual	7,055 (92.6)	5,540 (96.4)	1,515 (88.0)	
Same-sex	416 (7.3)	238 (3.6)	178 (12.0)	
Alcohol use				<.01
Regular consumption	3,153 (40.5)	2,098 (32.5)	1,055 (48.7)	
Occasional consumption	2,406 (26.0)	1,839 (27.7)	567 (24.2)	
No use	3,013 (33.5)	2,423 (39.8)	590 (27.0)	

¹Chi-square test. ²Only for females

Table 2 – Smoking status according to sociodemographic and behavioral characteristics of the participants aged 16 to 25 years in Brazil, 2016-2017

Variables	Smoking status			p-value
	Nonsmoker (N=5,385) % (95% CI)	Current smoker (N=1,119) % (95% CI)	Former smoker (N=1,626) % (95% CI)	
Sex				<.01
Male	56.8 (53.4-60.1)	20.1 (17.4-22.9)	23.1 (20.3-25.9)	
Female	72.8 (71.1-74.4)	10.3 (9.1-11.4)	16.9 (15.6-18.3)	
Age, years (mean=21.4)				0.26
≤ 18	60.8 (55.3-63.6)	17.3 (12.6-22.3)	21.9 (17.5-26.4)	
> 18	65.6 (63.6-67.6)	14.7 (14.7-13.2)	19.6 (17.9-21.3)	
Race/skin color				0.81
White	65.0 (61.1-68.9)	14.2 (11.3-17.1)	20.8 (17.5-24.1)	
Black	63.6 (58.9-68.3)	14.8 (11.1-18.5)	21.6 (17.6-25.6)	
Pardo/Brown	65.5 (62.9-67.9)	15.7 (13.6-17.7)	18.9 (16.9-20.9)	
Others	59.9 (46.1-13.7)	15.2 (4.7-25.8)	24.8 (12.4-37.3)	
Region				0.02
Midwest	64.1 (60.3-68.0)	15.7 (12.8-18.7)	20.1 (16.8-23.3)	
Northeast	64.9 (61.9-67.9)	13.7 (11.3-16.0)	21.4 (18.9-24.0)	
North	66.0 (62.3-69.8)	11.9 (9.1-14.7)	22.1 (18.8-25.4)	
Southeast	66.3 (62.5-70.1)	15.9 (12.9-18.9)	17.8 (14.7-20.8)	
South	57.0 (52.7-61.4)	20.1 (16.5-23.7)	22.8 (19.1-26.5)	
Socioeconomic status				0.10
Low	61.0 (57.5-64.5)	17.9 (15.1-20.8)	21.0 (18.1-23.9)	
Middle	66.8 (64.2-69.3)	14.1 (12.1-16.1)	19.1 (17.1-21.2)	
High	64.8 (60.3-69.3)	14.2 (10.9-17.4)	21.0 (18.1-23.9)	
Education level				<.01
Elementary	49.2 (45.1-53.3)	25.7 (21.9-29.5)	25.1 (21.6-28.5)	
Secondary	67.9 (65.3-70.4)	13.6 (11.6-15.5)	18.6 (16.5-20.6)	
College	74.6 (71.1-78.1)	7.4 (5.8-9.1)	17.9 (14.6-21.2)	
Partner				0.03
With a partner	66.2 (64.0-68.3)	14.1 (12.5-15.8)	19.7 (17.9-21.5)	
Without a partner	61.0 (56.9-64.9)	18.3 (15.0-21.5)	20.8 (17.5-24.1)	
Number of children²				<.01
0	51.1 (41.9-60.4)	22.2 (14.0-33.3)	26.7 (18.4-31.5)	
1	71.4 (68.7-70.0)	11.4 (9.5-13.3)	17.2 (15.1-19.4)	
≥ 2	64.9 (53.9-75.8)	16.9 (7.3-26.5)	18.2 (11.2-25.3)	
Sexual experience				<.01
Heterosexual	68.8 (66.8-70.8)	12.5 (11.0-13.9)	18.7 (17.1-20.4)	
Same-sex	42.3 (34.7-49.9)	30.5 (22.7-38.3)	27.1 (20.6-33.6)	
Alcohol use				<.01
Regular consumption	44.1 (40.9-47.3)	28.1 (25.1-31.1)	27.7 (24.8-30.6)	
Occasional consumption	70.4 (67.2-73.6)	9.4 (7.1-11.6)	20.2 (17.5-22.9)	
No use	85.8 (83.4-88.1)	3.8 (2.7-5.0)	10.4 (8.3-12.5)	

¹Chi-square test. ²Only in females.

Table 3 – Factors associated with smoking in a multivariate analysis of Brazilian population, 2016-2017

Variables	Current smoker		Former smoker	
	Model 1 PR (95% CI)	Model 2 PR (95% CI)	Model 1 PR (95% CI)	Model 2 PR (95% CI)
Sex				
Male	1	1	1	1
Female	0.46 (0.39-0.54)	0.55 (0.46-0.66)	0.64 (0.55-0.74)	0.71 (0.61; 0.84)
Age, years				
<18	1	1	1	1
≥18	0.98 (0.75-1.27)	0.89 (0.71-1.12)	0.94 (0.75-1.16)	0.81 (0.66; 1.00)
Race/skin color				
White	1	1	1	1
Black	1.03 (0.76-1.41)	1.01 (0.75-1.36)	1.04 (0.81-1.32)	1.01 (0.79-1.29)
Brown	1.13 (0.87-1.45)	1.04 (0.82-1.33)	0.93 (0.77-1.14)	0.99 (0.81-1.23)
Other	1.04 (0.56-1.91)	0.96 (0.44-2.09)	1.21 (0.73-2.02)	1.27 (0.83-1.94)
Region				
North	1	1	1	1
Midwest	1.47 (1.11-1.94)	0.96 (0.71-1.29)	0.96 (0.77-1.19)	0.77 (0.61-0.96)
Northeast	1.12 (0.87-1.46)	0.77 (0.59-0.99)	0.95 (0.79-1.15)	0.71 (0.59-0.86)
Southeast	1.22 (0.92-1.62)	1.00 (0.76-1.32)	0.80 (0.64-1.01)	0.72 (0.56-0.91)
South	1.94(1.42-2.65)	1.31 (0.95-1.81)	1.13 (0.88-1.45)	0.78 (0.60-1.02)
Socioeconomic status				
High	1	1	1	1
Middle	0.85 (0.65-1.12)	0.95 (0.71-1.29)	0.90 (0.72-1.12)	0.87 (0.70-1.09)
Low	1 (0.74-1.36)	1.05 (0.74-1.48)	0.96 (0.74-1.24)	0.90 (0.68-1.17)
Education level				
College	1	1	1	1
Elementary	4.07 (3.07-5.41)	5.84 (4.29-7.95)	1.89 (1.48-2.42)	2.30 (1.79-2.95)
Secondary	1.98 (1.52-2.59)	2.19 (1.63-2.93)	1.19 (0.95-1.48)	1.20 (0.95-1.50)
Partner				
With a partner		1		1
Without a partner		1.27 (1.03; 1.56)		1.03 (0.85-1.24)
Sexual experience				
Heterosexual		1		1
Same-sex		2.29 (1.78-2.96)		1.46 (1.15-1.86)
Alcohol consumption (12 months)				
No consumption		1		1
Consumption		5.65 (4.03-7.90)		3.83 (2.88-5.09)

PR – Prevalence ratio. Model 1: Adjusted for sex, age, skin color, region, socioeconomic status, and education level. Model 2: Adjusted for sex, age, skin color, region, socioeconomic status, partner presence, education level, sexual experience, and alcohol use.

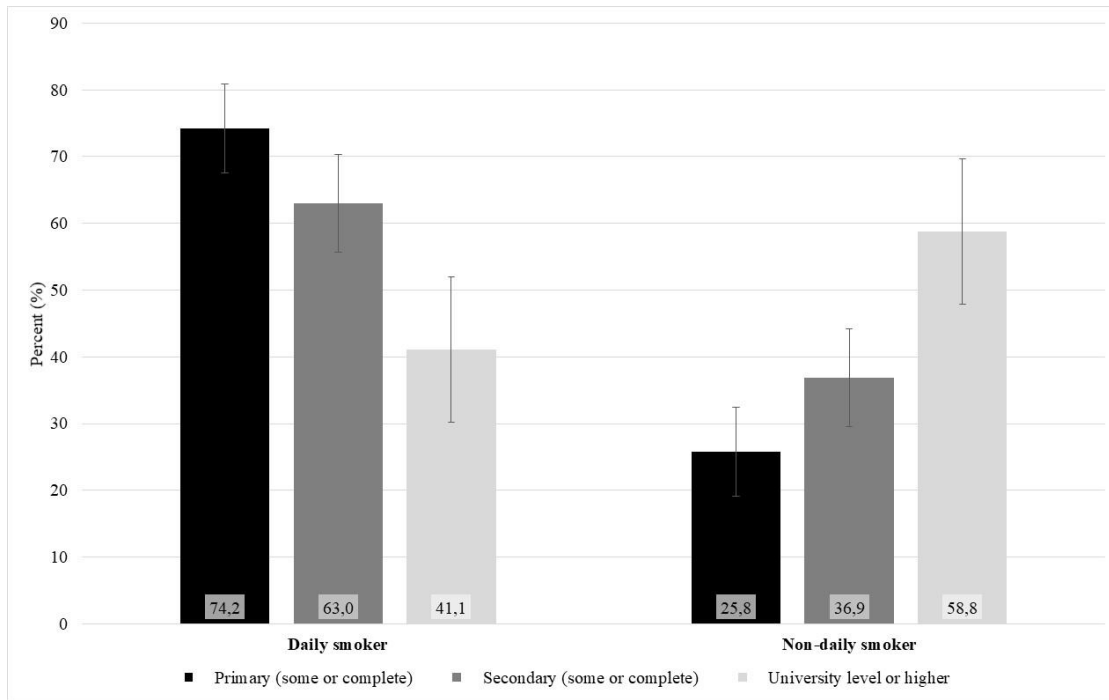


Figure 1: Education level in daily and nondaily current smokers among the youth population of Brazil, 2016-2017

5.

4.2. Alcohol and illicit drug use among Brazilian youth: a nationwide, multicenter cross-sectional study

Emerson Silveira de Brito^{1,2}, Marina Bessel², Natalia Luiza Kops², Bruna Fernandes^{1,2}, Flavia Moreno³; Gerson Pereira³, Alexis M. Koskan⁴, Eliana Márcia Wendland^{1,2}

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brazil; ² Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brazil; ⁴ Department of Chronic Diseases Conditions and Sexually Transmitted Diseases, Ministry of Health, Brasilia, Brazil, ⁵ Arizona State University, College of Health Solutions, Phoenix, AZ, USA

Correspondence should be addressed to *Emerson Silveira de Brito*

Address: Rua Vicente da Fontoura, 1389 – 301, Santana – Porto Alegre RS; e-mail: emerson.brito@hmv.org.br

Acknowledgments: Funding sources

This work was supported by the Hospital Moinhos de Vento, in a partnership with the Secretariat for Health Surveillance of the Brazilian Ministry of Health through the Institutional Development Support Program of the Brazilian National Health System (PROADI-SUS).

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Background

Psychoactive substance use in young people is a predictor of substance abuse in adulthood and is associated with increased risky sexual behavior, violence, and preventable mortality worldwide. This study aimed to estimate the prevalence and factors associated with alcohol and illicit drug use among Brazilian youth in transition to adulthood.

Methods

Between September 2016 and December 2017, we conducted a multicenter cross-sectional study among adolescents and young adults aged 16-25 years from all 26 Brazilian capitals and Federal District. A total of 8,581 men and women completed the structured interviews.

Results

Lifetime alcohol and illegal drug consumption were 71.6% and 30%, respectively. Of them, 30.68% reported consuming alcohol 2-3 times per month, and 23.04% (8.80% women vs. 14.24% men, $p < 0.01$) consumed alcohol more than once per week. The most commonly used drugs were cannabis (27.4%) and cocaine (9.9%), with significantly higher consumption in men for all substances. In a multivariate analysis, lower economic status was a protective factor for all substance use except for cocaine. Participants without a partner used more alcohol and hallucinogens, and those who had same-sex sexual experiences were associated with higher prevalence rates of all substances use.

Conclusions

The young population in Brazil showed higher rates of psychoactive substance use compared to previous studies. Knowledge about the patterns of alcohol and drug use in this young population is important to direct actions and prevent associated risks.

Keywords

Psychotropic drugs; substance use disorders; alcohol; adolescents; young adults; Brazil

Introduction

The transition from adolescence to adulthood involves a variety of physical, behavioral, and social transformations (1,2). At this stage, the use of regular and/or excessive recreational substances such as alcohol, cannabis, and other illicit drugs may represent a major public health problem, leading to increased risk for car accidents, sexual violence, and excess mortality (3–5). Additionally, the use of these substances at this age can be a predictor of regular use or dependence in adulthood (6–8).

In 2016, around 30% of global populations were current drinkers (9), and more than a quarter of all 15–19-year-olds were current drinkers, even though the efforts of policies and campaigns (10). Licit substances such as alcohol have higher rates of use across the globe and are usually the first substances that adolescents consume, often out of curiosity about its effects or to be accepted by a social group (2,6,11,12). Illicit drugs use is gradually increasing among this young population, with cannabis being the most common illegal substance, followed by cocaine and ecstasy (13). There is evidence of rapid growth in stimulant drug consumption, especially among young people of high socioeconomic status (14).

Alcohol is consumed by more than half of the current populations in only the Americas, Europe, and Western Pacific (11,15,16). In 2016, 19.4% of the Brazilian population over the age of 15 had heavy drinking episodes, that is, they consumed at least 60 grams or more of pure alcohol at least one occasion in the past 30 days. Almost 7% of all causes of deaths were attributable to alcohol consumption, especially in males (10). In Brazil, alcohol use represents one of the main causes of diseases, being associated with 10% of overall mortality and disability (3,11). It is estimated that 70% of both road accidents and violence are associated with alcohol use (17). In addition, alcohol consumption is also associated with unsafe sexual behaviors, unplanned pregnancy, and increased rates of acquiring sexually transmitted infections (7,18,19). Family relationships, cultural context, and geographic location can affect the use of alcohol and illicit drugs (12,13).

Understanding the magnitude of substance use and particularly identifying populations with greater risk for alcohol and psychoactive substance use can help public health professionals to employ effective measures to reduce substance use (20). This study aimed to estimate the prevalence and factors associated with alcohol and illicit drug use among Brazilian youth in transition to adulthood.

Methods

This is a nationwide, multicenter cross-sectional study in which individuals between ages 16 to 25 years from all 26 capitals of Brazilian states and the Federal District completed structured

interviews between September 2016 and December 2017. This research was part of a larger study aimed at preventing and controlling cancers caused by the human papillomavirus and addressing other behaviors including alcohol and illicit drug use (21). We published the research protocol elsewhere (21).

Participants from 119 public primary health care units were recruited using the following approaches: inviting eligible individuals directly from the participating primary care units; asking community health agents to extend personal invitations to participate in the study, and asking nurses in school-based health promotion programs to recruit participants. Potential participants were excluded from the study if they were pregnant, gave birth within the past three months, reported previous hysterectomy or trachelectomy, or had been diagnosed with cervical neoplasia.

Primary care health professionals were trained to collect interview data. Specifically, we trained providers in recruitment techniques, in completing informed consent, and in interviewing participants.

All participants answered a standardized interview which included questions on the following demographic information: age, gender, race/ethnicity (self-defined), household characteristics, relationships status (with or without a partner), same-sex sexual experience ("Have you had a same-sex sexual experience in the past 12 months?"), educational level (elementary school complete or incomplete, secondary school complete or incomplete, and graduate complete or incomplete), and occupation status. Socioeconomic class was defined using the Brazilian Criteria of Economic Classifications (ABEP) based on ownership of assets, so we classified the participants in high economic status (A-B socioeconomic class), middle (C socioeconomic class), and low (D-E socioeconomic class) (22). Participants were asked about current and past use of alcohol and other drugs with the following questions: "Have you ever used drugs?", "During your life, what drugs have you used for recreation?", and "In the last 12 months, how often do you use any type of legal or illegal drugs?". Response options included alcohol, cannabis (marijuana and hashish), cocaine, crack, inhalant solvents, and hallucinogens (LSD and ecstasy).

We assured all participants that their participation in our research study was voluntary, would not interfere with the care provided at the health clinic, and was following Brazilian legislation (CNS 466/2012) (21). The study protocol (Approval No.1607032) was approved by the Research Ethics Committee of the Moinhos de Vento Hospital, Porto Alegre-RS, Brazil. All participants provided written consent after being informed about the study procedure.

The sample size was calculated to detect differences of 5% between geographic regions, with

a power of 80% and an alpha error of 5% for women using an estimate of 30%. This sample size allows estimation with an error between 1.6% and 5.7%, according to sex.

Data were described as means and confidence intervals, frequency, or absolute number. To compare proportions, we analyzed data using Chi-square tests. We analyzed data using the student's t-test to compare continuous variables. We used a Poisson regression model with robust variance to estimate the effect of variables on self-reported alcohol and drug use. Some drugs were grouped based on similarity: cannabis (marijuana and hashish), hallucinogens (LSD and ecstasy), and inhalant solvents. We adjusted all models by sex, age, race/skin color, occupation, economic status, educational level, presence of a partner, and sexual experience. The selection of the variables was based on the literature.

To adjust the distribution of the sample to the study population, we weighted the measures by population size in each capital and by sex. We conducted all data analyses using SAS software (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA), version 9.4, and we set all statistical significance as $p < 0.05$. The answer option "I don't know" was considered a missing value.

Results

Of the 8,581 participants, 50.8% were women. In this sample, 71.6% (95% CI, 69.9-73.4) (women 65.6%, men 77.8%) of participants reported having previously consumed alcohol and 30% (95% CI, 28.2-31.9) reported having used at least one illicit drug in their lifetime. Respondents most often reported using cannabis [27.4% (women 17.9%, men 37.3%)], followed by cocaine [9.9% (women 5.0%, men 15.0%)], inhalants [8.2% (women 4.5%, men 12.1%)], hallucinogens [6.0% (women 3.1%, men 8.9%)], and crack [0.9% (women 0.5%, men 1.3%)]. In the last year, the overall prevalence of alcohol use was 66.5%, cannabis 21.9%, cocaine 6.3%, hallucinogens 3.4%, and inhalants 4.8%. Only 0.5% of participants reported using crack. Among all substances, reported use was significantly higher in men ($p < 0.01$) (Figure 1).

The use of different substances varied according to different sociodemographic characteristics (Table 1). The prevalence of all substances used in the last 12 months was higher in people who have had same-sex sexual experiences. Participants without a partner also presented a higher prevalence of alcohol, cannabis, and hallucinogens compared to those who reported having a partner. Higher socioeconomic class and educational level predicted alcohol use. Being from social classes A-B was also associated with a higher prevalence of cannabis and hallucinogens use. Having less education was associated with greater use of cannabis, cocaine, and inhalants. People who described themselves as unemployed reported higher use of alcohol and cocaine. Regarding race and ethnicity, while the

use of cocaine was higher among Black people, the use of hallucinogens was more often among White people. Younger age was only associated with higher use of inhalants.

When we look at the frequency of use, the majority of people who use cannabis do so daily (2.20% women and 7.10% men%) (Table 2). Most participants reported consuming alcohol regularly (30.68%), and 23.04% (8.80% women vs. 14.24% men, $p < 0.001$) consume more than once per week. Participants who reported using hallucinogens, inhalants, and cocaine did so sporadically.

Participants who used alcohol were more likely to report using illicit substances in the last year compared to those who do not consume alcohol. Among current drinkers, the prevalence of illicit drug was significantly higher for all substances: cannabis (36.2% vs. 5.3%, $p < 0.01$), cocaine (13.3% vs. 1.3%, $p < 0.01$), hallucinogens (8.0% vs. 0.9%, $p < 0.01$), and inhalants (11.3% vs. 0.6%, $p < 0.01$) (data not shown).

Multivariate analysis shows a lower prevalence of all substances use among women compared to men (Table 3). Lower economic status was a protective factor for all substances except cocaine compared to the higher economic status. An independent and opposite association was seen at the educational level, where lower educational levels were associated with higher illicit drug use. There is an exposure-response of association for cocaine use. The prevalence ratio for cocaine use at the lowest level of education was 8.7 times compared to the highest level. Participants without a partner used more alcohol and hallucinogens. Additionally, having same-sex sexual experiences was associated with higher prevalence rates of all substances use.

Discussion

In this study, the prevalence and associated factors with alcohol and illicit drug use were evaluated in a large nationwide sample of Brazilian young adolescents. The results showed a high prevalence of all substance use, especially among men and those who reported same-sex sexual experiences. High economic class was presented highest prevalences of alcohol and illegal drug use such as cannabis, hallucinogens, and inhalants, but not for cocaine. A higher prevalence of alcohol use was associated with the higher social classes, but not with educational level.

Our findings on alcohol consumption were higher (66.5%) than a previous population-based survey of alcohol and drug use in Brazil (2015), in which 53.2% of similar aged participants (18-24 years) reported consuming alcohol in the last 12 months (23). Findings of a systematic review published in 2011 showed that the prevalence ranged from 5% to 29.1% among Brazilian adolescents (10-19 years) (24). However, they reported consuming six or more drinks per month, while we evaluated alcohol consumption as either more than once a week (23.04%) or every day (1.43%).

Recently data (2019) of the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey showed that the prevalence of alcohol abuse, defined as consuming four or more drinks on a single occasion in the past 30 days was 18.8% among Brazilian aged 18 years old (25). Alcohol is a socially accepted drug, easily accessible by young populations (7), without barriers to buying this licit substance, besides being very common in places frequented by this population.

Similar to past research, individuals who reported consuming alcohol were more likely to use illicit drugs compared to their non-alcohol-consuming counterparts (26). The higher rates of illicit drug use found in the present study (30%) are higher compared to the rates (10.9%) of a younger (12-17 years) national sample (27). Individuals in our study completed the structured interviews in primary health care centers. Our sample may have been more comfortable reporting the use of illicit drugs in this type of setting compared to other large studies which surveyed Brazilian adolescents in school settings (7,26–28). Illicit drug dependence is a serious public health issue, and the early initiation seems to be associated with exposure to family conflict, easy access to drugs, and deviant behavior (29).

Unlike previous studies (27,30,31), we found higher rates of alcohol and illicit drugs among males than females. This behavior is similar to adult alcohol use who reported higher alcohol abuse rates - four or more doses of alcohol in a single occasion in the past 30 days - than women (32,33). As we included participants of older ages, there may be a shift in alcohol use from the younger teenagers to young adults' behavior.

Educational level and socioeconomic status are both frequently associated with drug and alcohol use (10,34). Our study demonstrated that being of higher-income and also being unemployed are associated with higher alcohol consumption. Not only the frequency of adolescents who consume alcohol but who also binge drink was higher in higher social classes in a similar population (35). Occupation is associated with the possibility of goods acquisition and can explain the higher prevalence.

Licit and illicit drugs use is a reality among Brazilian adolescents and young adults, with around one-third of this population already consuming them, despite national public policies (36) (37). High morbidity and mortality rates associated with to use of drugs are still observed in the young population (38–41). The young population, especially minority groups (42), are at greater risk for alcohol-related motor vehicle accidents, violence, mental problems, and death (2,7,43).

Minority groups as people with same-sex sexual relationships reported higher rates of drug use compared to individuals who reported heterosexual relationships, only (42,44–46). The prevalence of drug use was 2-3-times higher in those groups. Past researches among sexual and gender minorities reported that some individuals used illicit drugs to increase sexual pleasure, to

reduce their sexual inhibitions, and to improve performance (47,48). However, the use of drugs increases the risk of unprotected sex, casual sexual partners, and HIV seroconversion rates (49,50).

Among the study limitations, this was not a population-based study. Although we use a variety of strategies to include different population groups, we relied on convenience sampling. Additionally, the study included only participants from state capitals, and we cannot draw conclusions about differences in drug use in small cities or rural regions. Although we have a large sample size and we weighted the estimates by sex and age, when we stratify the prevalence by sex or region, some estimates may be unstable due to the small sample size in specific categories. We only have data on the prevalence of use, but we are unable to quantify the intensity of use or abuse. This is one of the first studies to collect data on drug use in this age range out of school, minimizing reporting bias.

This large nationwide study evaluating the young population who uses the public health system was able to evaluate socio-behavioral characteristics associated with drug use. It emphasizes the high incidence of drug use in this population and the role of socioeconomic status and educational level as well as highlights the higher incidence of drug use among youngers with same-sex sexual relationships. Even with all the campaigns to reduce the use of these substances, many actions and policies are still necessary. The knowledge about the patterns of substance consumption in the young population is essential to planned public health campaigns directed to specific groups.

REFERENCES

1. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2007 Apr;23(4):775–83.
2. Castaldelli-Maia JM, Martins SS, de Oliveira LG, de Andrade AG, Nicastrí S. The role of drug use sequencing pattern in further problematic use of alcohol, tobacco, cannabis, and other drugs. *J Ment Health*. 2015 Jan 2;24(1):9–14.
3. McClory AJ, Spear LP. Effects of ethanol exposure during adolescence or in adulthood on Pavlovian conditioned approach in Sprague-Dawley rats. *Alcohol*. 2014 Dec;48(8):755–63.
4. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RR do, Andrade SSC, Mello FCM de, Dias AJR, et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(suppl 1):46–61.
5. Meacham MC, Bailey JA, Hill KG, Epstein M, Hawkins JD. Alcohol and tobacco use disorder comorbidity in young adults and the influence of romantic partner environments. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Sep;132(1–2):149–57.
6. Kelly-Weeder S, Phillips K, Rounseville S. Effectiveness of public health programs for decreasing alcohol consumption. *Patient Intell*. 2011 May;29.
7. Horta RL, Horta BL, Costa AWN da, Prado RR do, Oliveira-Campos M, Malta DC. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(suppl 1):31–45.
8. Salling MC, Skelly MJ, Avegno E, Regan S, Zeric T, Nichols E, et al. Alcohol Consumption during Adolescence in a Mouse Model of Binge Drinking Alters the Intrinsic Excitability and Function of the Prefrontal Cortex through a Reduction in the Hyperpolarization-Activated Cation Current. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2018 04;38(27):6207–22.
9. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018 Sep 22;392(10152):1015–35.
10. WHO. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>
11. Silveira C, Siu E, Wang Y, Viana M, Andrade A, Andrade L. Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2012 Mar 9;67(3):205–12.
12. Sanchez ZM, Prado MCO, Sanudo A, Carlini EA, Nappo SA, Martins SS. Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 24];49(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100257&lng=en&tlng=en

13. Global status report on alcohol and health, 2014 [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 24]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10931311>
14. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 Sep;14(suppl 1):136–46.
15. Moreno RS, Ventura RN, Brêtas JRS. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. 2009 Dec;27(4):354–60.
16. Schulte MT, Ramo D, Brown SA. Gender Differences in Factors Influencing Alcohol Use and Drinking Progression Among Adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2009 Aug;29(6):535–47.
17. Abreu ÂMM, Lima JMB de, Matos LN, Pillon SC. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 Jun;18(spe):513–20.
18. Wendland EM, Horvath JDC, Kops NL, Bessel M, Caierão J, Hohenberger GF, et al. Sexual behavior across the transition to adulthood and sexually transmitted infections: Findings from the national survey of human papillomavirus prevalence (POP-Brazil). *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(33):e11758.
19. Krug R de R, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 Aug 2 [cited 2019 Oct 24];21(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100403&lng=pt&tlng=pt
20. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 Oct;13(spe):888–95.
21. Wendland EM, Caierão J, Domingues C, Maranhão AGK, de Souza FMA, Hammes LS, et al. POP-Brazil study protocol: a nationwide cross-sectional evaluation of the prevalence and genotype distribution of human papillomavirus (HPV) in Brazil. *BMJ Open*. 2018 Jun;8(6):e021170.
22. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 8]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
23. FIOCRUZ. 3rd National survey on drug use by the brazilian population Tercer Estudio Nacional en población brasileña sobre consumo de drogas. 2017.
24. Barbosa Filho VC, Campos W de, Lopes A da S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2012 Oct;46(5):901–17.
25. Malta DC, Silva AG da, Prates EJS, Alves FTA, Cristo EB, Machado ÍE. Convergência no consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre sexos, 2006 a 2019: o que dizem os inquéritos populacionais. 2020 Dec 15 [cited 2021 Apr 30]; Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1612>

26. Raposo JCDS, Costa AC de Q, Valença PA de M, Zarzar PM, Diniz A da S, Colares V, et al. Binge drinking and illicit drug use among adolescent students. *Rev Saude Publica*. 2017 Sep 4;51:83.
27. Paz FM, Teixeira VA, Pinto RO, Andersen CS, Fontoura LP, de Castro LC, et al. School health promotion and use of drugs among students in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 May 7 [cited 2020 Mar 25];52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5958966/>
28. Vieira PC, Aerts DRG de C, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. [Alcohol, tobacco, and other drug use by teenage students in a city in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008 Nov;24(11):2487–98.
29. Perrenoud LO, Oikawa KF, Williams AV, Laranjeira R, Fischer B, Strang J, et al. Factors associated with crack-cocaine early initiation: a Brazilian multicenter study. *BMC Public Health*. 2021 Apr 23;21(1):781.
30. Horta RL, Mola CL de, Horta BL, Mattos CNB de, Andreazzi MAR de, Oliveira-Campos M, et al. Prevalence and factors associated with illicit drug use throughout life: National School Health Survey 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 27];21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2018000200402&lng=en&nrm=iso&tlng=en
31. Silva RMA, Andrade AC de S, Caiaffa WT, Medeiros DS de, Bezerra VM. National Adolescent School-based Health Survey - PeNSE 2015: Sedentary behavior and its correlates. Foo LH, editor. *PLOS ONE*. 2020 Jan 30;15(1):e0228373.
32. Grucza RA, Sher KJ, Kerr WC, Krauss MJ, Lui CK, McDowell YE, et al. Trends in Adult Alcohol Use and Binge Drinking in the Early 21st-Century United States: A Meta-Analysis of 6 National Survey Series. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018 Oct;42(10):1939–50.
33. Grant BF, Chou SP, Saha TD, Pickering RP, Kerridge BT, Ruan WJ, et al. Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2017 Sep 1;74(9):911–23.
34. Lui CK, Kerr WC, Mulia N, Ye Y. Educational differences in alcohol consumption and heavy drinking: An age-period-cohort perspective. *Drug Alcohol Depend*. 2018 May 1;186:36–43.
35. Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: a gradient of association with socioeconomic status in five geo-economics regions. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jan 1;127(0):87–93.
36. Brasil. Decreto nº 9.761. Política Nacional sobre drogas. [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm
37. Neto O, Silva M, Lima C, Carvalho Malta D, Barbosa da Silva Jr J. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2013 Sep 1;22:373–82.

38. Andrade SSC de A, Yokota RT de C, Sá NNB de, Silva MMA da, Araújo WN de, Mascarenhas MDM, et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012 Sep;28:1725–36.
39. Rodrigues TFC da S, Oliveira RR de, Decesaro M das N, Mathias TA de F, Rodrigues TFC da S, Oliveira RR de, et al. Aumento das internações por uso de drogas de abuso: destaque para mulheres e idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2019 Jun;68(2):73–82.
40. Araujo CM de, Vieira CX, Mascarenhas CHM. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool E Drog*. 2018;14(3):144–50.
41. Drumond E de F, Souza HNF de, Hang-Costa TA. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2015 Dec;24:607–16.
42. Demant D, Hides L, White KM, Kavanagh DJ. LGBT communities and substance use in Queensland, Australia: Perceptions of young people and community stakeholders. *PLoS ONE [Internet]*. 2018 Sep 27 [cited 2020 Mar 16];13(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6160159/>
43. Conway KP, Swendsen J, Husky MM, He J-P, Merikangas KR. Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Apr;55(4):280–8.
44. Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addict Abingdon Engl*. 2008 Apr;103(4):546–56.
45. Rosner B, Neicun J, Yang JC, Roman-Urrestarazu A. Substance use among sexual minorities in the US – Linked to inequalities and unmet need for mental health treatment? Results from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). *J Psychiatr Res*. 2021 Mar 1;135:107–18.
46. Watson RJ, Park M, Taylor AB, Fish JN, Corliss HL, Eisenberg ME, et al. Associations Between Community-Level LGBTQ-Supportive Factors and Substance Use Among Sexual Minority Adolescents. *LGBT Health*. 2020 Mar;7(2):82–9.
47. Hammoud MA, Vaccher S, Jin F, Bourne A, Haire B, Maher L, et al. The new MTV generation: Using methamphetamine, Truvada™, and Viagra™ to enhance sex and stay safe. *Int J Drug Policy*. 2018 May 1;55:197–204.
48. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019 Jan;63:74–89.
49. Saxton P, Newcombe D, Ahmed A, Dickson N, Hughes A. Illicit drug use among New Zealand gay and bisexual men: Prevalence and association with sexual health behaviours. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(2):180–7.
50. Duko B, Ayalew M, Ayano G. The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2019 Nov 14;14(1):52.

Table 1. Sociodemographic and behavior variables associated to drug use in the last 12 months in the population aged 16-25 years in Brazil (2017-2018)

	Total	Alcohol		Cannabis		Cocaine		Hallucinogens		Inhalants	
		n (%)	p-value ^a	n (%)	p-value ^a	n (%)	p-value ^a	n (%)	p-value ^a	n (%)	p-value ^a
Sex			<0.01		<0.01		<0.01		<0.01		<0.01
Female	6360	4368 (65.6)		101 (1.5)		354 (5.0)		193 (2.2)		155 (2.4)	
Male	2212	1727 (77.8)		92 (3.4)		261 (15.0)		148 (6.3)		129 (7.3)	
Age (years)			0.3		0.05		0.2		0.4		0.01
16 to 17	1084	674 (65.2)		213 (26.3)		38 (4.5)		48 (5.0)		51 (8.1)	
18 to 25	7488	4885 (66.7)		1167 (21.2)		311 (6.6)		293 (4.1)		233 (4.2)	
Employed			<0.01		0.2		<0.01		0.17		0.09
No	3496	2444 (70.3)		558 (23.2)		151 (8.0)		164 (4.9)			
Yes	5074	3114 (63.6)		822 (20.9)		198 (5.0)		177 (3.8)		175 (4.7)	
Race/Skin color			0.09		0.04		<0.01		<0.01		0.8
White	2086	1465 (68.6)		409 (23.5)		79 (4.9)		143 (6.5)		59 (4.4)	
Black	1357	951 (70.4)		229 (22.9)		57 (7.7)		46 (4.4)		51 (5.4)	
Mixed color	4878	2986 (64.4)		697 (20.3)		206 (6.7)		144 (3.4)		165 (4.9)	
Other	203	123 (67.7)		39 (35.9)		5 (1.0)		6 (2.1)		7 (2.9)	
Partner			<0.01		<0.01		0.43		<0.01		0.98
With partner	6505	4152 (64.6)		960 (20.2)		249 (6.5)		223 (3.3)		201 (4.8)	
Without partner	2066	1407 (72.3)		420 (27.2)		100 (5.6)		118 (7.2)		83 (4.8)	
Socio-economic status^b			<0.01		<0.01		<0.01		<0.01		0.7
High	1628	1231 (76.1)		336 (28.4)		60 (4.5)		135 (8.9)		62 (5.6)	
Middle	4572	2944 (64.8)		714 (20.7)		154 (5.6)		164 (3.8)		134 (4.6)	
Low	2372	1384 (63.4)		330 (20.0)		135 (9.0)		42 (1.8)		88 (4.7)	
Educational level			0.05		<0.01		<0.01		0.07		<0.01
Graduate level or higher	1974	1398 (69.9)		306 (19.8)		42 (2.7)		103 (5.3)		41 (2.2)	
Secondary	4779	3027 (66.6)		677 (19.2)		149 (4.7)		168 (3.4)		132 (3.7)	
Elementary school	1818	1134 (63.1)		397 (30.1)		158 (13.2)		70 (5.2)		111 (9.7)	
Sexual experience			<0.01		<0.01		<0.01		<0.01		<0.01
Heterosexual	7051	4384 (63.0)		919 (17.8)		208 (5.3)		210 (3.1)		182 (3.9)	
Same sex	416	366 (86.6)		192 (46.3)		53 (11.8)		64 (15.3)		45 (11.3)	

^aChi-square test ^bThe socio-economic status is a composite score calculated based on the number of household assets, degree of education of the household head and presence of monthly paid housekeeper.

Table 2. Frequency of substance use in the last 12 months in the population aged 16-25 years in Brazil (2017-2018)

	Every day	More than once per week	2-3 times per month	Sometimes in a year	Once in a year	p-value ^a
	Percent (95% CI)					
Alcohol	1.43 (0.84-3.02)	23.04 (20.95-25.13)	30.68 (28.58-32.77)	27.97 (26.02-29.91)	7.47 (6.37-8.58)	<.001
Cannabis	9.30 (7.71-10.88)	3.88 (2.95-4.81)	3.82 (2.85-4.79)	7.25 (5.97-8.53)	5.59 (4.48-6.71)	<.001
Cocaine	0.31 (0.10-0.52)	1.33 (0.76-1.91)	1.84 (1.31-2.55)	2.47 (1.66-3.28)	2.61 (1.82-3.41)	<.001
Hallucinogens	0.01 (0-0.03)	0.30 (0.08-0.52)	0.86 (0.53-1.18)	2.26 (1.62-2.91)	2.33 (1.58-3.1)	<.001
Inhalants	0.00 (0-0.01)	0.19 (0.04-0.34)	0.49 (0.24-0.74)	1.17 (0.58-1.76)	2.02 (1.38-2.66)	<.001

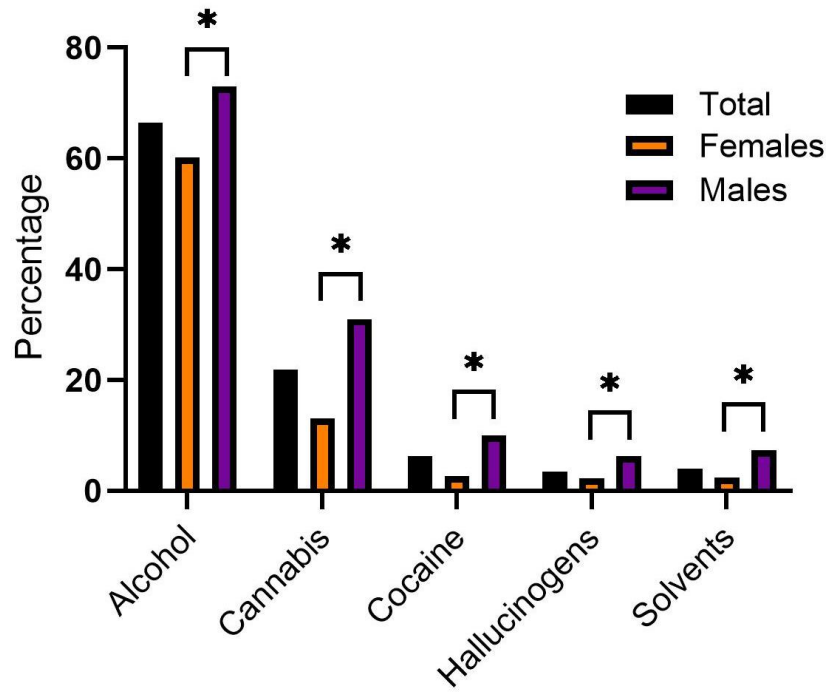
^aChi-square test.

Table 3. Adjusted prevalence ratio of the association between illicit drug use and the independent variables of the study in the population aged 16-25 years in Brazil (2016-2017)

Variables	Alcohol	Cannabis	Cocaine	Hallucinogens	Inhalants
	Prevalence ratio (95% CI)				
Sex					
Male	1	1	1	1	1
Female	0.88 (0.82-0.94)	0.46 (0.38-0.54)	0.24 (0.16-0.34)	0.5 (0.33-0.75)	0.29 (0.20-0.45)
Age					
< 18	1	1	1	1	1
≥ 18	0.99 (0.90-1.1)	0.80 (0.63-1.0)	1.59 (0.83-3.02)	0.86 (0.47-1.64)	0.66 (0.38-1.13)
Race/Skin color					
White	1	1	1	1	1
Black	1.04 (0.95-1.14)	1.14 (0.88-1.47)	1.64 (0.91-2.93)	0.88 (0.47-1.64)	1.35 (0.69-2.63)
Brown	0.96 (0.89-1.03)	0.96 (0.79-1.18)	1.58 (0.98-2.55)	0.58 (0.38-0.9)	1.30 (0.78-2.15)
Other	0.94 (0.73-1.20)	1.98 (1.40-2.80)	0.19 (0.03-1.02)	0.43 (0.10-1.84)	0.85 (0.22-3.30)
Occupation					
Yes	1	1	1	1	1
No	0.93 (0.87-0.99)	0.98 (0.80-1.17)	0.74 (0.49-1.11)	0.89 (0.57-1.37)	1.06 (0.68-1.67)
Economic status					
A-B	1	1	1	1	1
C	0.88 (0.82-0.94)	0.61 (0.50-0.76)	0.78 (0.46-1.32)	0.38 (0.25-0.59)	0.49 (0.30-0.80)
D-E	0.88 (0.81-0.97)	0.58 (0.44-0.76)	1.06 (0.59-1.88)	0.20 (0.10-0.39)	0.46 (0.25-0.82)
Educational level					
Graduate level or higher	1	1	1	1	1
Secondary	1.02 (0.95-1.11)	1.19 (0.95-1.49)	2.57 (1.36-4.82)	1.05 (0.66-1.68)	1.78 (0.87-3.62)
Elementary	1.00 (0.90-1.10)	2.39 (1.85-3.07)	8.68 (4.56-16.53)	2.64 (1.44-4.83)	8.26 (4.08-16.7)
Partner					
With partner	1	1	1	1	1
Without partner	1.09 (1.02-1.16)	1.16 (0.96-1.41)	1.01 (0.69-1.53)	1.70 (1.07-2.71)	0.99 (0.62-1.57)
Sexual experience					
Heterosexual	1	1	1	1	1
Same sex	1.28 (1.18-1.39)	2.21 (1.80-2.73)	2.62 (1.59-4.31)	3.47 (1.98-6.08)	3.21 (1.88-5.49)

All models (cocaine, cannabis, cocaine, hallucinogens and inhalant solvents) were adjusted by sex, age, race/skin color, occupation, economic status, educational level, partner presence and sexual experience.

Figure 1. Differences among sex for each addictive substance used in last 12 months in the population aged 16-25 years in Brazil (2016-2017)



*P < 0.001

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nacional que foi realizado sobre o uso de drogas pela população jovem brasileira, apresentou achados de grande importância em relação à prevalência e características sociocomportamentais associadas a este uso. O estudo revelou que o uso de substâncias psicoativas, tanto lícitas como ilícitas, apresentou altas prevalências na população jovem brasileira.

Dentre as substâncias utilizadas, destaca-se a alta prevalência do uso de álcool e tabaco, bem como de drogas ilícitas, como maconha e cocaína. Observou-se também que os homens e as pessoas que mantêm relações sexuais com o mesmo sexo são mais propensos a utilizar drogas. Apesar da prevalência de uso de substâncias estar em declínio na população brasileira em geral, o estudo constatou que a estabilidade ou aumento do uso de algumas substâncias entre os jovens ainda é uma realidade preocupante.

Os efeitos do uso de drogas na saúde dos jovens são alarmantes, estando associados a agravos como a gravidez não planejada, violência, acidentes e infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, o uso contínuo de drogas pode levar à dependência, o que aumenta os riscos à saúde e afeta negativamente a qualidade de vida dos jovens.

Para enfrentamento do uso de drogas nessa população é fundamental que sejam realizados mais estudos com foco nos padrões de consumo de drogas na população jovem, avaliando a quantidade e a frequência de substâncias utilizadas, o tipo de droga e os fatores relacionados ao abuso e à dependência. Essas informações são necessárias para o planejamento de campanhas e políticas públicas mais eficazes e direcionadas, que possam ser voltadas à prevenção do uso de substâncias entre os jovens.

Ademais, é importante ressaltar a necessidade de se adotar uma abordagem científica na avaliação dos fatores que influenciam o uso de drogas na população jovem brasileira. Isso permitirá uma compreensão mais profunda do problema e,

consequentemente, uma melhor elaboração de estratégias e políticas de prevenção e tratamento para os jovens que estão lidando com o abuso e a dependência de drogas.

Assim, o uso de drogas entre a população jovem brasileira continua sendo uma questão relevante de saúde pública, exigindo uma abordagem multidisciplinar e uma ação conjunta entre pesquisadores, profissionais de saúde e autoridades governamentais, com o objetivo de prevenir ou reduzir os danos causados pelo uso de drogas.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2005.

ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (EDS.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2012a.

ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (EDS.). **Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso**. In: **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2012b.

ALMEIDA, S. P. DE; SILVA, M. T. A. Histórico, efeitos e mecanismo de ação do êxtase (3-4 metilenodioximetanfetamina): revisão da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 393–402, dez. 2000.

ANDERSON, J. E.; MUELLER, T. E. Trends in Sexual Risk Behavior and Unprotected Sex Among High School Students, 1991-2005: The Role of Substance Use. **Journal of School Health**, v. 78, n. 11, p. 575–580, 2008.

ANDRADE, S. S. C. DE A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1725–1736, set. 2012.

ANDREUCETTI, G. et al. Alcohol in combination with illicit drugs among fatal injuries in Sao Paulo, Brazil: An epidemiological study on the association between acute substance use and injury. **Injury**, v. 49, n. 12, p. 2186–2192, 1 dez. 2018.

ARAÚJO, A. J. DE. Tabagismo na adolescência: Por que os jovens ainda fumam? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 6, p. 671–673, 2010.

ARAÚJO, R. T. DE. Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado. p. 179–179, 2016.

ARRIA, A. M. et al. Prevalence and incidence of drug use among college students: An 8-year longitudinal analysis. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 43, n. 6, p. 711–718, nov. 2017.

AZAGBA, S.; SHARAF, M. F.; HAMMOND, D. Association between contraband tobacco and illicit drug use among high school students in Canada. **The Journal of Primary Prevention**, v. 36, n. 2, p. 71–78, abr. 2015.

BAKER, T. B. et al. New methods for tobacco dependence treatment research. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 41, n. 2, p. 192–207, 2011.

BANDEIRA, M. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. p. 22, 2014.

BARBOSA, L. A. DA S. et al. Prevalência do consumo de substâncias psicotrópicas por motoristas de ônibus urbano: uma revisão sistemática*. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 4, p. 234–244, dez. 2018.

BARRATT, M. J.; SEEAR, K.; LANCASTER, K. A critical examination of the definition of “psychoactive effect” in Australian drug legislation. **The International Journal on Drug Policy**, v. 40, p. 16–25, fev. 2017.

BARRETO, S. M. et al. Experimentação e uso atual de cigarro e outros produtos do tabaco entre escolares nas capitais brasileiras (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 62–76, 2014.

BATISTA, C. B. et al. A educação permanente em redução de danos: experiência do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180071, 14 fev. 2019.

BERRY, M. S.; JOHNSON, M. W. Does being drunk or high cause HIV sexual risk behavior? A systematic review of drug administration studies. **Pharmacology, Biochemistry, and Behavior**, v. 164, p. 125–138, jan. 2018.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1350–1360, jun. 2009.

BEST, O.; BAN, S. Adolescence: physical changes and neurological development. **British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)**, v. 30, n. 5, p. 272–275, 11 mar. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 8069**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 20 maio. 2022.

BRASIL. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2017)**. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/iii-levantamento-nacional/>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRITO, E. S. et al. A cross-sectional study of the COVID-19 pandemic impacts among Brazilian sexual and gender minorities. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e16611628705–e16611628705, 24 abr. 2022.

BOZZOLA E, SPINA G, AGOSTINIANI R, BARNI S, RUSSO R, SCARPATO E, DI MAURO A, DI STEFANO AV, CARUSO C, CORSELLO G, STAIANO A. The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 Aug 12;19(16):9960.

BUNDY, D. A. P. et al. (EDS.). **Child and Adolescent Health and Development**. 3rd. ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico USF**, v. 19, n. 2, p. 221–232, ago. 2014.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 552–563, 2012.

CARNEY, T.; MYERS, B. Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 7, n. 1, p. 25, 14 jun. 2012.

CASTALDELLI-MAIA, J. M. et al. The role of drug use sequencing pattern in further problematic use of alcohol, tobacco, cannabis, and other drugs. **Journal of Mental Health (Abingdon, England)**, v. 24, n. 1, p. 9–14, fev. 2015.

CÉZAR, M. DE A.; OLIVEIRA, M. A. Redução de danos: uma experiência na atenção básica. **Mental**, v. 11, n. 21, p. 486–500, dez. 2017a.

CÉZAR, M. DE A.; OLIVEIRA, M. A. Redução de danos: uma experiência na atenção básica. **Mental**, v. 11, n. 21, p. 486–500, dez. 2017b.

CIAPPONI, A. et al. **SYSTEMATIC REVIEW OF THE LINK BETWEEN TOBACCO AND POVERTY**. [s.l.: s.n.].

CLAYTON, H. et al. Does the association between substance use and sexual risk behaviors among high school students vary by sexual identity? **Addictive behaviors**, v. 93, p. 122–128, jun. 2019.

COLLINS, S. E.; MALONE, D. K.; CLIFASEFI, S. L. Housing Retention in Single-Site Housing First for Chronically Homeless Individuals With Severe Alcohol Problems. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. Suppl 2, p. S269–S274, dez. 2013.

CONWAY, K. P. et al. Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 4, p. 280–288, abr. 2016.

CORRIGAN, P. W. et al. The rational patient and beyond: Implications for treatment adherence in people with psychiatric disabilities. **Rehabilitation Psychology**, v. 59, n. 1, p. 85–98, 2014.

DEGENHARDT, L. et al. Illicit Drug Dependence. In: PATEL, V. et al. (Eds.). **Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)**. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2016.

DEMANT, D. et al. LGBT communities and substance use in Queensland, Australia: Perceptions of young people and community stakeholders. **PLoS ONE**, v. 13, n. 9, 27 set. 2018.

DRUMOND, E. DE F.; SOUZA, H. N. F. DE; HANG-COSTA, T. A. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 607–616, dez. 2015.

DVORSKY, M. R.; LANGBERG, J. M. Cigarette and e-cigarette use and social perceptions over the transition to college: The role of ADHD symptoms. **Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors**, v. 33, n. 3, p. 318–330, maio 2019.

ETCHEPARE, M. et al. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. **Rev. AMRIGS**, p. 140–146, 2011.

FIGUEIREDO, V. C. et al. ERICA: smoking prevalence in Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. Suppl 1, 2 fev. 2016.

GABRIELIAN, S. et al. Factors affecting exits from homelessness among persons with serious mental illness and substance use disorders. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, n. 4, p. e469-476, abr. 2015.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. spe, p. 888–895, out. 2005.

GIACOMOZZI, A. I. et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 612–622, set. 2012.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**, p. 2327–2338, 2018.

GOMES-MEDEIROS, D. et al. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00242618, 29 jul. 2019.

GREYDANUS, D. E.; MERRICK, J. **Medical history: Some perspectives**. [s.l: s.n.].

GRISWOLD, M. G. et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015–1035, 22 set. 2018.

GUIMARÃES, R. A. et al. Use of illicit drugs by adolescents and young adults of an urban settlement in Brazil. **Revista Da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 64, n. 2, p. 114–118, fev. 2018.

HANCOCK, D. B. et al. Human Genetics of Addiction: New Insights and Future Directions. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 2, p. 8, 5 mar. 2018.

HORTA, R. L. et al. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. suppl 1, p. 31–45, 2014.

HORTA, R. L. et al. Prevalence and factors associated with illicit drug use throughout life: National School Health Survey 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018a.

HORTA, R. L. et al. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 29 nov. 2018b.

ISAZA, C. et al. Genetic variants associated with addictive behavior in Colombian addicted and non-addicted to heroin or cocaine. **Colombia Médica**, v. 44, n. 1, p. 19–25, jan. 2013.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, v. 19, p. 211–221, jun. 2014.

KEDIA, S. K. et al. The Association Between Substance Use and Violence: Results from a Nationally Representative Sample of High School Students in the United States. **Community Mental Health Journal**, v. 57, n. 2, p. 294–306, 1 fev. 2021.

LARENTIS, C. P.; MAGGI, A. **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100009>. Acesso em: 12 ago. 2022.

LEOPOLDO, K.; LEYTON, V.; OLIVEIRA, L. G. DE. Uso exclusivo de álcool e em associação a outras drogas entre motoristas de caminhão que trafegam por rodovias do Estado de São Paulo, Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1916–1928, set. 2015.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 580–595, 2013.

MADSEN, H. B.; BROWN, R. M.; LAWRENCE, A. J. Neuroplasticity in addiction: cellular and transcriptional perspectives. **Frontiers in Molecular Neuroscience**, v. 5, p. 99, 12 nov. 2012.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 136–146, set. 2011.

MALTA, D. C. et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 46–61, 2014.

MALTA, D. C. et al. Use of psychoactive substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. **Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 21, n. suppl 1, p. e180004, 29 nov. 2018.

MALTA, D. C. et al. Trends in smoking prevalence in all Brazilian capitals between 2006 and 2017. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, n. 5, 2019a.

MALTA, D. C. et al. Factors associated with family violence against adolescents based on the results of the National School Health Survey (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1287–1298, 2 maio 2019b.

MALTA, D. C. et al. Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. **Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 24, n. suppl 1, p. e210022, 2021.

MALTA1, A. et al. Tendências de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017. v. 45, n. 5, p. e20180384–e20180384, 2019.

MARSHAL, M. P. et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. **Addiction (Abingdon, England)**, v. 103, n. 4, p. 546–556, abr. 2008.

MAXWELL, S.; SHAHMANESH, M.; GAFOS, M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. **The International Journal on Drug Policy**, v. 63, p. 74–89, jan. 2019.

MCCLORY, A. J.; SPEAR, L. P. Effects of ethanol exposure during adolescence or in adulthood on Pavlovian conditioned approach in Sprague-Dawley rats. **Alcohol**, v. 48, n. 8, p. 755–763, dez. 2014.

MCLELLAN, A. T. Substance Misuse and Substance use Disorders: Why do they Matter in Healthcare? **Transactions of the American Clinical and Climatological Association**, v. 128, p. 112–130, 2017.

MEACHAM, M. C. et al. Alcohol and Tobacco Use Disorder Comorbidity in Young Adults and the Influence of Romantic Partner Environments. **Drug and alcohol dependence**, v. 132, n. 0, p. 149–157, 1 set. 2013.

MESSERI, P. et al. Examining differences in cigarette smoking prevalence among young adults across national surveillance surveys. **PLoS One**, v. 14, n. 12, p. e0225312, 2019.

- MIRRA, A. P. et al. Smoking control at the School of Public Health, Universidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 1, p. 48–53, fev. 2016.
- MORADMAND-BADIE, B. et al. Concerning Unprotected Sex and Illicit Substance Use among Iranian University Students. **Journal of International Translational Medicine**, v. 8, n. 1, p. 1–7, 1 mar. 2020.
- MORAIS, É. A. H. DE et al. Fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2349–2362, 27 maio 2022.
- NETO, O. et al. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, p. 373–382, 1 set. 2013.
- NUNES, H. R. DE C.; MURTA-NASCIMENTO, C.; LIMA, M. C. P. Impacto da Lei Seca sobre a mortalidade no trânsito nas unidades federativas do Brasil: uma análise de série temporal interrompida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210045, 13 ago. 2021.
- OHANNESSIAN, C. M. Anxiety and Substance Use during Adolescence. **Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse**, v. 35, n. 4, p. 418–425, 2014.
- ORSOLINI, L. et al. The use of new psychoactive substances (NPS) in young people and their role in mental health care: a systematic review. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 19, n. 12, p. 1253–1264, dez. 2019.
- PARK, S.; KIM, Y. Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. **BMC public health**, v. 16, p. 79, 27 jan. 2016.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 154–162, abr. 2011.
- PAZ, F. M. et al. School health promotion and use of drugs among students in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 7 maio 2018.
- PINTO, D. DE S. et al. Escala de avaliação de comportamento sexual de risco para adultos: tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, p. 205–211, ago. 2007.
- PONCE, J. DE C.; LEYTON, V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 65–69, 2008.
- QUIROGA, F. L.; VITALLE, M. S. DE S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 863–878, set. 2013.
- RAHIM, M.; PATTON, R. The association between shame and substance use in young people: a systematic review. **PeerJ**, v. 3, p. e737, 22 jan. 2015.
- RAPOSO, J. C. D. S. et al. Binge drinking and illicit drug use among adolescent students. **Revista De Saude Publica**, v. 51, p. 83, 4 set. 2017.
- REHM, J. et al. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. **Addiction**, v. 107, n. 1, p. 51–59, 2012.

- ROCHA, M. I. DE U. M. DA et al. Lifestyle, health characteristics and alcohol abuse in young adults who are non-daily smokers. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 128, n. 6, p. 354–359, dez. 2010.
- RODRIGUES, T. F. C. DA S. et al. Aumento das internações por uso de drogas de abuso: destaque para mulheres e idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 2, p. 73–82, jun. 2019.
- ROMEIRO, J. S. et al. Violência física e fatores associados em participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 611–624, 12 fev. 2021.
- ROSNER, B. et al. Substance use among sexual minorities in the US – Linked to inequalities and unmet need for mental health treatment? Results from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). **Journal of Psychiatric Research**, v. 135, p. 107–118, 1 mar. 2021.
- ROXBURGH, A. et al. Sexual identity and prevalence of alcohol and other drug use among Australians in the general population. **The International Journal on Drug Policy**, v. 28, p. 76–82, fev. 2016.
- RUIZ CONTRERAS, A. E. et al. Brain, drugs and genes. **Salud mental**, v. 33, n. 6, p. 535–542, dez. 2010.
- SANCHEZ, Z. M. et al. Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015.
- SANTOS, E. O. DOS et al. Assessment of stigma and prejudice in the organization of care networks for drug users. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 29 set. 2021.
- SANTOS, J. A. T. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. p. 9, 2013.
- SCHAEFER, R. et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2849–2858, set. 2018.
- SCHERF, K. S.; BEHRMANN, M.; DAHL, R. E. Facing changes and changing faces in adolescence: a new model for investigating adolescent-specific interactions between pubertal, brain and behavioral development. **Developmental Cognitive Neuroscience**, v. 2, n. 2, p. 199–219, abr. 2012.
- SHINER, M.; WINSTOCK, A. Drug use and social control: The negotiation of moral ambivalence. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 138, p. 248–256, ago. 2015.
- SILINS, E. et al. Adolescent substance use and educational attainment: An integrative data analysis comparing cannabis and alcohol from three Australasian cohorts. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 156, p. 90–96, 1 nov. 2015.
- SILVA, C. F.; ROCHA, P.; SANTOS, P. Consumption of licit and illicit substances in Portuguese young people: a population-based cross-sectional study. **The Journal of International Medical Research**, v. 46, n. 8, p. 3042–3052, ago. 2018.
- SILVEIRA E SOUZA. **A nova lei seca (12.760/2012) e alteração do Código de...** Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/44860/a-nova-lei-seca-12-760-2012-e-alteracao-do-codigo-de-transito-brasileiro-impactos-e-eficacia-na-caracterizacao-de-embriaguez-ao-volante>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

SKOGEN, J. C. et al. Alcohol and drug use among adolescents: and the co-occurrence of mental health problems. Ung@hordaland, a population-based study. **BMJ Open**, v. 4, n. 9, p. e005357, 20 set. 2014.

SRIVASTAVA, S. et al. Does substance use by family members and community affect the substance use among adolescent boys? Evidence from UDAYA study, India. **BMC Public Health**, v. 21, p. 1896, 20 out. 2021.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. DE. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 787–796, dez. 2004.

TUCKER, J. S. et al. Substance Use and Other Risk Factors for Unprotected Sex: Results From An Event-Based Study of Homeless Youth. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 6, p. 1699–1707, ago. 2012.

URBI B, CORBETT J, HUGHES I, OWUSU MA, THORNING S, BROADLEY SA, SABET A, HESHMAT S. Effects of Cannabis in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Parkinsons Dis**. 2022;12(2):495-508.

VALLE, L. E. L. R. DO; MATTOS, M. J. V. M. DE. Adolescência: as contradições da idade. **Revista Psicopedagogia**, v. 28, n. 87, p. 321–323, 2011.

VERMEIREN, R. et al. Violence exposure and substance use in adolescents: findings from three countries. **Pediatrics**, v. 111, n. 3, p. 535–540, mar. 2003.

VERMEULEN-SMIT, E.; VERDURMEN, J. E. E.; ENGELS, R. C. M. E. The Effectiveness of Family Interventions in Preventing Adolescent Illicit Drug Use: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 18, n. 3, p. 218–239, 1 set. 2015.

VETULANI, J. DRUG ADDICTION. PART I. PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE PAST AND PRESENCE. **Pol. J. Pharmacol.**, p. 14, 2001.

VIEIRA, P. C. et al. [Alcohol, tobacco, and other drug use by teenage students in a city in Southern Brazil]. **Cadernos De Saude Publica**, v. 24, n. 11, p. 2487–2498, nov. 2008.

WENDLAND, E. M. et al. Sexual behavior across the transition to adulthood and sexually transmitted infections: Findings from the national survey of human papillomavirus prevalence (POP-Brazil). **Medicine**, v. 97, n. 33, p. e11758, ago. 2018.

WHO. **Global status report on alcohol and health 2018**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>>. Acesso em: 26 abr. 2021a.

WHO. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025**. Geneva: World Health Organization, 2018b.

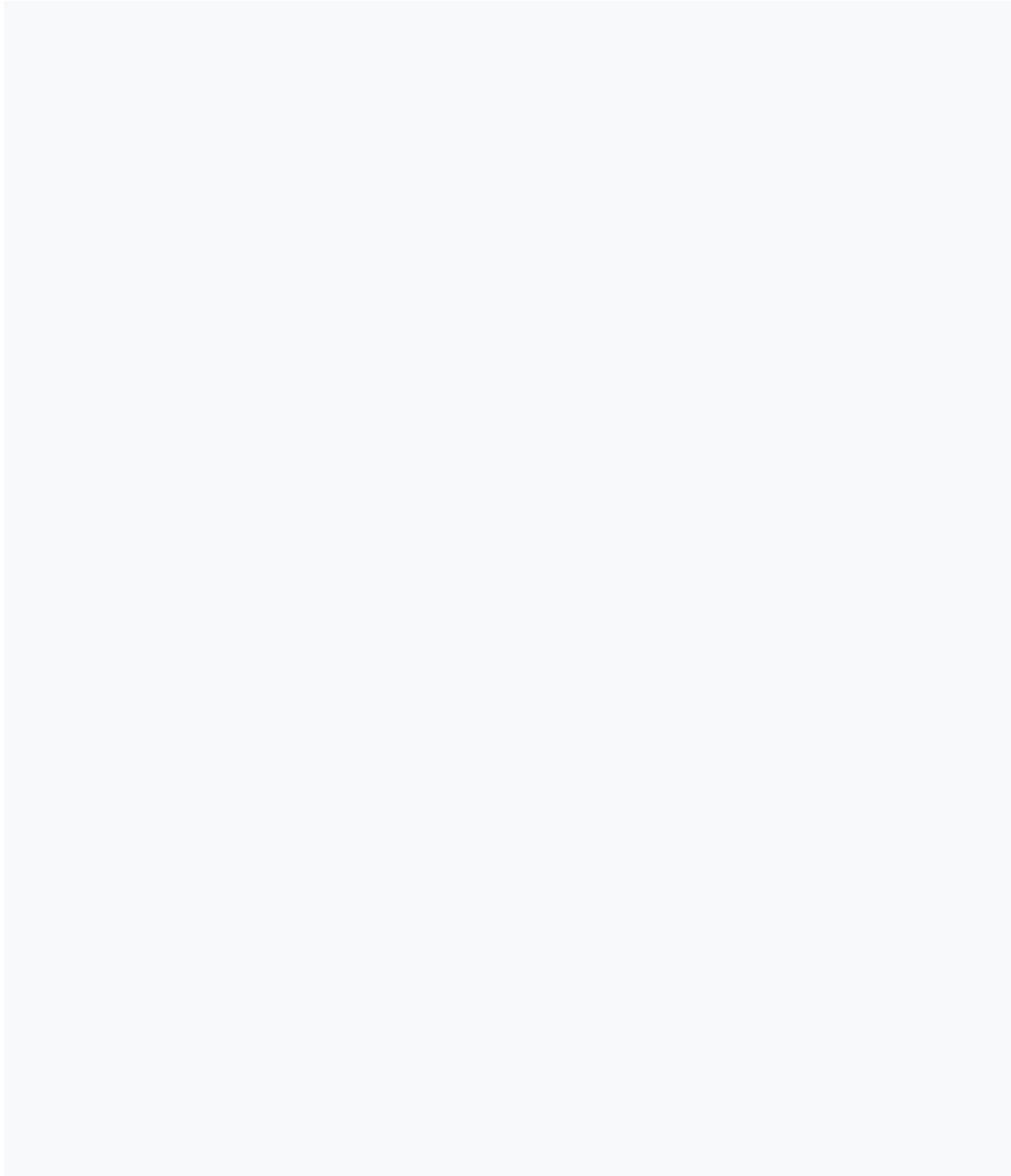
WHO. **WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/26-7-2019-oms-lanca-novo-relatorio-sobre-epidemia-mundial-do-tabaco-brasil-e-2o-pais>>. Acesso em: 22 jun. 2022a.

WHO. **Report on the global tobacco epidemic**. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/en/>. Acesso em: 3 jan. 2020b.

WHO. **World Drug Report 2021**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ZAPPE, J. G.; DAPPER, F. Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 140–158, jun. 2017.

ZOU, Z. et al. Definition of Substance and Non-substance Addiction. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 1010, p. 21–41, 2017.



ANEXO I - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo POP-Brasil

Pesquisador: ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55929616.2.3004.5345

Instituição Proponente: Hospital Moinhos de Vento - HMV

Patrocinador Principal: Hospital Moinhos de Vento - HMV

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.636.385

Apresentação do Projeto:

O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, antecedido apenas pelos cânceres de mama e colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O vírus HPV é a principal causa do câncer de colo de útero, além de ser associado a outras doenças, como câncer peniano e verrugas genitais^{9,10}. Os estudos de prevalência de infecção pelo HPV publicados no Brasil, em sua maioria, envolvem amostras de mulheres que procuraram serviços de saúde pontuais para rastreamento ou tratamento. Não existem estudos com abrangência nacional e com metodologia uniforme para avaliar sua prevalência e os subtipos mais frequentes do mesmo¹¹. A falta de resultados sistematizados sobre a magnitude desse problema a nível nacional impõe limitações para o planejamento das ações de vigilância e controle, seja voltado à avaliação da adequação da vacina à realidade da população brasileira e ao impacto do programa de vacinação do HPV, através de comparações futuras da infecção do HPV e subtipos mais frequentes, à fatores associados a infecção pelo HPV ou à identificação de grupos de maior vulnerabilidade e risco para a doença. Assim, a análise crítica dos resultados desse estudo poderá contribuir com o conhecimento epidemiológico necessário para o fortalecimento e redirecionamento das políticas de controle do câncer do colo do útero.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.636.385

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Determinar a prevalência nacional da presença de HPV e seus tipos (em especial 6, 11, 16 e 18) em homens e mulheres de 16 a 25 anos provenientes de diferentes regiões do país.

Objetivos específicos

Estimar a prevalência do HPV no Brasil e seus principais tipos em ambos os sexos.

Comparar a prevalência de HPV entre as diferentes regiões do Brasil.

Identificar fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e regionais associados à infecção pelo HPV e seus tipos, em especial aos subtipos 6, 11, 16 e 18 na população estudada.

Estimar a prevalência de verrugas genitais e infecção por HPV oral.

Estabelecer uma linha de base que permita, através de painéis transversais, avaliar a efetividade da vacinação do HPV e seus efeitos indiretos em homens (efeito rebanho)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A coleta de material é semelhante ao exame preventivo do câncer do colo uterino, podendo causar sangramento e desconforto eventual, que diminui se a mulher conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica e de forma delicada. A coleta de material do pênis e escroto é realizada com uma pequena escovinha sobre a pele e não deverá causar desconforto. Como o questionário avalia questões de comportamento sexual e uso de drogas, poderá causar constrangimento. Caso o participante fique constrangido em responder a alguma pergunta que está sendo feita, poderá optar por não responder. Os riscos em participar do estudo não excedem os riscos da vida diária.

Benefícios:

Os resultados obtidos irão orientar as políticas de saúde no Brasil. Os participantes terão a possibilidade de diagnóstico precoce da infecção pelo HPV e receberão orientações a respeito na sua Unidade Básica de Saúde. Também terão a possibilidade de realizar o teste rápido do HIV no momento da entrevista, caso este exame esteja disponível na unidade. Se, durante a coleta de material biológico, for detectada alguma lesão, ele será tratado na sua Unidade Básica de Saúde, ou encaminhado para o serviço adequado,

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.636.385

conforme os
profissionais de saúde julgarem necessário

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A UFCSPA é instituição co-participante. Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do HMV.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699627.pdf	07/06/2016 17:51:16		Aceito
Outros	Declaracao_de_Isencao_de_onus_financeiro_Curitiba.pdf	07/06/2016 17:49:54	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Declaracao_de_Ciencia_EW_Curitiba.pdf	07/06/2016 17:47:23	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Ciencia_de_Interesse_Campo_de_Pesquisa_Curitiba.pdf	07/06/2016 17:46:59	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_053_CEP_Curitiba.pdf	07/06/2016 17:44:00	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	BOA_VISTA_ANUENCIA_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:42:29	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_057_CEP_Boa_Vista.pdf	07/06/2016 17:41:58	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	PARA_anuencia_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:40:31	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_056_CEP_Belem.pdf	07/06/2016 17:40:07	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	RIO_BRANCO_Anuencia_Valerya_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:39:25	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.636.385

Outros	RIO_BRANCO_Anuencia_Susy_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:39:09	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	RIO_BRANCO_Anuencia_Geana_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:38:49	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_055_CEP_Rio_Branco.pdf	07/06/2016 17:38:17	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	ARACAJU_ANUENCIA_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:37:43	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_054_CEP_Aracaju.pdf	07/06/2016 17:37:28	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	RECIFE_anuencia_POP_BRASIL.jpg	07/06/2016 17:35:47	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_052_CEP_Recife.pdf	07/06/2016 17:35:16	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	JOAO_PESSOA_Anuencia_POP_BRASIL.jpg	07/06/2016 17:34:30	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_051_CEP_Joao_Pessoa.pdf	07/06/2016 17:34:08	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	SAO_LUIS_anuencia_POP_BRASIL.jpg	07/06/2016 17:31:56	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_050_CEP_Sao_Luis.pdf	07/06/2016 17:31:28	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	CAMPO_GRANDE_ANUENCIA_POP_BRASIL.pdf	07/06/2016 17:27:49	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_047_CEP_Campo_Grande.pdf	07/06/2016 17:25:56	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Cuiaba_Anuencia_Pop_Brasil.PDF	07/06/2016 17:14:23	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_049_CEP_Cuiaba.pdf	07/06/2016 17:14:02	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	GOIANIA_ANUENCIA_POP_Brasil.pdf	07/06/2016 17:13:20	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Oficio_048_CEP_Goiania.pdf	07/06/2016 17:10:00	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_parecer_CEP_HMV_155328.pdf	07/06/2016 17:08:11	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699627.pdf	10/05/2016 15:58:42		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699627.pdf	10/05/2016 11:47:00		Aceito
Outros	oficio_encaminhamento_fortaleza.PDF	10/05/2016 11:30:58	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	oficio_encaminhamento_porto_velho.PDF	10/05/2016 11:29:21	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	oficio_encaminhamento_DF.PDF	10/05/2016 11:27:14	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	oficio_encaminhamento_Maceio.PDF	10/05/2016	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.636.385

Outros	oficio_encaminhamento_Maceio.PDF	11:26:35	ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Solicitacao_inclusao_coparticipante_UF_CSPA.PDF	10/05/2016 11:09:54	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	termo_compromisso_entrega_relatorio_UFCSPA.pdf	10/05/2016 09:59:14	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	termo_armazenamento_material_biologico.pdf	10/05/2016 09:58:35	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Rondonia.jpg	10/05/2016 09:20:08	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA_Fortaleza.pdf	10/05/2016 09:07:09	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	lattes_Teresa_Cristina_Vieira_Segatto.pdf	10/05/2016 09:06:09	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	lattes_Luciano_Serpa_Hammes.pdf	10/05/2016 09:05:27	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Lattes_Maicon_Falavigna.pdf	10/05/2016 09:05:05	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Lattes_Eliana_Wendland.pdf	10/05/2016 09:04:18	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_DF.pdf	10/05/2016 08:55:06	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_Alagoas.jpg	10/05/2016 08:51:57	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Termo_compromisso_utilizacao_prontuarios_bases_dados.pdf	09/05/2016 17:50:31	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade.pdf	09/05/2016 17:49:46	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_de_coleta_de_material_biologico_6maio2016_EW.pdf	09/05/2016 17:42:38	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_POPBrasil_08abril2016_EW.pdf	09/05/2016 17:42:02	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	QuestionarioPOP_Brasil_09maio2016.pdf	09/05/2016 17:39:14	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_POPBrasil_6maio2016.pdf	06/05/2016 10:58:47	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_POPBrasil.pdf	06/05/2016 10:56:30	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.636.385

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Julho de 2016

Assinado por:

**Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)**

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**ANEXO II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO
POP BRASIL**

A - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

A.1 Cidade:	B – CONVITE
A.2 Estado:	_____
A.3 UBS:	_____
A.4 Nome do entrevistador:	_____
A.5 Formação do entrevistador:	<input type="checkbox"/> Técnico enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico

Com licença! Você teria alguns minutos para conversar?

Meu nome é _____. Qual o seu nome? _____

Nós estamos querendo conversar com jovens entre 16 e 25 anos. Você tem essa idade?

--> **SE ELEGÍVEL, DIGA:** Nós fazemos parte de um estudo chamado POP-Brasil que foi pensado para jovens como você. Você sabia que o Papilomavirus Humano (HPV) pode causar câncer do colo do útero, pênis e boca? A boa notícia é que é possível evitar que isso ocorra.

Posso lhe falar sobre o estudo?

--> **SE SIM: APRESENTE O FOLDER E EXPLIQUE O CONTEÚDO.**

--> **SE NÃO: INSISTA COM EDUCAÇÃO SALIENTANDO A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO.**

Você quer participar?

CONFIRME OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E EXCLUSÃO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE. TODAS AS ALTERNATIVAS DEVEM ESTAR ASSINALADAS.

Idade entre 16 - 25 anos?

Já teve relações sexuais?

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO. NENHUMA DAS ALTERNATIVAS DEVE ESTAR ASSINALADAS.

Está grávida no momento?

Realizou cirurgia para retirada total ou parcial do colo uterino?

Teve histórico de lesão pré-maligna de colo uterino ou câncer e foi submetida a tratamento cirúrgico

do colo uterino?

LEIA O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DE FORMA CLARA. CASO SURJAM DÚVIDAS, CONVERSE COM CALMA E TENDE ESCLARECER. ASSINE O TCLE E COMECE A ENTREVISTA.

B.6	Assinou o TCLE [] 0 - Não [] 1 - Sim
------------	--

--> **SE SIM: COMECE A ENTREVISTA.**

--> **SE NÃO: ENCERRE A PARTICIPAÇÃO.**


C - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE


Para iniciarmos nossa conversa, vou pedir algumas informações básicas.


C.1	Qual o seu nome completo? (ESCREVA COM LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVEIE. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____	
C.2	Qual o seu Sexo? [] 0 - Masculino [] 1 - Feminino	□□□
C.3	Qual o nome da sua mãe? (ESCREVA COM LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVEIE. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____	
C.4	Qual a sua data de nascimento? Ex.: 05/05/1999 _____/_____/_____ DIA MÊS ANO	
C.5	Qual o seu CPF? _____._____._____.____.	() Não sabe CPF
C.6	Qual o seu RG (carteira de identidade)? _____	() Não sabe RG

C.7	Qual o seu endereço? (ESCREVA COM LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVEIE) Endereço: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____	
	Zona: () Urbana () Rural () Periurbana (área localizada na linha entre rural e urbana)	
C.8	Você teria telefone para contato?	Qual sua relação com este contato?
	Telefone 1: () _____ (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	_____
	Telefone 2: () _____	_____
	Telefone 3: () _____	_____
C.9	Qual seu E-MAIL? _____ () Não tem e-mail	
C.10	Qual seu FACEBOOK? _____ () Não tem FACEBOOK	
C.11	Quantas vezes você compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) nos últimos 12 meses? (ESCREVA APENAS NÚMEROS) _____ vezes	

D – Agora vou fazer algumas perguntas sobre quem é você e qual é a sua família.

	(MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS) Como você se classificaria a respeito de sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> 01 - Branca <input type="checkbox"/> 02 - Preta <input type="checkbox"/> 03 - Parda (Mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) <input type="checkbox"/> 04 - Amarela (Origem japonesa, chinesa, coreana etc.) <input type="checkbox"/> 05 - Indígena <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder <input type="checkbox"/> 79 - Não sabe
	(LEIA AS ALTERNATIVAS) Atualmente você está: <input type="checkbox"/> 1 - Sozinho (a) / Solteiro (a) / Sem parceiro (a) <input type="checkbox"/> 2 - Namorando / Ficando <input type="checkbox"/> 3 - Casado (a) / Morando junto com parceiro (a) <input type="checkbox"/> 4 - Separado (a) / Divorciado (a)

	<input type="checkbox"/> 5 - Viúvo (a)
D.3	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Você está estudando atualmente?</p> <input type="checkbox"/> 1 - Sim, escola pública (IR PARA QUESTÃO D.5) <input type="checkbox"/> 2 - Sim, escola particular (IR PARA QUESTÃO D.5) <input type="checkbox"/> 3 - Não, já frequentou a escola e interrompeu <input type="checkbox"/> 4 - Não, já concluiu os estudos <input type="checkbox"/> 5 - Nunca frequentou a escola (IR PARA QUESTÃO D.6)
D.4	<p>Com que idade você parou/concluiu os estudos?</p> <p>Ex.: 19 anos _____ anos completos</p>
 D.5	<p>(MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS) Até que série você estudou ou estuda?</p> <input type="checkbox"/> 1 - Alfabetização de Jovens e Adultos <input type="checkbox"/> 2 - Ensino Fundamental ou 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3 - Ensino Fundamental ou 1º grau completo <input type="checkbox"/> 4 - Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo do Ensino Fundamental (1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino Médio ou 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 6 - Ensino Médio ou 2º grau completo <input type="checkbox"/> 7 - EJA ou Supletivo do Ensino Médio <input type="checkbox"/> 8 - Curso superior ou 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 9 - Curso superior ou 3º grau completo
D.6	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Você trabalha atualmente?</p> <input type="checkbox"/> 1 - Com carteira assinada <input type="checkbox"/> 2 - Sem carteira assinada / Trabalho informal / Por conta própria <input type="checkbox"/> 3 - Servidor público <input type="checkbox"/> 4 - Dono (a) de casa <input type="checkbox"/> 5 - Não trabalha


 D.7	<p>MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?</p> <input type="checkbox"/> 01 - Menos de 830 reais <input type="checkbox"/> 02 - Entre 830 e 1659 reais <input type="checkbox"/> 03 - Entre 1660 e 2489 reais <input type="checkbox"/> 04 - Entre 2490 e 3319 reais
--	---


	<input type="checkbox"/> 05 - Entre 3320 e 4149 reais <input type="checkbox"/> 06 - Entre 4150 e 4979 reais <input type="checkbox"/> 07 - Entre 4980 e 5809 reais <input type="checkbox"/> 08 - Entre 5810 e 6639 reais <input type="checkbox"/> 09 - Entre 6640 e 7469 reais <input type="checkbox"/> 10 - 7470 reais ou mais <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder <input type="checkbox"/> 79 - Não sabe
D.7.1	<p>Quantas pessoas (adultos e crianças), INCLUINDO VOCÊ, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia.</p> <p style="text-align: right;">_____ pessoas</p> <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder <input type="checkbox"/> 79 - Não sabe
D.8	<p>(COLOQUE O Nº AO LADO) Na sua casa você tem quantos...?</p> <p>D.8.1 - Banheiros [] D.8.2 - Empregados domésticos, pelo menos 5 dias por semana [] D.8.3 - Automóveis para passeio, uso particular [] D.8.4 - Microcomputador/notebook/netbook/laptop [] D.8.5 - Lava louça [] D.8.6 - Geladeira [] D.8.7 - Freezer independente ou de geladeira duplex [] D.8.8 - Lava roupa, excluindo tanquinho [] D.8.9 - DVD [] D.8.10 - Micro-ondas [] D.8.11 – Motocicleta, desconsiderando as usadas exclusivamente para trabalho [] D.8.12 - Secadora de roupa, considerando lava e seca []</p>
D.9	<p>Qual o grau de instrução do chefe da família? – (ESCOLARIDADE DA PESSOA DE REFERÊNCIA)</p> <input type="checkbox"/> 1 – Analfabeto / Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 2 - Fundamental completo <input type="checkbox"/> 3 - Médio incompleto <input type="checkbox"/> 4 - Médio completo / Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5 - Superior completo
D.10	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:</p> <input type="checkbox"/> 1 - Água encanada (Rede geral de distribuição) <input type="checkbox"/> 2 - Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 3 - Outro meio
D.11	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:</p> <input type="checkbox"/> 1 - Asfaltada/Pavimentada

**E - Agora gostaríamos de saber sobre o seu comportamento quanto ao fumo, uso de álcool e outros tipos de drogas.
As informações serão mantidas em sigilo pela equipe do estudo.**

E.1	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Atualmente, você fuma cigarros? <input type="checkbox"/> 0 - Não <input type="checkbox"/> 1 - Sim, diariamente (IR PARA QUESTÃO E.4) <input type="checkbox"/> 2 - Sim, mas não diariamente (IR PARA QUESTÃO E.5)</p>
E.2	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) No passado, você já fumou? <input type="checkbox"/> 0 - Não (IR PARA QUESTÃO E.8) <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Sim, mas não diariamente</p>
E.3	<p>Que idade você tinha quando parou de fumar? (IR PARA QUESTÃO E.8) Ex.: 24 anos _____ anos</p>
E.4	<p>Quantos cigarros você fuma por dia? (IR PARA QUESTÃO E.6) Ex.: 06 cigarros _____ cigarros</p>
E.5	<p>Quantos cigarros você fuma por semana? Ex.: 06 cigarros _____ cigarros</p>
E.6	<p>Que idade você tinha quando começou a fumar? Ex.: 09 anos _____ anos</p>

E.7	<p>Você já tentou parar de fumar? <input type="checkbox"/> 0 - Não <input type="checkbox"/> 1 - Sim</p>
E.8	<p>Você já usou algum tipo de droga, incluindo bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 00 - Não (IR PARA QUESTÃO F.1) <input type="checkbox"/> 01 - Sim <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO E.11)</p>
	<p>MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS - PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA <u>Durante a sua vida</u>, quais dessas drogas você já usou para fins de lazer / diversão?</p>

 E.9	<input type="checkbox"/> E.9.1 - Álcool <input type="checkbox"/> E.9.2 - Maconha <input type="checkbox"/> E.9.3 - Cocaína <input type="checkbox"/> E.9.4 – Ecstasy (bala) <input type="checkbox"/> E.9.5 - Cola de sapateiro <input type="checkbox"/> E.9.6 - Cheirinho da loló (lança-perfume) <input type="checkbox"/> E.9.7 - Crack <input type="checkbox"/> E.9.8 - Heroína <input type="checkbox"/> E.9.9 - Haxixe <input type="checkbox"/> E.9.10 - LSD <input type="checkbox"/> E.9.11 - Morfina <input type="checkbox"/> E.9.12 - Dolantina <input type="checkbox"/> E.9.13 - Moderador de apetite, bolinha, arrebite <input type="checkbox"/> E.9.14 - Calmantes, tranquilizantes <input type="checkbox"/> E.9.15 - Outras drogas (IR PARA E.9.15.1) E.9.15.1 - Quais outras drogas você usou? <hr/>
---	--


 E.10	SE CONSUMIU PELO MENOS UMA DAS DROGAS MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS	
	<u>E nos últimos doze meses</u> , quantas vezes você consumiu essa (s) droga (s)?	
E.10.1	Álcool <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.2	Maconha <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.3	Cocaína <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.4	Ecstasy <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.5	Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano

	<input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.6	Cheirinho da loló (lança-perfume) <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.7	Crack <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.8	Heroína <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez


E.10.9	Haxixe <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.10	LSD <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.11	Morfina <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.12	Dolantina <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez
E.10.13	Moderador de apetite, arrebite <input type="checkbox"/> 1- Todos os dias <input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano <input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez

E.10.14	<p>Calmantes, tranquilizantes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Todos os dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Mais de 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3- 2 a 3 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Algumas vezes no ano</p> <p><input type="checkbox"/> 5- 1 vez no ano</p> <p><input type="checkbox"/> 6- Nenhuma vez</p>
----------------	---

E.11	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Você costuma usar drogas, incluindo bebida alcoólica, antes de fazer sexo?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não (IR PARA QUESTÃO F.1)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO F.1)</p>
E.12	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Quando você faz sexo após usar drogas, incluindo bebida alcoólica, você usa camisinha?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder</p>

F.1	<p>(PARA MULHERES): Qual foi a idade da sua primeira menstruação?</p> <p>_____ anos</p> <p><input type="checkbox"/> 80 – Homens</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não lembra</p>
F.2	<p>Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?</p> <p>_____ anos</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não lembra</p>
F.3	<p>Quando você tem relações sexuais, você e seu (a) parceiro (a) utilizam algum método para evitar gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não (IR PARA QUESTÃO F.5)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO F.5)</p>
F.4	<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div> <p>MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS - PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA Qual (is) método (s)?</p> <p><input type="checkbox"/> F.4.1 - Preservativo/Camisinha</p> <p><input type="checkbox"/> F.4.2 - DIU de cobre</p> <p><input type="checkbox"/> F.4.3 - Tabelaquinha</p> <p><input type="checkbox"/> F.4.4 – Anticoncepcional oral/injetável</p> </div> </div>

	<input type="checkbox"/> F.4.5 - Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/> F.4.6 - Anel vaginal <input type="checkbox"/> F.4.7 - DIU Mirena/Implante anticoncepcional <input type="checkbox"/> F.4.8 - Coito interrompido <input type="checkbox"/> F.4.9 - Ligadura de trompas <input type="checkbox"/> F.4.10 - Vasectomia <input type="checkbox"/> F.4.11 - Não sabe
F.5	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual era:</p> <input type="checkbox"/> 00 - Do mesmo sexo que você <input type="checkbox"/> 01 - Do sexo oposto ao seu <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder
F.6	<p>Que idade tinha essa pessoa? _____ anos</p> <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder <input type="checkbox"/> 79 - Não lembra
F.7	<p>Vocês usaram preservativo? (camisinha)</p> <input type="checkbox"/> 00 - Não <input type="checkbox"/> 01 - Sim <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder
F.8	<p>Com quantas pessoas você teve relações sexuais nos últimos 5 anos? _____ pessoas</p> <input type="checkbox"/> 00 – Ninguém (IR PARA QUESTÃO F.11) <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO F.10) <input type="checkbox"/> 79 - Não lembra (IR PARA QUESTÃO F.10)
F.9	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS) Essa (s) pessoa (s) era (m):</p> <input type="checkbox"/> 01 - Do mesmo sexo que você <input type="checkbox"/> 02 - Do sexo oposto ao seu <input type="checkbox"/> 03 - Ambos <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder <input type="checkbox"/> 79 - Não lembra
F.10	<p>E nos últimos doze meses, com quantas pessoas você teve relações sexuais? Ex.: 02 pessoas _____ pessoas</p> <input type="checkbox"/> 00 - Ninguém <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder <input type="checkbox"/> 79 - Não lembra
F.11	<p>E qual o sexo da última pessoa que você teve relação sexual?</p> <input type="checkbox"/> 01 - Do mesmo sexo que você <input type="checkbox"/> 02 - Do sexo oposto ao seu <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder

 <p>F. 12</p>	<p>(MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS) Em que lugar você conheceu este (a) parceiro (a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Na sua casa ou na casa de alguém da família <input type="checkbox"/> 02 - Na casa de amigos <input type="checkbox"/> 03 - Na escola <input type="checkbox"/> 04 - No trabalho <input type="checkbox"/> 05 - Em viagem e/ou férias <input type="checkbox"/> 06 - Igreja ou outras organizações religiosas <input type="checkbox"/> 07 - Bar, restaurante, festa, baile <input type="checkbox"/> 08 - Local público (rua, ônibus, metrô, etc.) <input type="checkbox"/> 09 - Internet (facebook, sites de relacionamento) <input type="checkbox"/> 10 - App de paquera (Tinder, etc.)</p>
<p>F.13</p>	<p>Você ou seu parceiro (a) usaram preservativo (camisinha) na última relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não <input type="checkbox"/> 01 - Sim <input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder</p>

<p>F.14</p>	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA) Na última relação, durante ou após o ato sexual você sentiu algum dos seguintes sintomas:</p> <p>F.14.1 - Sentiu dor <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR F.14.2 - Apresentou sangramento NR F.14.3 - Sentiu ardência/queimação <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR F.14.4- Outros sintomas (IR PARA F.14.4.1) <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR F.14.4.1- Quais outros sintomas? NR _____ <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR _____</p>
<p>F.15</p>	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA) Quando você transa acontece:</p> <p>F.15.1 - Beijos e abraços <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR F.15.2 - Carícias e/ou masturbação NR F.15.3 - Sexo oral <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR F.15.4 - Penetração anal NR F.15.5 - Penetração vaginal <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR F.15.6 - Outras práticas (IR PARA F15.6.1) NR F.15.6.1 - Quais outras práticas? <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR _____ <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR _____ <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 9-NR</p>

Agora vamos falar sobre sua saúde.


F.16	<p>(PARA MULHERES) Você já esteve grávida?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Nunca (IR PARA QUESTÃO F.23)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 80 - Homens (IR PARA QUESTÃO F.24)</p>
F.17	<p>(PARA MULHERES) Quantas vezes você esteve grávida?</p> <p>Ex.: 05 vezes</p> <p style="text-align: right;">_____ vezes</p>
F.18	<p>(PARA MULHERES) Quantos partos você teve?</p> <p>Ex.: 02 partos</p> <p style="text-align: right;">_____ partos</p>
F.19	<p>(PARA MULHERES) Quantos filhos você teve?</p> <p>Ex.: 03 filhos</p> <p style="text-align: right;">_____ filhos</p>
F.20	<p>(PARA MULHERES) Com quantos anos você teve sua primeira gestação?</p> <p>Ex.: 16 anos</p> <p style="text-align: right;">_____ anos</p>
F.21	<p>(PARA MULHERES) Você já sofreu algum aborto espontâneo?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe</p>
F.22	<p>(PARA MULHERES) Você já provocou algum aborto / interrompeu alguma gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não (IR PARA QUESTÃO F.24)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim (IR PARA QUESTÃO F.24)</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO F.24)</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe (IR PARA QUESTÃO F.24)</p>
F.23	<p>(PARA MULHERES) Alguma vez na vida você quis ter filhos e não conseguiu engravidar?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder</p>
F.24	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS)</p> <p>Você tem, ou já teve alguma infecção transmitida através de relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não (IR PARA QUESTÃO F.27)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim, mas não tem mais</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Sim, ainda tem</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Sim, mas não sabe se ainda tem</p> <p><input type="checkbox"/> 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO F.27)</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe (IR PARA QUESTÃO F.27)</p>
F.25	<p>(LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA)</p>


	Qual (is) a (s) infecção (s) você tem ou teve?
	F.25.1 - Sífilis (cancro duro) [] 0-Não [] 1-Sim [] 8-NS
	F.25.2 - Gonorreia (blenorragia, gota matinal, esquentamento, pingadeira) [] 0-Não [] 1-Sim [] 8-NS
	F.25.3 - Herpes genital (bolhas na genitália – vagina, pênis ou ânus)
	F.25.4 - Verruga genital (condiloma acuminado, couve-flor, crista-de-galo) [] 0-Não [] 1-Sim [] 8-NS
	F.25.5 - HPV [] 0-Não [] 1-Sim [] 8-NS
	F.25.6 – Outras infecções. Quais? [] 0-Não [] 1-Sim [] 8-NS
	_____ [] 0-Não [] 1-Sim [] 8-NS

F.26	(LEIA AS ALTERNATIVAS) O que você fez para tratar este problema? [] 1 - Tomou remédio por conta própria [] 2 - Procurou médico [] 3 - Não fez nada
F.27	Você já fez o exame de HIV? PARA AQUELES QUE RESPONDEREM NÃO, OFEREÇA, SE DISPONÍVEL NA UBS, PARA FAZER O TESTE E REGISTRE O RESULTADO NAS QUESTÕES EC (Final do questionário) [] 00 - Não (IR PARA QUESTÃO G.1) [] 01 - Sim [] 78 - Não quer responder (IR PARA QUESTÃO G.1)
F.28	Sabe o resultado do Exame de HIV? (LEIA AS ALTERNATIVAS) [] 00 - Não [] 01 - Sim, negativo [] 02 - Sim, positivo [] 78 - Não quer responder

G - Agora vamos falar sobre o seu conhecimento sobre o HPV (Papilomavirus Humano) e vacinação.

G.1	Alguns profissionais de saúde falaram com você sobre o HPV? [] 0 - Não [] 1 - Sim
G.2	Você acha que uma pessoa infectada pelo vírus HPV necessariamente apresenta sinais e sintomas?

	<p>Quando você acha que a vacinação contra o HPV deve ser aplicada?</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Antes da primeira relação sexual</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Quando tiver relações sexuais ocasionais</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Quando tiver mais do que um parceiro</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Após a primeira relação sexual</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - A qualquer momento</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Outra (IR PARA G.5.1)</p> <p style="padding-left: 20px;">G.5.1 - Qual outro momento?</p> <p style="padding-left: 20px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe</p>
G.6	<p>(SOMENTE UMA RESPOSTA) (LEIA AS ALTERNATIVAS)</p> <p>Qual a faixa etária para a vacinação contra o HPV?</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - 9 a 13 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - 14 a 17 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Maiores de 18 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 04 – Qualquer idade</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Outra (IR PARA G.6.1)</p> <p style="padding-left: 20px;">G.6.1 - Qual outra faixa etária?</p> <p style="padding-left: 20px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe</p>
G.7	<p>(SOMENTE UMA RESPOSTA) (LEIA AS ALTERNATIVAS)</p> <p>Você sabe quem deve ser vacinado?</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Meninos</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Meninas</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Meninas e meninos</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe</p>
G.8	<p>Você já se vacinou contra o HPV?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sim (IR PARA QUESTÃO G.10)</p>
G.9	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40px; text-align: center;">  </div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>(MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS)</p> <p>- PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA</p> <p>Você não se vacinou contra o HPV, porque:</p> <p><input type="checkbox"/> G.9.1 - Tenho medo dos efeitos colaterais</p> <p><input type="checkbox"/> G.9.2 - Não recebi aconselhamento do meu médico</p> <p><input type="checkbox"/> G.9.3 - A vacina é muito cara</p> <p><input type="checkbox"/> G.9.4 - Não sabia que existia vacina para HPV</p> <p><input type="checkbox"/> G.9.5 – A vacina não é disponibilizada pelo SUS/Posto de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> G.9.6 - Outro motivo (IR PARA G.9.6.1)</p> <p style="padding-left: 20px;">G.9.6.1 - Qual outro motivo?</p> <p style="padding-left: 20px;">_____</p> </div> </div>
G.10	<p>(PARA MULHERES) Você conhece o Exame de Papanicolau?</p>

	<p>(Exame preventivo de câncer de colo de útero)</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não (IR PARA QUESTÃO G.14)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 80 - Homens (IR PARA QUESTÃO G.14)</p>
G.11	<p>(PARA MULHERES) Você já realizou o Exame de Papanicolau? (Exame preventivo de câncer de colo de útero)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não (IR PARA QUESTÃO G.13)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sim</p>
G.12	<p>(PARA MULHERES) Você já teve alguma alteração no Exame Papanicolau?</p> <p><input type="checkbox"/> 00 - Não</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Sim (IR PARA G.12.1)</p> <p>G.12.1 - Qual alteração?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 79 – Não sabe</p>
G.13	<p>(PARA MULHERES) (LEIA AS ALTERNATIVAS)</p> <p>No caso de receber a vacina para o HPV, qual seria a sua atitude com relação ao exame Papanicolau?</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Não realizaria o exame Papanicolau após a vacina</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Realizaria o exame normalmente após vacinada</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Outro (IR PARA G.13.1)</p> <p>G.13.1 - Qual outra atitude?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 79 - Não sabe</p>
G.14	<p>Você apresenta ou apresentou alguma lesão persistente por mais de 15 dias na região da boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não (ENCERRE A ENTREVISTA)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sim</p>
	<p>(MOSTRE O CARTÃO COM AS ALTERNATIVAS)</p> <p>- PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA</p> <p>Qual local da lesão?</p>
G.15	<p><input type="checkbox"/> G.15.1 - Parte externa dos lábios</p> <p><input type="checkbox"/> G.15.2 - Parte interna dos lábios</p> <p><input type="checkbox"/> G.15.3 - Língua</p> <p><input type="checkbox"/> G.15.4 - Assoalho da boca (embaixo da língua)</p> <p><input type="checkbox"/> G.15.5 - Parte interna das bochechas</p> <p><input type="checkbox"/> G.15.6 - Palato (céu da boca)</p> <p><input type="checkbox"/> G.15.7 - Gengiva</p>