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

Nadia Krubskaya Bisch

ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO COMO ALTERNATIVA DE INTERVENÇÃO PARA JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA/CRACK: FOLLOW UP 24 MESES

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre

2018

Nadia Krubskaya Bisch

ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO COMO ALTERNATIVA DE INTERVENÇÃO PARA JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA/CRACK: FOLLOW UP 24 MESES

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

Orientador: Dra. Helena Maria Tannhauser Barros
Coorientadora: Dra. Maristela Ferigolo

Porto Alegre

2018

Catalogação na Publicação

Bisch, Nádia krubskaya
Aconselhamento telefônico como alternativa de intervenção para jovens usuários de cocaína/crack : follow-up de 24 meses / Nádia krubskaya Bisch. -- 2018.
106 f. : graf., tab. ; 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2018.

Orientador(a): Prof. Dra. Helena Maria Tannhauser Barros ; coorientador(a): Prof Dra Maristela Ferigolo.

1. Aconselhamento Telefônico. 2. Adolescentes. 3. Adulto jovem. 4. Cocaína . 5. Crack. I. Título.

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

AGRADECIMENTOS

Professora Helena - quero lhe agradecer todos esses anos de ensinamentos. Já se passaram mais de 10 anos. Quando nos conhecemos eu era apenas uma estagiária, acadêmica de inicio de curso, não sabia quase nada sobre uso de substâncias, tratamento baseado em evidências, pesquisa, etc. Hoje, saio doutora em ciências da saúde, docente de uma universidade e muito do que sou como profissional aprendi com você. A senhora é um exemplo e inspiração. Sabemos que não é fácil, mesmo nos dias de hoje, uma mulher construir uma carreira de sucesso, os desafios são inúmeros, dar conta de todos os papéis que nos são atribuídos é uma tarefa muito difícil, mas a senhora venceu e nos ensinou a vencer também. Obrigada por me instigar, desafiar e me ensinar que sempre posso ir além do que acredito.

Maris - você foi o coração do VIVA. Desde o estágio até o doutorado, sempre me tratou com carinho e respeito. Lembro-me dos ensinamentos sobre como formatar uma apresentação em ppt, ter uma postura exemplar em palestras, escrever uma boa justificativa, entre tantos outros ensinamentos. O melhor em te ter por perto, durante todos esses anos, foram nossos momentos de conversas, entre um mate e outro, sobre a difícil tarefa de ser mulher, profissional e mãe. Obrigada pelo apoio durante todos esses anos.

Minhas colegas e super´s que por tanto tempo convivemos: Hilda, Taís, Simone, Cassandra, Lú Signor, Lú Rizzie, Lidiane, Roger, Heloísa e Kaoara: nossas trocas foram demais! Ao longo desses anos construímos uma bela amizade e parceria recheada de carinho, respeito, muita diversão e inúmeras trocas de conhecimento. Sempre lembrarei do nosso cafofo com carinho.

Aos nossos queridos consultores que executavam com empenho e dedicação os atendimentos e atividades científicas, o meu mais sincero e carinhoso agradecimento. Em

especial, aqueles consultores que contribuíram na construção do banco de dados, revis bibliográfica, ligações proativas ou na construção dos produtos desta tese: Dan, Mi, Lari, Dani, Monique, Luana e Pietra. Obrigada pelo empenho e ajuda vocês foram fundamentais na construção deste trabalho!

Aos Usuários que ligaram para o Ligue 132 obrigada por confiarem em nós e acreditarem que é possível construir uma vida mais saudável.

A todos os membros da Equipe ADM do Ligue 132 muito obrigada por sempre estarem a postos para nos ajudar no que era necessário.

Minhas irmãs de alma: Luana e Mariana – Como transformar em palavras uma conexão que não se explica?! Nossa amizade não vem desta vida. Por essa razão, podemos passar por dificuldades, altos e baixos, em alguns períodos ficamos mais próximas, em outros mais afastadas, mas sempre que alguma de nós precisa, estamos juntas. É muito bom poder contar com vocês! É muito bom ter vocês em nossas vidas (minha e das crianças). Perto ou longe, estamos sempre conectadas! Luana, não te escolhi dinda do Bê a toa. Te escolhi por que te admiro! Tua força, determinação e coragem em enfrentar os obstáculos da vida me inspiram! Mari, meu heminsfério esquerdo, minha parceira de tantos anos, minha sócia, amiga e dinda da Sosso, agradeço aos céus por te ter ao meu lado. Conversar contigo faz bem para qualquer pessoa. És sábia e acolhedora e isso transforma uma relação. Te admiro como profissional, como mãe, mas principalmente, pela mulher que és!

Minhas maridas: Mi e Pati – Vocês foram fundamentais em momentos bem difíceis e importantes da minha vida. Sem o carinho, apoio e amparo de vocês não sei se teria chegado até aqui. Nossa relação é muito mais do que amizade, somos uma família! A família que escolhemos ter aqui na terra, que vai além dos laços de sangue, que não se explica apenas se sente. Amo vocês! Mi, tua capacidade de ver sempre o lado positivo das coisas me transformou, me ensinou a ser mais leve, menos crítica, a buscar o lado bom das coisas

mesmo quando há coisas ruins. Tua lealdade como amiga é ímpar. És um ser huma iluminado. Obrigada por fazer parte da minha vida. Pati, tu, a Isa e a Lulu foram um presente, como diz a Sosso e o Bê, são nossa família, as meninas primas/irmãs. Agradeço aos céus por isso. És uma mulher incrível, admiro demais tua coragem, força e garra ao mesmo tempo em que é sensível e afetuosa. Receber teu colo é sempre muito bom, conversar contigo é muito confortante, sempre com uma palavra sábia. Obrigada por estar sempre aberta a me ouvir e acolher.

Micha, Caê e Lilo – O presente mais precioso que recebi neste último ano foi ter vocês em nossas vidas! Micha, tua amizade, teu carinho e cuidado para comigo e com meus filhotes foi o combustível necessário para que eu seguisse em frente. Inúmeras foram as vezes que corri para tua casa, seja para desopilar, falar besteira, tomar uma ceva e as crianças brincarem ou quando precisava desabafar, chorar e ganhar colo. Só tenho a agradecer!

Lindas e pagodeiras: Má, Lidi, Mari, Carol, Raquel, Dani, Maíra, Lelê – gurias, a vida de adultinha exige muitas responsabilidades, se vivermos apenas para dar conta delas a vida seria muito chata. Com vocês, minha vida ficou mais alegre e mais leve. Nossos encontros regados de pagodinho e boas risadas contribuíram para que eu pudesse renovar as energias e ter força para alcançar esta conquista. Obrigada por todos os momentos que dividimos nestes anos!

Amigos da escola para a vida – Minha vida é muito abençoada, pois não me faltam pessoas queridas que torçam por mim. A lista de amigos é enorme, não quero correr o risco de esquecer ninguém, por isso agradeço a todos, que longe ou perto, sempre mandaram boas energias. Em especial àqueles que de alguma forma estiveram presente na construção deste trabalho: Lise, Nati, Simone, Cezinha, Thiago, Lucas e Cris.

Cesar – Foram 15 anos de união. Nos tornamos adultos juntos e construímos uma linda família. Sempre tivemos como base o carinho, respeito e acima de tudo a amizade que

permanece mesmo após a separação. Tenho orgulho da nossa história e agradeço por po compartilhar tantos momentos contigo. Parte desta conquista eu devo a tua parceria. Obrigada por tudo.

Familiares - O laço de sangue não significa nada, o que conta é a afinidade. Quando o santo bate não se questiona, só se sente. Vocês são, sem sombra de dúvida, pessoas fundamentais na minha trajetória. Agradeço por sempre poder correr para vocês quando o sapato aperta Tia Cris e Tio Índio. Naná e Nã, nos últimos meses percebi que não estou sozinha, que não sou filha única e o termo primas/irmãs fez sentido. Sei que posso contar com vocês e vocês comigo. Amo vocês demais! Ric desculpa essa dinda desnaturada, que pouco participou das tuas conquistas na natação, mas que se enche de orgulho ao ver o rapaz que se tornou. Saiba que mesmo de longe estou perto! Te amo.

Thiago – já são quase dois anos desde aquela noite em um dos pagodes da vida. Demorei para baixar a guarda, te mantive longe por bastante tempo, mas tu nunca desistiu. Lembro quando dizia: “não estamos namorando ainda por que não me encarnei em ti, o dia que eu me encarnar tu vai ver só”! E assim foi chegando devagarinho, como quem não quer nada, conquistando espaço e quando vi estava eu te pedindo em namoro. Mas sabemos que não foi fácil, temos um temperamento muito forte, os conflitos foram inevitáveis e muitos foram os desafios para conseguirmos construir a relação que desejávamos. Mas acredito que estamos no caminho, por que apesar das dificuldades acreditamos no que sentimos um pelo outro. É um cara sensacional, capaz de mover céus e pedras por aqueles com que se importa. Desde que entrou na minha rotina tem me ajudado, seja com as crianças, com a casa ou me xingando para ir trabalhar na tese. Obrigada! Te amo.

Mãe – Que difícil escolher as palavras para descrever minha gratidão a ti. Quero lhe dizer tantas coisas que nem sei por onde começar. Se hoje estou aqui é graças a ti, não teria alcançado todas essas realizações sem te ter na minha retaguarda. Poderia agradecer pela

ajuda com as crianças, com as dificuldades financeiras, mas quero agradecer por ter me ensinado a ser quem eu sou, por ter me mostrado o que é ser uma mulher empoderada. Por essa razão busquei frases sobre empoderamento feminino para descrever o teu ensinamento para minha vida: “Por trás de toda mulher bem-sucedida existe ela mesma”. Tua trajetória é meu maior exemplo de como ser uma mulher “da porra”, aquela que é filha, é mãe, é amiga, é amante e ainda luta todos os dias por espaço para ser uma boa profissional e alcançar o sucesso. Acho que aprendi a lição. Obrigada por ser quem és!

Vó Sirley – cresci te ouvindo dizer, estudem! A única coisa que ninguém poderá tirar de vocês são os estudos! Tens razão vó! O conhecimento nos transforma e nos empodera. Espero ter me tornado a mulher que a senhora imaginava.

Bento e Sophia – os tesouros da minha vida**.** Nem sei o que seria de mim sem vocês! Vocês são a razão de tudo isso. Busco me tornar uma pessoa melhor a cada dia para ser merecedora da admiração e do respeito de vocês. Espero conseguir contribuir para a formação de vocês da maneira que merecem. Bê, que menino maravilhoso tu é. Carinhoso, meigo, amigo e preocupado com o bem estar daqueles que ama. Tua sensibilidade é admirável. Quantas vezes só de me olhar sabia que eu precisava de ajuda, carinho ou da colaboração de vocês para trabalhar. Sosso, minha bonequinha, tua personalidade me encanta, é firme e determinada, não baixa a cabeça por quase nada, mas ao mesmo tempo sabe dar carinho e afeto. Amo acordar e ver que recebi visita na minha cama, às escondidas; chegar em casa e ficar agarradinha com vocês no sofá vendo filme e comendo chocolate. Sei que nossa rotina não é fácil, que vocês cansam e que muitas vezes tivemos pouco tempo para aproveitar. Mas tudo que vivemos nos fortalece e tenho certeza que serão pessoas fortes e enfrentarão as dificuldades da vida. Agradeço por entenderem e ajudarem sempre que preciso. Obrigada por me escolherem como mãe. Aprendo com vocês todos os dias. Amo vocês de paixão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 JUVENTUDE E O USO DE DROGAS 14
1.2 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE COCAÍNA NA JUVENTUDE 15
1.3 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DO USO DE COCAÍNA 16
1.4 TRATAMENTO PARA JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA E CRACK 20
1.4.1 Aconselhamento Telefônico 20
1.4.2 Entrevista Motivacional 21
1.4.3 Adesão ao tratamento para jovens usuários de cocaína/crack 23
2 JUSTIFICATIVA 25
3 OBJETIVOS 27
3.1 OBJETIVO GERAL 27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 28
ARTIGO 1: Aconselhamento telefônico para jovens brasileiros usuários de cocaína e/ou crack. Quem são esses usuários? 33
ARTIGO 2: Changes in problematic behaviors due to cocaine/crack use in adolescents and young Brazilians: 6-months and 24-months follow-up 52
ARTIGO 3: Obstáculos para a adesão ao tratamento entre jovens usuários de cocaína/crack atendidos em um serviço brasileiro de aconselhamento telefônico 73
CONCLUSÃO 91
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa CEP 93
ANEXO 2 – Aceite de publicação do artigo 1 no jornal de pediatria 95
ANEXO 3 - Normas dos periódicos 101
ANEXO 4 Protocolo Geral de Atendimento Telefônico 104

RESUMO

A juventude é marcada por um período de transição entre a infância e a adoção completa de um papel adulto. Esta fase evolutiva traz obstáculos que conduzem os indivíduos a um relacionamento conturbado, tanto consigo próprio, quanto com os demais. A busca de alívio para essa crise evolutiva pode ser responsável pelo envolvimento do jovem em atividades de risco, como o uso de drogas. Tal consumo pode acarretar sérios problemas no desenvolvimento do jovem. A telemedicina pode ser uma alternativa vantajosa para promover mudança de comportamento entre esta população. O anonimato e o acesso facilitado à orientação desprovida de preconceitos e julgamentos podem estimular os jovens à busca por ajuda. Promover intervenções precoces, com vistas à prevenção do uso de drogas, bem como da progressão da experimentação para consumos que refletem maior risco quanto ao uso problemático e gravidade do consumo, torna-se de extrema relevância para as políticas públicas. Desta forma, nesta tese buscamos investigar se o aconselhamento telefônico, baseado na entrevista motivacional auxilia os jovens à mudança de comportamento em relação ao uso de cocaína e crack. Além disso, ao identificar problemas na adesão ao tratamento proposto buscou-se investigar a percepção dos jovens para a não adesão ao tratamento e avaliar as características de consumo desta população. Com isto, foi possível a produção de três artigos: 1) "Aconselhamento telefônico para jovens brasileiros usuários de cocaína e/ou crack. Quem são esses usuários?", que teve por objetivo descrever as características de consumo, comportamentos problemáticos associados ao uso e motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack e comparar essas características. Fez-se um estudo transversal, com 2.390 usuários de cocaína/crack (adolescentes: 14-19 anos e jovens: 20-24 anos), 1471 jovens e 919 adolescentes. 2) "Mudanças nos comportamentos problemáticos decorrentes do uso de cocaína / crack em adolescentes e jovens brasileiros: acompanhamento de 6 e 24 meses" no qual os resultados da Entrevista Motivacional foram avaliados com base em intervenções telefônicas para jovens que relataram o uso de cocaína / crack. Os participantes foram aleatoriamente designados para a entrevista motivacional ou grupo de controle. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, questionários demográficos, avaliação da cocaína / crack na dependência de cocaína / crack e Escala de contemplação para avaliar a motivação para mudança de comportamento. Participaram do estudo 303 jovens com idade entre 14 e 24 anos. Apenas 154 desses

participantes completaram um acompanhamento de 6 meses e somente 40 participantes finalizaram o seguimento de 24 meses. A entrevista motivacional foi mais eficaz do que a intervenção de controle na mudança de comportamento no uso de cocaína / crack entre os jovens que aderiram ao processo de acompanhamento no seguimento de 6 meses. Ao final d 24 meses de seguimento não se identificou diferenças significativas entre os grupos. Os participantes de ambos os grupos referem mudanças no comportamento em relação à quantidade de substância utilizada e; 3) “Obstáculos para a adesão ao tratamento entre jovens usuários de cocaína/crack atendidos em um serviço brasileiro de aconselhamento telefônico” em que foi realizado um estudo qualitativo de casos múltiplos. Participaram do estudo jovens usuários de cocaína/crack com idade entre 14 e 24 anos que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico no período de 2006 a 2013, com o intuito de buscar auxílio para cessar seu consumo. Foram realizadas ligações proativas cujo objetivo era investigar a situação de consumo. Nestas ligações proativas se investigou os motivos pelo quais os jovens não entraram em contato com o serviço nas datas previamente agendadas.

Palavras-chave: Aconselhamento Telefônico, Jovens, cocaína, crack

ABSTRACT

Youth is marked by a transitional period between childhood and the full adoption of an adult role. This evolutionary phase brings obstacles that lead individuals to a troubled relationship, both with themselves and with others. The quest for relief from this evolutionary crisis may be responsible for engaging the youth in risky activities such as drug use. Such consumption can lead to serious problems in young people's development. Telemedicine may be an advantageous alternative to promote behavior change among this population. Anonymity and facilitated access to guidance without bias and judgment can encourage young people to seek help. Promoting early interventions aimed at preventing drug use, as well as the progression of experimentation for consumptions that reflect greater risk regarding the problematic use and severity of consumption, becomes of extreme relevance for public policies. In this thesis, we seek to investigate whether telephone counseling based on motivational interviewing helps young people to change their behavior regarding cocaine and crack use. In addition, when identifying problems in adherence to the proposed treatment, we sought to investigate young people's perception of non-adherence to treatment and to evaluate the consumption characteristics of this population. With this, it was possible to produce three articles: 1) "Telephone counseling for young Brazilians who use cocaine and / or crack cocaine. Who are these users? ", Which aimed to describe the characteristics of consumption, problematic behaviors associated with the use and motivation to cease consumption among adolescents and young users of cocaine and / or crack and compare these characteristics. A cross-sectional study was carried out with 2,390 cocaine / crack users (adolescents: 14-19 years old and young: 20-24 years old), 1471 young people and 919 adolescents. 2) "Changes in problematic behaviors due to cocaine / crack use in Brazilian adolescents and youngsters: 6 and 24-month follow-up" in which the results of the Motivational Interview were evaluated based on

telephone interventions for young people who reported cocaine / crack Participants were randomly assigned to the motivational interview or control group. Semi-structured interviews, demographic questionnaires, cocaine / crack evaluation in cocaine / crack dependence and contemplation scale were used to evaluate the motivation to change behavior. A total of 303 young people between the ages of 14 and 24 participated in the study. Only 154 of these participants completed a 6-month follow-up and only 40 participants completed the 24-month follow-up. The motivational interview was more effective than the control intervention in changing behavior in cocaine / crack use among young people who joined the follow-up process in the 6-month follow-up. At the end of 24 months of follow-up, no significant differences were identified between groups. Participants in both groups report changes in behavior relative to the amount of substance used and; 3) "Obstacles to adherence to treatment among young cocaine / crack users served at a Brazilian telephone counseling service" in which a qualitative study of multiple cases was carried out. Young cocaine / crack users aged between 14 and 24 years who joined a telephone counseling service from 2006 to 2013 participated in the study in order to seek help to stop their use. Proactive links were carried out to investigate the consumption situation. In these proactive links we investigated the reasons why the young people did not contact the service on the dates previously scheduled.

Keywords: Telephone counseling, Young people, cocaine, crack

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUVENTUDE E O USO DE DROGAS

A juventude é marcada por um período de transição entre a infância e a adoção completa de um papel adulto (BROWN et al., 2008). Na tentativa de explicar a adolescência, busca-se delimitar uma faixa-etária que estime o início e o final do processo, enquanto que, na realidade, o período é impreciso, pois trata-se de mudanças físicas e emocionais que conduzem à vida adulta (BEE, 1997). Dessa forma, o momento de transição difere entre as sociedades, os indivíduos e as culturas. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2008), a juventude é marcada pelo período que compreende dos 10 aos 24 anos. Neste período encontram-se dois momentos do desenvolvimento; entre os 10 e 19 anos a adolescência e entre os 15 e 24 anos os jovens. Já no Brasil, considera-se adolescente os indivíduos entre 12 e 18 anos de idade, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL,1990) e adulto jovem, a partir do momento que completa 18 anos até os 25 anos.

As modificações físicas e psicológicas decorrentes da fase da adolescência têm importante influência no desenvolvimento da personalidade e na formação de identidade do indivíduo (CAMPOS VELHO, QUINTANA, ROSSI, 2014; PAPALIA; OLDS, 2000). As mudanças ocorrem em um contexto social, ambiental e cultural acarretando alterações na percepção da autoestima. Durante esta fase o jovem procura adquirir autonomia em relação aos pais e à família, passando a conviver mais com o grupo de amigos (CAMPOS VELHO, QUINTANA, ROSSI, 2014).

Esta fase evolutiva traz obstáculos que conduzem os indivíduos a um relacionamento conturbado tanto consigo próprio quanto com os demais. A busca de alívio para essa crise evolutiva pode ser responsável pelo envolvimento do jovem em atividades de risco, como o uso de drogas (BISCH & BENCHAYA, 2014).

O relatório mundial realizado pelo escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) aponta que a iniciação ao uso nocivo de substânciasentre os jovens sofre influência de diversos fatores, que muitas vezes estão fora de seu controle. Dentre estes fatores que podem tornar os adolescentes vulneráveis ao uso de substâncias pode-se identificar as características pessoais (incluindo aspectos comportamentalmentais, saúde mental, desenvolvimento neurológico e variações gênicas resultante de influências sociais), no que tange ao microssistema o funcionamento parental e familiar, escolas e influências de pares e,

no macrossistema, os fatores socioeconômicos. Esses fatores variamentre indivíduos e nem todos os jovens são igualmente vulneráveis ao uso de substâncias. No geral, é a combinação crítica dos fatores de risco presentes e a ausência dos fatores de proteção,em algum momento específico da vida do jovem, que faz a diferença na sua suscetibilidade ao uso de drogas (UNODC, 2018). A literatura demonstra que o consumo de drogas por adolescentes está relacionado não só a questões de ordem individual do seu desenvolvimento, como também a fatores que incluem a dimensão familiar (KOPAK et al., 2012; PINTO et al., 2014), social (BARKER, 2007) e econômica (PRATTA; SANTOS, 2007)) considerando-o então, um problema multifatorial. Os estudos mostram, ainda, que fatores sociodemográficos, como idade, sexo e classe social (OLUMIDE et al., 2014), e fatores psicossociais (PINTO et al., 2014), como as relações interpessoais na família têm influência no desenvolvimento de problemas no curso da saúde mental, como o uso de drogas na adolescência.

Além disso, tal consumo pode acarretar sérios problemas no desenvolvimento do jovem, com consequências neuropsicológicas, na cognição e na capacidade de julgamento (LOPES et al., 2017; VERGARA-MORAGUES et al., 2017), problemas de saúde mental (BELLA et al., 2012; SCHWINN; SCHINKE; TRENT, 2010), nas relações interpessoais e sociais (FERGUSSON; WOODWARD, 2000), bem como gerar um baixo desempenho escolar (BAHLS; INGBERMANN, 2005; MUTHÉN; MUTHÉN, 2000) e comportamentos delinquentes (ASSIS et al., 2009; VAUGHN et al., 2015). Dessa forma, quanto mais precoce o início do uso de qualquer substância psicoativa, maior o risco de problemas na vida adulta.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE COCAÍNA NA JUVENTUDE

Segundo o relatório mundial realizado pelo escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) a extensão do uso de drogas entre jovens continua ser maior do que entre as pessoas mais velhas. A maioria das pesquisas sugere que o período entre 12-17 anos de idade é a fase de maior risco para o início do uso de substâncias e que o pico do uso ocorre entre os jovens de 18 a 25 anos (UNODC, 2018). O Relatório conclui que o uso de drogas e os danos associados a ele são os mais elevados entre os jovens em comparação aos mais velhos (UNODC, 2018).

O relatório mundial realizado pelo escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime mostrou que desde 2010 o consumo de cocaína tem aumentado, principalmente por causa do aumento do uso da substância na América do Sul. A medida que a população cresceu, o número de usuários de cocaína aumentou de cerca de 14 milhões em 1998 para 18,8 milhões em 2014 (UNODC, 2018). Os dados deste mesmo relatório mostraram ainda, que quase 20

milhões de pessoas em todo o mundo utilizaram cocaína ao menos uma vez no ano. Em 2014, nos EUA, um milhão de pessoas com mais de 12 anos foramclassificadas como dependentes ou abusadores de cocaína (SAMHSA, 2014). Com relação ao Brasil, o país ocupa o segundo lugar no comércio de cocaína e lidera o ranking no consumo de crack no mundo, representa 20% do consumo mundial (LARANJEIRA et al., 2014).

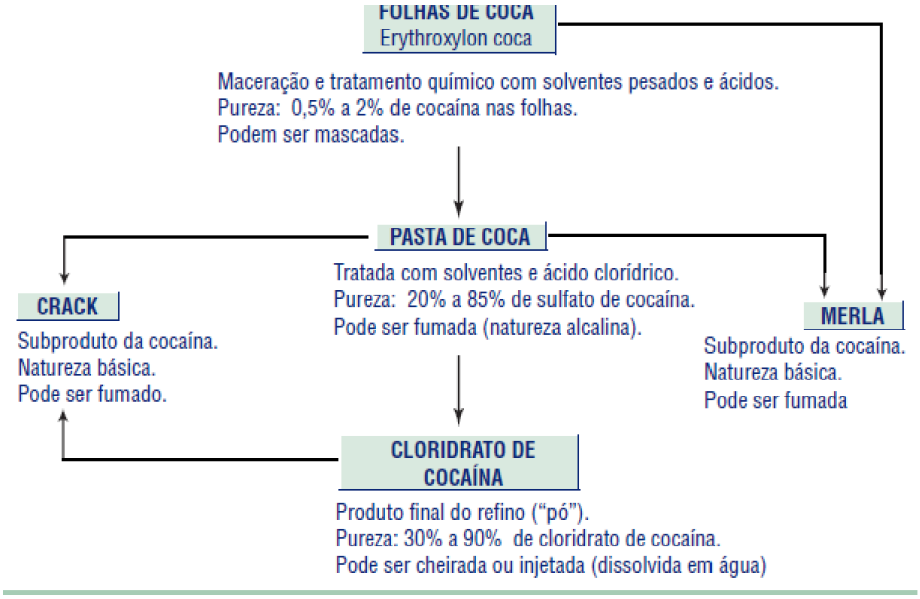
Os dados do VI Levantamento sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras, concluído em 2010,em comparação com a última pesquisa, realizada em 2004, mostram que não houve redução no consumo da cocaína (1,9%), ao contrário do observado sobre o uso de crack no ano,uma diminuição de 0,7% em 2004 para 0,4% em 2010 (SENAD, 2010). Por outro lado, os dados apresentados no I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras mostram que 48,7% dos estudantes já consumiram alguma substância psicoativa, exceto álcool ou produtos do tabaco, pelo menos uma vez na vida, e o uso na vida de cocaína foi relatado por 7,7% dos universitários e, o uso de crack, referido por 1,2%. Na análise entre as idades, 0,7% dos estudantes com até 18 anos afirmam ter usado cocaína, não havendo relato sobre o crack, já entre os estudantes de 18 a 24 anos, 5,3% relataram uso de cocaína e 0,3% de crack (ANDRADE; ARGIMON, 2006).

Em 2014, aproximadamente 200 mil jovens brasileiros relataram uso de cocaína intranasal nos últimos 12 meses e 150 mil jovens usaram pelo menos uma vez na vida crack ou similares (LARANJEIRA et al., 2014). Segundo estudo feito para descrever o perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, em 2012, a maior prevalência de faixa etária dos usuários era entre 18 e 24 anos (31,32%) (BASTOS; BERTONI, 2014).

1.3 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DO USO DE COCAÍNA

A cocaína é uma droga estimulante do sistema nervoso central e sua ação atinge o cérebro rapidamente, produzindo uma resposta intensa. A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína. O cloridrato de cocaína (cocaína em pó) é formado pela pasta base e ácido clorídrico; o crack (conhecido como cocaína alcalóide ou base livre) é formado pela reação do cloridrato de cocaína com solvente; e a merla é semelhante à pasta de coca, porém com teor maior de solventes contaminantes (ROMANO et al., 2002), conforme demonstra Figura 1.

Figura 1-Processo de Refino da Cocaína



Fonte: Romano et al. (2002).

A cocaína pode ser usada via oral, mascando as folhas de coca ou ingerindo por meio de chá.Neste caso, a absorção é lenta e incompleta, necessitando mais de 1 hora para ser absorvida, sendo que apenas 25% da droga consumida alcança o cérebro, em um longo período de tempo. O início da ação da droga é superior a 20 minutos e o pico ocorre em média, 90 minutos após (FERREIRA; MARTINI, 2001). A forma comumente conhecida para consumo ilícito é a cocaína em pó (cloridrato de cocaína), podendo ser administrada via intravenosa ou intranasal, cruzando todas as barreiras de absorção, entrando na corrente sanguínea imediatamente (GOLDSTEIN et al., 2009). Quando aspirada seu efeito vasoconstritor limita sua absorção e a concentração máxima no sangue ocorre entre 35 a 120 minutos. Os efeitos começam a surgir aproximadamente 3 minutos após o início do uso e o pico da ação da droga ocorre de 15 a 20 minutos. Já quando injetada a velocidade de absorção pode ser comparada com a via inalada, pois ambas levam poucos minutos para atingir o cérebro. Quando utilizada na forma fumada (crack) o tempo de ação é muito rápido e a absorção ocorre pelos alvéolos pulmonares. O pico máximo de concentração é atingido de 6 a 8 minutos após a tragada (BORDIM et al., 2004; SCHIFANO; CORKERY, 2008).

Após penetrar no cérebro, a droga é redistribuída para outros tecidos rapidamente. Sua biodisponibilidade no organismo dependerá do tipo de preparação e via de administração. Quando utilizadas as vias oral ou intranasal, a biodisponibilidade é de 20-40%, sendo diminuída na via oral. Quando usada a via endovenosa, a biodisponibilidade é de 100%

(KOOB; MOAL, 2006). Geralmente, a cocaína é eliminada via renal, tem meia-vida de cerca de 1 hora e seu principal metabólito pode ser detectado em exames laboratoriais de urina em até 22 dias, em usuários crônicos (BORDIM et al., 2004).

A cocaína atua como um poderoso agente simpaticomimético e é um potente estimulador do sistema nervoso central. Sua ação bloqueia a recaptação pré-sináptica das catecolaminas e, ao mesmo tempo, aumenta os níveis dos receptores tanto centrais como perifericamente. A principal ação ocorre por meio do bloqueio da recaptação de dopamina (DA) na via mesocorticolímbica (HANEY, 2004; SHANTI, 2003). Quando a cocaína se liga aos transportadores de DA situados na membrana pré-sináptica dos neurônios dopaminérgicos, ela inibe a remoção de DA na fenda sináptica e consequentemente a sua degradação pela monoamina oxidase no neurônioproximal (GOLDSTEIN et al, 2009; LASON, 2001). A DA que permanece na fenda sináptica liga-se livremente aos receptores de membrana pós-sinápticos, produzindo mais impulsos nervosos.

A estimulação dopaminérgica está intimamente ligada ao sistema de recompensa na busca de estímulos prazerosos. O reforço positivo obtido durante as experiências do uso da cocaína pode estar associado à busca repetida da droga. Essa ativação na via mesocorticolímbica é responsável pelos efeitos reforçadores, como o sentimento de extrema euforia (KOOB; MOAL, 2006; HANEY, 2004).

A repetição e o uso prolongado produzem alterações no sistema nervoso central promovendo neuroadaptações duradouras, o que pode fornecer a base neurobiológica para consequências como a dependência ou o uso compulsivo da cocaína (KOOB; MOAL, 2006). Dessa forma, podem-se observar dois fenômenos: tolerância e sensibilização.

A tolerância refere-se à necessidade de doses maiores para se obter o efeito esperado. Nesta, ocorre o aumento da dopamina na fenda sináptica decorrente do bloqueio dos transportadores da recaptação dopaminérgica. Em resposta a isto, ocorre uma diminuição dos disparos neuronais, resultando na depleção dos níveis de dopamina extracelular e o aumento do limiar de autoestimulação (BORDIM et al., 2004).

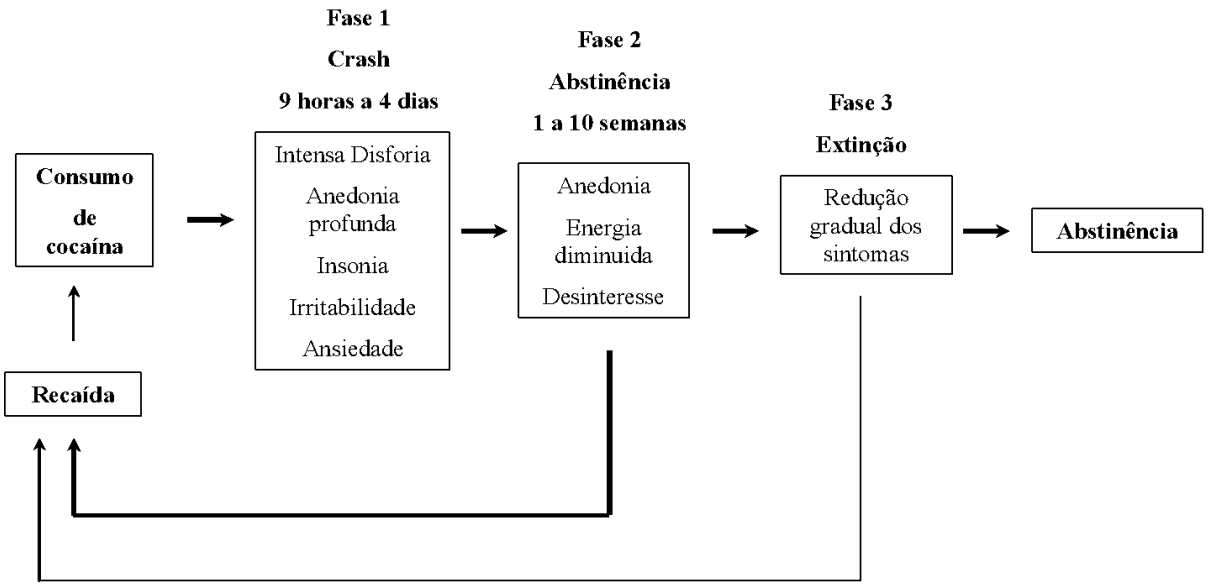
Na sensibilização, há aumento no número e na sensibilidade dos receptores pós-sinápticos dopaminérgicos. Assim, quando a dopamina é liberada na fenda, após administração da cocaína, encontra mais receptores sensíveis para estimular (HANEY, 2004).

Como citado anteriormente, após administrada, a cocaína é rapidamente distribuída por todo organismo e as consequências do uso em longo prazo deixam sequelas importantes no sistema nervoso central, cardiovascular, gastrintestinal, respiratório, reprodutor, entre

outros. A gravidade de tais consequências depende da quantidade, frequência e via de administração da droga.

Outro fator importante decorrente da exposição repetida à cocaína é a dependência. A dependência caracteriza-se por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância torna-se prioridade na vida de um indivíduo. Durante muito tempo acreditou-se que a cocaína não causava síndrome de abstinência. Em 1986 Gawin e Kleber descreveram os sintomas da abstinência em 3 fases: fase1 (*crash*) – pode durar horas até 4 dias,gerando *craving* (fissura), depressão, agitação, cansaço e sono; na fase 2 (dura alguns dias) – ocorre irritabilidade, ansiedade, *craving*, desmotivação e anedonia; fase 3 (dura de meses até anos) situações que relembrem o uso da droga provocam*craving*e sintomas depressivos. Os sintomas da síndrome de abstinência da cocaína podem ser observados horas a partir do último episódio de consumo (APA, 2014) e parece estar associada relativamente a poucos sinais físicos, mas a um número relevante de sintomas emocionais. A Figura 2 apresenta as fases da síndrome de abstinência descrita por Koob e Moal (2006).

Figura 2- Fases da Síndrome de Abstinência



Fonte: Koob e Moal (2006).

1.4 TRATAMENTO PARA JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA E CRACK

1.4.1 Aconselhamento Telefônico

Profissionais da área da saúde vêm utilizando as tecnologias da informação e comunicação para obter e trocar informações sobre diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças; bem como pesquisar, avaliar e realizar educação continuada na área da saúde. Tal desenvolvimento favoreceu o acesso a uma quantidade cada vez maior de pessoas a serviços de saúde a distância, viabilizando uma nova forma de assistência, a telemedicina (FRIEDMAN et al., 1997; SHEFFER et al., 2010). As linhas telefônicas de informações, orientações e aconselhamento em saúde têm importante papel dentro da telemedicina, pois possibilitam diversas intervenções as quais facilitam a comunicação do profissional da saúde com o paciente (LAMONTE et al., 2003; SANT`ANNA et al., 2005).

Existem duas formas de prestar informações sobre drogas por meio dos serviços telefônicos, a primeira se dá pelo aconselhamento reativo em que os usuários de drogas ou familiares telefonam para um serviço à procura de ajuda e conselhos. A segunda forma caracteriza-se pelo aconselhamento pró-ativo, onde os usuários recebem telefonemas de acordo com cronogramas pré-estabelecidos (MAZONI et al., 2006; SCALVINIet al., 2004).

Dentre as vantagens apresentadas por esta técnica, salienta-se a obtenção de um serviço que atende na própria residência do cliente ou onde ele estiver. Além disso, são beneficiados também os indivíduos com limitações físicas ou que moram em regiões onde não há acesso a tratamento, ou que sejam relutantes em participar de intervenções face a face, muitas vezes decorrente da falta de tempo ou dificuldade financeira (GUTIERREZ-TERRELL, 2002; MENSINGER et al., 2007).

As intervenções telefônicas podem ser efetivas como cuidado continuado no abuso de substâncias, apresentando respostas favoráveis durante a fase inicial do tratamento (MCKAY et al., 2004; SHEFFER et al., 2010; SIGNOR et al., 2013). Estudos têm revelado que usuários de substâncias permanecem várias semanas consecutivas em abstinência utilizando-se da intervenção com as linhas telefônicas de ajuda, tendo melhores resultados que outros tipos de tratamentos (BISCH, 2011; MENSINGER et al, 2007).Ainda, sugerem que os pacientes podem requerer cuidados menos intensivos quando comparados com intervenções do tipo face a face (GUTIERREZ-TERRELL, 2002; MCKAY et al., 2004). Desse modo, o apoio telefônico pode ser uma importante ferramenta para o auxílio na manutenção da abstinência.

1.4.2 Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem desenvolvida inicialmente pelo psicólogo americano Willian Miller, no seu trabalho com alcoolistas. Posteriormente, esse método foi mais detalhado com a finalidade de ajudar os clientes na decisão da mudança de comportamentos considerados dependentes, tais como tabagismo, abuso de drogas ilícitas, jogo patológico, transtornos alimentares e outros comportamentos compulsivos (MILLER; ROLLNICK, 2009).

A EM é um estilo de aconselhamento psicoterápico centrado no cliente que abrange várias abordagens, como psicoterapias breves, terapia cognitivo-comportamental e terapia sistêmica (MILLER; ROLLNICK, 2002). A intervenção pode ser realizada em uma única entrevista ou como um processo terapêutico desenvolvido em 4 ou 5 sessões.Entre os seus princípios básicos está a empatia, definida por Rogers e Mewborn (1976) como uma escuta técnica reflexiva cujo objetivo é clarificar e ampliar a experiência pessoal do cliente, sem a imposição da opinião do profissional, aceitando a postura do cliente sem emitir julgamentos ou críticas. Dessa forma, a relação profissional-cliente baseia-se em uma troca, visando a autonomia e a liberdade de escolha do cliente.

O papel do profissional pauta-se não somente na expressão de empatia, como também inclui outros quatro princípios: 1) desenvolver discrepância entre o comportamento atual do cliente e objetivos mais amplos, o que implica em evidenciar a distância entre onde a pessoa está e onde ela gostaria de estar. O cliente reflete sobre as consequências do comportamento atual, tendendo a ficar mais motivado a mudanças; 2) evitar a argumentação, isto é, evitar discussões que são improdutivas e suscitam defesas e resistência, prejudicando a reflexão do cliente sobre seu comportamento; 3) fluir com a resistência, ou seja, não enfrentá-la. Nesse sentido, o profissional deve ter em mente que as percepções do cliente podem mudar; 4) estimular a auto-eficácia, que é a crença na própria habilidade de executar uma tarefa. Assim, o profissional acredita na possibilidade de mudança e estimula seu cliente a pensar a respeito (MILLER; ROLLNICK, 2002).

A EM baseia-se em três importantes conceitos: motivação, ambivalência e prontidão para mudança. Motivação pode ser entendida como a probabilidade que uma pessoa tem de se engajar, continuar e aderir a uma mudança comportamental, demonstrando vontade de mudar. A motivação é vista como uma característica dinâmica do indivíduo e não como um aspecto estático, podendo sofrer influências tanto externas quanto internas (MILLER; ROLLNICK, 2001). Dessa forma, o profissional atua não somente orientando, mas buscando motivar o

cliente, fazendo com que aumente a probabilidade de mudança de um comportamento específico (MILLER; ROLLNICK, 2009). No processo de mudança há sempre conflito motivacional, onde o indivíduo percebe os prós e os contras em fazê-la, instalando-se, assim, a ambivalência. A ambivalência, no contexto da intervenção motivacional, está relacionada a um conflito entre dois caminhos de ação, onde o indivíduo percebe tanto os benefícios quanto os custos associados a uma mudança. Muitos clientes sentem dificuldade em expressar sua ambivalência, o que interfere no processo de tomada de decisão. Nesse sentido, a tarefa do profissional é facilitar a expressão de ambos os lados da ambivalência, guiando o cliente para uma definição aceitável (MILLER; ROLLNICK, 2001).

O termo prontidão para mudança está baseado no modelo de estágios motivacionais de mudança desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), o qual consiste na premissa de que a mudança comportamental é um processo no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação. A motivação pode variar de uma situação para outra e essa variação é que determina os diferentes estágios.

O modelo teórico dos estágios de mudança tem início com a *Pré-Contemplação*, no qual o indivíduo não considera a necessidade de ajuda e não demonstra consciência de que tem problemas, embora as pessoas do seu convívio possam estar cientes disso. Quando a pessoa passa a considerar seu comportamento como um problemaela entra no estágio de *Contemplação*. Posteriormente evolui para o estágio de *Preparação*, a pessoa começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Neste estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a ação. Quando estas tentativas são colocadas em prática, o indivíduo encontra-se no estágio de *Ação*, ocorrendo a implementação de planos para modificar comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar os problemas.

O sucesso da mudança ocorre no estágio de *Manutenção*, onde o indivíduo modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. Estes estágios seguem uma ordem sequencial, onde a recaída pode estar presente, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos estágios de mudança, antes de atingir a manutenção a longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que marca o final do estágio de ação ou manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Para a abordagem com jovens (ver ref sobre EM e jovens), os cinco princípios da Entrevista Motivacional não precisam ser adaptados, mas é necessária maior atenção quanto às peculiaridades da faixa-etária devido à importância da relação profissional-cliente

(BAER;PETERSON, 2002; COLBY et al., 2005). Como a EM trabalha diretamente com a resolução da ambivalência, torna-se benéfica com os jovens (D`AMICO et al, 2010), pois estes, geralmente, não procuram acompanhamento espontaneamente. Além disto, a EM tem se mostrado um modelo de intervenção promissor com jovens, pois apresenta vantagens na resolução de problemas (BAER et al., 2008; MAGILL et al., 2010).

1.4.3 Adesão ao tratamento para jovens usuários de cocaína/crack

Uma característica importante dos transtornos por uso de substâncias é uma alteração básica nos circuitos cerebrais. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas (APA, 2014). Este fator pode estar relacionado à dificuldade dos usuários em modificar comportamentos problemas e consequentemente, na adesão a um tratamento.

A literatura mostra que as taxas de adesão aos programas de tratamento para uso de drogas são baixas. As taxas de adesão aos programas de tratamento para usuários de cocaína/crack são ainda menores (SMITH 2009). Da mesma forma, o problema se torna ainda mais desafiador quando se pensa no tratamento do uso indevido de substâncias entre jovens e adolescentes (SCADUTO; BARBIERI, 2009).

A principal característica do transtorno por uso de substâncias é a perda de controle sobre o uso, estudos mostram que quanto maior a gravidade dos sintomas do transtorno, pior o engajamento ao tratamento (BRORSON, 2013;SÁNCHEZ-HERVÁS et al., 2010). Este engajamento ao tratamento refere-se ao conceito de adesão. Segundo Straub (2014), a adesão ao tratamento é definida como seguir a orientação de um profissional da saúde, ou seja, seguir as orientações sobre medicamentos, mudanças no estilo de vida ou recomendações sobre medidas preventivas. Entretanto, esta definição tem sido muito discutida na literatura, por colocar o paciente em uma postura passiva. A OMS (2003) define a adesão como o comportamento adotado pelo paciente frente aos acordos realizados com o profissional da saúde. O paciente assim, torna-se ativo e responsável pelo seu tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

No transtorno por uso de substâncias, a adesão ao tratamento é um desafio para os serviços de saúde. Os fatores que levam a não adesão envolvem variáveis relacionadas ao paciente, ao regime de tratamento proposto e a comunicação entre paciente e profissional da saúde (AMY et al., 2015; BRORSON, 2013; STRAUB 2014).

Os custos associados com a falta de adesão tem grande impacto econômico, pois eleva a necessidade de novas consultas com profissional da saúde, novas prescrições medicamentosas e internações hospitalares. Uma metanálise com mais de 500 estudos indica que a taxa média de adesão ao tratamento em saúde é de 25%. Nos programas terapêuticos para tabagismo, alcoolismo e outras drogas de 20 a 40% dos participantes continuam o tratamento após um ano (STRAUB, 2014). Em um programa nacional de aconselhamento telefônico para a prevenção do uso indevido de drogas, 78% dos usuários de cocaína/crack e 70% dos usuários de maconha com idades entre 14 e 70 anos, que ligaram para o serviço com o intuito de buscar auxílio para cessar o consumo, não aderiram ao tratamento no tempo de 6 meses (FERNANDES et al., 2010; SIGNOR et al., 2013).

Em geral, a literatura mostra que as taxas de não adesão entre usuários jovens são mais altas do que as taxas de não adesão entre os adultos (SCADUTO; BARBIERI, 2009). Além disso, geralmente os jovens apresentam baixa percepção dos problemas relacionados com a utilização de substância psicoativas (SMITH et al., 2009). Em um estudo anterior (BISCH, 2011), que objetivou avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional por telefone oferecida a jovens de 14 a 24 anos no processo de cessação do consumo de cocaína/crack, a taxa de não adesão ao acompanhamento em follow-up de seis meses foi de 64%.

2 JUSTIFICATIVA

O início precoce do consumo de drogas entre jovens é preocupante. Quanto mais cedo o indivíduo iniciar o uso de álcool ou tabaco, maior será sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de comportamentos problemáticos relacionados ao uso de drogas (ERNST et al., 2010; NOTO et al., 2003; STOLLE et al., 2009). Os prejuízos do consumo de cocaína/crack, associadas ou não a outras drogas, pode acarretar em problemas de difícil reversão no desenvolvimento juvenil como consequências neuropsicológicas e na capacidade de julgamento (OLIVEIRA; JAEGER; SCHREINER, 2003; THOMA et al., 2010), problemas de saúde mental (HARRIS; EDLUND, 2005; RAMCHAND et al., 2008; SCHWINN et al., 2010), relações interpessoais e sociais (FERGUSSON; WOODWARD, 2000), e principalmente levar ao envolvimento de comportamentos delinquentes (BUI et al., 2000; MORIHISA; BARROSO; SCIVOLETTO, 2007). Neste sentido, torna-se importante que o tratamento seja iniciado de modo precoce a fim de minimizar as consequências negativas do uso de drogas na vida dos adolescentes e jovens.

Dos tratamentos ao transtorno por uso de substâncias, oferecidos para jovens a Entrevista Motivacional (EM) apresenta características positivas, tais como a não confrontação, a não-hostilidade e o uso de técnicas cognitivas para auxiliar o processo terapêutico (BAER; PETERSON, 2002).

Estudos vêm salientando que a utilização da EM tem se mostrado eficaz na abordagem de comportamentos aditivos como o uso de tabaco (MAZONI, 2007), álcool (SIGNOR et al., 2013; VASILAKI; HOSIER; COX, 2006) e outras drogas ilícitas (FERNANDES; FERIGOLO; BENCHAYA, 2010; RUBAK et al., 2005). Da mesma forma, o telefone tornou-se uma alternativa para intervenções de mudança comportamental (SIGNOR et al., 2013), o que possibilita aos serviços de saúde reduzir custos e gerenciar mais eficientemente a demanda de pacientes em serviços de atenção básica à saúde (BISCH et al., 2008; LANDBACK et al., 2009; MENSINGER et al., 2007).

Em estudo anterior (BISCH, 2011), que objetivou avaliar a eficácia da EM por telefone oferecida a adolescentes e adultos jovens no processo de cessação ou redução do consumo de cocaína/crack em follow-up de 6 meses, o grupo que recebeu a intervenção teve três vezes mais chances de cessar o consumo de cocaína/crack do que o grupo controle (OR= ,09; IC95% 1,14-8,40). Entretanto, a alta taxa de abandono durante o acompanhamento foi uma limitação do estudo que impossibilita a generalização dos dados. Por essa razão, o presente estudo objetiva ampliar o estudo realizado anteriormente buscando investigar se a

entrevista motivacional conduz os jovens à mudança de comportamento em relação ao uso de cocaína e crack, e avaliar se a EM auxilia na manutenção desta mudança de comportamento por um período de 24 meses.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar se o aconselhamento telefônico, baseado na entrevista motivacional conduz os jovens à mudança de comportamento em relação ao uso de cocaína e crack em um período de 24 meses de acompanhamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil dos adolescentes e jovens usuários de cocaína/crack que buscaram aconselhamento no Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre a Prevenção do uso Indevido de droga –LIGUE 132 determinando as características sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, profissão, renda familiar e grau de escolaridade, além de investigar o padrão de consumo e dependência dos mesmos;
- ✓ Verificar se há diferença no perfil e padrão de uso entre adolescentes e adultos jovens usuários de cocaína/crack.
- ✓ Verificar o estágio de mudança comportamental do uso de drogas;
- ✓ Investigar a associação do consumo destas drogas de abuso com o uso de outras substâncias psicoativas;
- ✓ Investigar se a intervenção motivacional conduz a mudança de comportamento do consumo de cocaína/crack, nos seguimentos de 1dia, 3 dias, 1dias e 1, 2, 3, 6, 12, 18 e 24 meses.
- ✓ Descrever a percepção dos adolescentes e jovens para a não adesão ao tratamento proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. Ed. Porto Alegre: ARTMED,2014.

AMY, M.; LOREE, A. M.; LESLIE, H.; LUNDAHL, L.; DAVID, M.; LEDGERWOOD, D. M. Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. **DrugAlcoholRev**, 34, p. 119–134, 2015.

ANDRADE, T.M.R. & ARGIMON, I.I.L. Sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes. **Revista. Brasileira de Terapia Cognitiva**, v.2, n. 1, 2006.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p. 349-361, 2009.

BAER, J.; PETERSON, P. Motivational interviewing with adolescents and young adults. In: W. Miller & S. Rollnick (Eds). **Motivational Interviewing**: Preparing people to change (pp. 320-332). New York, New York: The Guilford Press, 2002.

BAER. J. S.; BEADNELL, B.; Garret, S. B.; HARTZLER, B.; WELLS, E. A.; PETERSON, P. Adolescent change Language within a Brief Motivational Intervention and Substance Use Outcomes. **Psychol Addict Behav**, v. 22, n. 4, p. 570–575, 2008

BAHLS, F. R. C.; INGBERMANN, Y. K.K. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. Rev. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 22, n. 4, 2005.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BISCH, N. K.; BENCHAYA, M. C. Adolescência e a vulnerabilidade ao uso de drogas: estratégia de intervenc¸ão. In: Rudnicki T, Sanchez MM, editors. **Psicologia da saúde**: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. Porto Alegre: Sinopsys, 2014. pp.153-78.

BISCH, N.K. **Intervenção Breve Motivacional por Teleatendimento para jovens na Cessação do Consumo de cocaína/crack**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Porto Alegre, RS, 2011.

BISHOF, G.; GROTHUES, J.M.; REINHARDT, S.; MEYER, C.; JOHN, U.; RUMPF, H. J. Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: A randomized controlled trial. **Drug Alcohol Depend,** v. 93, p. 244-251, 2008.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990**. Disponível:http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm. Acessado em: 15 de julho de 2008.

BRORSON, H. H.; AJO, A. E.; RAND-HENDRIKSEN, K.; DUCKERT, F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. **ClinicalPsychologyReview**, v. 33, n. 8, p. 1010-1024, 2013.

BROWN, S. A.; TAPERT, S.F. Adolescence and the trajectory of alcohol use: Basic to clinical studies. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1021, p. 232-244, 2008.

CAMPOS VELHO, M. T. A.; QUINTANA, A. C.; ROSSI, A. G. Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. **Rev. bioét. (Impr.),** v. 22, n.1, p.76-84, 2014.

COLBY, S.M.; MONTIA, P.M.; TEVYAWA, T. O'LEARY; BARNETTA, N.P.; SPIRITOA, A.; ROHSENOWA, D.J.; RIGGSA, S. & LEWANDERA, W. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. **Addictive Behaviors,** v**.** 30, p.865–874, 2005.

FERGUSSON, D. M.; WOODWARD, L. J. Educational, psychosocial and sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. **J ChildPsycholPsychiatry,** 41, p. 779-792, 2000.

FERNANDES, S.; FERIGOLO, M.; BENCHAYA, M. C.; MOREIRA, T. D. E. C.; PIEROZAN, P. S.; MAZONI, C.G.; BARROS, H. M.Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. **Addict Behav**., v. 35, P. 750-755, 2010.

FRIEDMAN, R.H.; STOLLERMAN, J.E.; MAHONEY, D.M.; ROZENBLYUM, L. The virtual visit: using telecommunications technology to take care of patients. J Am Med Inform Assoc. v.4, n.6, p 413-25, 1997.

GUTIERREZ-TERRELL, E. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. **The New England Journal of Medicine**, *v.*3, n. 14, p. 1087-93, 2002.

HEALF AND ADDICTIVE BEHAVIORS: INVESTIGATING TRANSTHEORETICAL SOLUTIONS [HABITS]. **Self EfficacyScales.** Disponível em: http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/index.html. Acessadoemjaneiro de 2012.

KOPAK, A. M.; CHEN, A. C.; HAAS, A. S.; GILLMORE, M. R. The importance of family factors to protect against substance use related problems among Mexican heritage and White youth. **DrugAlcoholDepend**, v. 124, n. 1-2, p. 34-41, 2012.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; RIBEIRO, M.; MITSUHIRO, S. II **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEITE S. N. VASCONCELLOS M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, 775-782, 2003.

LOPES, B. M.; GONÇALVES, P. D.; SANTOS, M. O. B.; CAVALLET, M.; CHAIM-AVANCINI, T. M.; SERPA, M. H.; NICASTRI, S. et al. Distinct cognitive performance and patterns of drug use among early and late onset cocaine users. **AddictiveBehaviors**, v. 73, p. 41-47, 2017.

MAZONI, C.G. **Aconselhamento telefônico reativo:** avaliação da eficácia da intervenção breve motivacional na cessação do tabagismo. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - FFFCMPA, Porto Alegre, RS, 2007.

MAZONI, C.G., BISCH, N.K., FREESE, L., FERIGOLO, M., BARROS, H.M.T. Aconselhamento telefônico reativo para cessação do consumo do tabaco: relato de caso. **Aletheia**, v.24, p.137-148, 2006.

MCKAY, J.R., KEVIN, G.L., DONALD, S.S., RATICHEK, S., MORRISON, R., JANELLE, K, PETTINATI, H. The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical

management of alcohol and cocaine use disorders: 12 month outcomes. **JournalofConsultingandClinicalPsychology**, v.72, p.967-979, 2004.

MILLER, W. R & ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional:** preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**.**Porto Alegre: Artmed, 2001.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. **Motivacional interviewing:** Preparing people for change, 2. ed. New York:Guilford Press, 2002.

MORIHISA, R.S.; BARROSO, L.P.; SCIVOLETTO, S.Labeling disorder – The relationship between conduct problems and drug use in adolescents. **RevBrasPsiquiatr**, v.29, 308-314, 2007.

MUTHÉN, B. O.; MUTHÉN, L. K. The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 18 to 37 in a U.S. national sample. **J Stud Alcoho*l***, v. 61, p.290-300, 2000.

NOTO, A.R., GALDURÓZ, J.C.F., NAPPO, S.P., FONSECA, A.M., CARLINI, C.M..A., MOURA, Y.G & CARLINI, E.A. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras**. CEBRID. UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, M.S., JAEGER, A. & SCHREINER, S. Abordagens Terapêuticas no Tratamento da Dependência Química. In: Caminha, R. M., Wainer, R., Oliveira, M. &Piccoloto, N.M (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais:** teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo. (2003).

OLUMIDE, A. O.; ROBINSON, A. C.; LEVY, P. A.; MASHIMBYE, L.; BRAHMBHATT, H.; LIAN, Q. et al. Predictors of substance use among vulnerable adolescents in five cities: findings from the well-being of adolescents in vulnerable environments study.**J Adolesc Health,** v. 55, p. 39-47, 2014.

PAPALIA, D.E. & OLDS S.W. Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In: D.E. Papalia& S.W. Olds (Orgs). **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

PINTO, A. C. S.; LUNA, I. T.; SILVA, A. A.; PINHEIRO, P. N. C.; BRAGA, V. B.; ALVES E SOUZA, A. M. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **RevEscEnferm USP,** v. 48, n.3, p. 555-64, 2014.

PRATTA, E.M.M & SANTOS, M.A Lazer e Uso de Substâncias Psicoativas na adolescência: Possíveis Relações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v.23, n.1, p. 043-05, 2007.

PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy, Theory, Research Practice**, v.20, p.161-173, 1982.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. Search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, p. 1102-1113, 1992.

RAMCHAND, R.; GRIFFIN, B. A.; HARRIS, K. M.; MCCAFFREY, D. F; MORRAL, A. R. A prospective investigation of suicide ideation, attempts, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment. **Psychol Addict Behav,** v. 22, p. 524-532, 2008.

ROGERS, C.R. & MEWBORN, C.R. Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrance, and the efficacy of coping responses. **Journal of Personality and Social Psychology,** v.34, n.1, p. 54-61, 1976.

RUBAK, S.; SANDBÆK, A.; LAURITZEN, T. & CHRISTENSEN, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of General Practice**, v. 55, p. 305–312, 2005.

SÁNCHEZ-HERVÁS, E.; SECADES-VILLA, R.; GÓMEZ, F. J. S.; ROMAGUERA, F. Z.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, O.; MARTIN YANEZ, E.; FRANCÉS, M. C.; GARCÍA FERNÁNDEZ, G. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína Treatment dropout in cocaine addicts. **Adicciones**, v. 22, n. 1, p. 59-64, 2010.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde** Coletiva, v.14, n. 2, p. 605-614, 2009.

SCALNINI, S.; VITACCA, M.; PALETTA, L.; GIORDANO, A.; BALBI, B. Telemedicine: a new frontier for effective healthcare services. **Monaldi archives for chest disease**. v. 61 n. 4, p.226-33, 2004.

SCHWINN, T. M.; SCHINKE, S.P.; TRENT, D. N. Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. **AddictiveBehaviors**, v. 35, n.1, p. 30-34, 2010.

SMITH, D.C. HALL, J.A; JANG M.; ARDNT, S. Terapist Adherence to a Motivational-Interviewing Intervention Improves treatment entry for substance-misusing adolescents whith low problem perception. **Stud. AlcoholDrugs**, v. 70, p.101-105, 2009.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**. IV Levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas entre estudantes da rede pública e particular das 26 capitais e Distrito Federal.** 2010. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Apresentacoes/328357.pdf. Acessoem: 20n. 2018.

SHEFFER, C. E.; STITZER, M.; BRANDON, T.; BURSAC, Z. Effectiveness of adding relapse prevention materials to telephone counseling. **Journal of Substance Abuse Treatment.,** v. 39:71–77, 2010.

SIGNOR, L.; PIEROZAN, P.S.; FERIGOLO, M.; FERNANDES, S.; MOREIRA, T. C.; MAZONI, C. G.; BARROS, H. M. T. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 35, p. 254–26, 2013.

SMITH, D. C.; HALL, J. A.; JANG, M.; ARNDT, S. Therapist adherence to a motivational interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. **J Stud Alcohol Drugs,** v.70, p. 101-105, 2009.

STRAUB, R. O. Introdução à Psicologia da Saúde. Em: R. Straub. **Psicologia da Saúde,** (pp.02-25). Porto Alegre: ARTMED, 2014.

THOMA, R. J.; MONNIG, M. A.; LYSNE, P. A.; RUHL, D. A.; POMMY, J. A.; BOGENSCHUTZ, M.; TONIGAN, J.S.; YEO, R.A.Adolescent substance abuse: The effects of alcohol and marijuana on neuropsychological performance. **Alcohol ClinExp Res,** v. 35, p. 39-46, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC), **World Drug Report**, (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6), 2018. Disponívelem: https://www.unodc.org/. Acessoem 20 jul. 2018.

VASILAKI, E.I; HOSIER, S.G. & COX, M. The Efficacy of Motivational Interviewing as a Brief Intervention for Excessive Drinking: A Meta-Analytic Review**. Alcohol & Alcoholism**, v.41, n.3, p. 328–335, 2006.

VAUGHN, M. G.; SALAS-WRIGHT, C. P.; LISI, M.; MAYNARD, B.R.; BOUTWELL, B. Prevalence and correlates of psychiatric disorders among former juvenile detainees in the United States. *ComprPsychiatry*, v. 59, p.107-116, 115.

VERGARA-MORAGUES, E.; VERDEJO-GARCÍA, A.; LOZANO, O. M.; SANTIAGO-RAMAJO, S.; GONZÁLEZ-SAIZ, F.; ESPINOSA, P. B.; PÉREZGARCÍA, M. Association between executive function and outcome measure of treatment in therapeutic community among cocaine dependent individuals. **Journal of Substance Abuse Treatment,** v.78, p. 48–55, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies:** evidence for action. Geneva; 2003. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Acesso em: 10 mai. 2017.

ARTIGO 1: Aconselhamento telefônico para jovens brasileiros usuários de cocaína e/ou crack. Quem são esses usuários?

Publicado no Jornal de Pediatria
ISSN 1678-4782
Fator de Impacto JCR de 2015: 2,062

Bisch NK, Moreira TC, Benchaya MC, Pozza DR, Freitas LC, Farias MS, et al. Telephone counseling for Young Brazilian cocaine and/or crack users. Who are these users? J Pediatr (Rio J). 2017. https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.12.016

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

Resumo

Objetivo: Descrever as características de consumo, comportamentos problemáticos associadosao uso e motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack e comparar essas características.
Métodos: Fez-se um estudo transversal, com 2.390 usuários de cocaína/crack (adolescentes: 14 --- 19 anos e jovens: 20 --- 24 anos), 1471 jovens e 919 adolescentes, que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico entre janeiro de 2006 e dezembro de 2013. Foram feitas entrevistas semiestruturadas por telefone. Os questionários incluíram informações sociodemográficas; avaliação das características do consumo de cocaína/crack; avaliação dos comportamentos problemáticos e Escala de Contemplação Ladder para avaliar os estágios de motivação.
Resultados: Os participantes relataram uso de cocaína (48,2%), crack e outras formas fumadas (36,7%) e uso associado de ambas as formas (15%). Os jovens faziam maior uso de crack ou crack associado à cocaína (OR = 1,19; IC 95% = 1,05-1,57) e estavam expostos ao uso da droga havia mais de dois anos (OR = 3,45; IC 95% = 2,84-4,18) quando comparados aos adolescentes. Por outro lado, mostraram-se mais motivados para cessar o consumo.
Conclusão: Os dados mostraram haver importantes diferenças nas características de consumo, comportamentos problemáticos e motivação para cessar o consumo entre adolescentes e jovens usuários de cocaína e/ou crack. Os jovens apresentaram comportamentos que envolvem maiores prejuízos para a saúde física, mental e aspectos sociais. Esses achados reforçam a importância de ações de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde para aumentar os fatores de proteção entre os adolescentes e reduzir riscos e prejuízos para a vida adulta.

Palavras-chave: Aconselhamento telefônico, dependência química, jovens, adolescentes, cocaína, crack.

Abstract

Aim: to describe the users' drug abuse characteristics, problematic behaviors associated with addiction, the motivation of teenagers and young adults to quit cocaine and/or crack abuse, and then compare these characteristics.
Methods: a cross-section study was conducted with 2.390 cocaine/crack users (teenagers from 14 to 19 years of age, and young adults from 20 to 24 years of age); 1471 were young adults and 919 were teenagers who had called a phone counseling service between January 2006 and December 2013. Semi-structured interviews were performed via phone calls. The questionnaires included sociodemographic information; assessment of the characteristics of cocaine/crack abuse; assessment of the problematic behaviors; also, the Contemplation Ladder was used to evaluate the stages of readiness to cease substance abuse.
Results: participants reported using cocaine (48,2%), crack and other smoking forms (36,7%) and combined consumption of both drugs (15%). Young adults were more prone to using crack or crack associated with cocaine (OR=1,9; CI 95% = 1,05 - 1,57) and they were exposed to substance abuse for longer than two years (OR = 3,45; CI 95% = 2,84 - 4,18), when compared to teenagers. On the other hand, they showed higher readiness to quit.
Conclusion: data shows important differences in drug abuse characteristics, problematic behaviors and motivation to cease substance abuse between teenager and young adult cocaine and/or crack users. Behaviors displayed by young adults involve greater physical, mental and social health damages. These findings reinforce the importance of public policy to act on prevention and promoting health, to increase protection factors among teenagers and lower risks and losses during adult life.

Keywords: Telephone counseling, drug addiction, youth, teenagers, cocaine, crack.

Introdução

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

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

A juventude é uma fase evolutiva que traz muitos obstáculos e pode conduzir os indivíduos a um envolvimento em atividades de risco, como o uso de drogas[5]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram-se adolescentes indivíduos entre10 e 19 anos e como jovens adultos os sujeitos da faixa etária de 20 a 24 anos de idade[6].

Sabe-se que a experimentação de drogas geralmente inicia na adolescência[7]. No entanto, nessa fase do desenvolvimento, em que ocorrem modificações importantes no organismo, principalmente no Sistema Nervoso Central (SNC), o uso de drogas pode comprometer o funcionamento cerebral afetando a capacidade cognitiva e de aprendizagem[7]. Retardar ou evitar o início do consumo de substâncias psicoativas pelos jovens tem sido um desafio mundial entre as autoridades responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Muitos estudos têm apresentado os riscos relacionados à experimentação, o uso e o abuso de drogas entre adolescentes e adultos jovens[8, 9]. O uso precoce de cocaína e/ou crack aumenta o risco de desenvolver um transtorno por uso da substância, além de outros transtornos mentais

durante a juventude e também na vida adulta[10]. Compreender os padrões de uso de cocaína e/ou crack entre adolescentes e jovens adultos pode auxiliar no planejamento de ações de prevenção direcionadas e mais efetivas, bem como no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para o tratamento[11].

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

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, com amostragem por conveniência, com 2.390 usuários de cocaína/crack (adolescentes entre 14 e 19 anos e jovens entre 20 e24 anos), que relataram uso associado ou não de outras substâncias e que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico com o intuito de buscar auxílio para cessar seu consumo. O Ligue 132 é um serviço de aconselhamento telefônico (Ligue 132 - Central de atendimentos sobre Drogas) que tem como objetivo auxiliar usuários de substâncias psicoativas no processo de cessação no consumo. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2013 e, neste período, 3272 jovens e adolescentes ligaram para o serviço. Foram excluídos 892 jovens e adolescentes que reportaram estar sob efeito de alguma droga durante a ligação, com dificuldades cognitivas de compreender ou responder aos instrumentos, além daqueles que não aceitaram participar do estudo.

Os usuários aceitaram participar do estudo por meio de um processo de consentimento informado, realizado verbalmente, com a aceitação tácita após exposição dos objetivos e da finalidade do projeto. O consentimento foi solicitado na primeira ligação realizada pelo usuário. A aceitação oral foi devidamente registrada nos protocolos informatizados[12]. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), processo número 942/12.

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

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por telefone, com duração média de 50 minutos. Os questionários incluíram: a) o Protocolo Geral de Atendimento, contendo informações como sexo, idade, estado marital, profissão, renda familiar, escolaridade, cidade e estado da qual foi realizada a chamada; b) Avaliação do Consumo de Cocaína/Crack com perguntas que caracterizaram a quantidade (gramas/pedras de cocaína/crack) utilizada por ocasião, frequência e padrão de consumo. Para isto, foi utilizado um questionário elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o qual tem sido amplamente utilizado no Brasil[15]; c) Avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de Cocaína/Crack, questionário formulado pelo *National Househ old Survey on Drug Abuse* (NHSDA)[16] para avaliar problemas pelo uso de cocaína/crack, escolhido pelo fato de ser utilizado nos levantamentos sobre uso de drogas no Brasil. Este questionário apresenta seis comportamentos problemáticos, conforme o DSM-5. Para levantamento dos dados, o consumo dos sujeitos é definido como leve (de 2 a 3 sintomas), moderado (de 4 a 5 sintomas) e grave (mais de 6 sintomas); e d) Escala de Contemplação Ladder, utilizada para

avaliar a motivação qualitativamente usando cinco afirmações que buscam identificar a disposição de um indivíduo em cessar o consumo por meio dos estágios motivacionais (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação/manutenção)[17].

A análise descritiva univariada apresenta dados sociodemográficos, marcadores de consumo de cocaína e/ou crack, índices de motivação e informações sobre comportamentos problemáticos relacionados ao uso de drogas sob a forma de média ± erro padrão da média (SEM) e dados qualitativos foram apresentados por n e percentual. Nas análises bivariadas foram utilizados Teste do Qui-quadrado, Odds Ratio (OR) e 95% de intervalo de confiança (IC 95%) para comparações entre dados de jovens e de adolescentes e discriminação de diferenças entre os usuários de cloridrato de cocaína e de crack. Para comparação das quantidades de substância utilizadas entre as faixas etárias, foi utilizado Teste t de amostras independentes.

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

Resultados

A média de idade foi de 22,1 anos (dp=1,39) entre os jovens e de 17,3 anos (dp=1,36) entre os adolescentes. Ao analisar a escolaridade dos participantes, em geral, observou-se que a maioria, tanto dos jovens quanto dos adolescentes, não concluiu os estudos. Apenas 10% dos participantes relataram ter concluído o ensino fundamental e 20,7% concluíram o ensino médio. Dentre os que não completaram os estudos, observou-se que 62,5% dos jovens e

67,3% dos adolescentes apresentavam atraso escolar. Verificou-se que houve correlação direta entre anos de atraso escolar e gravidade de problemas relacionados ao uso de cocaína/crack (coeficiente de spearman (=0,063; p=0,002), idade dos participantes (=0,238; p=0,000) e quantidade de cocaína (= 0,158; p=0,000), sendo que todas as correlações foram fracas. Também se identificou uma correlação indireta fraca entre anos de atraso escolar e quantidade de crack (= -0,142; p=0,000). Aos serem questionados sobre a ocupação, 22,6% dos participantes alegaram estar estudando (sendo a maioria adolescente), já 21,1% relataram estarem desempregados (jovens, em sua maioria) e 56,3% alegaram fazer alguma atividade laboral. As características sociodemográficas dos participantes estão sumarizadas na Tabela 1.

Quando analisados os dados sobre o consumo de drogas, os participantes relataram uso de cocaína (48,2%), crack e outras formas fumadas (36,7%) e uso associado de ambas as formas (15%). O uso de cocaína/crack associado a outras drogas lícitas ou ilícitas foi relatado por 94,5% dos participantes, apenas 6% dos participantes eram monousuários. Ao analisar o uso associado a outras drogas de abuso, 39,5% faziam uso associado a drogas lícitas e 54,6% declararam uso associado a outras drogas ilícitas (Tabela 2). As associações mostraram diferenças estatísticas significativas entre jovens e adolescentes. Os jovens apresentaram menos chances de fazer associação a drogas ilícitas em comparação aos adolescentes (OR= 0,61 IC95%= 0,51-0,74). A associação do uso de cocaína/crack combinado com álcool e/ou tabaco foi mais frequente entre os jovens, enquanto os adolescentes relataram mais frequentemente associações de cocaína/crack com a maconha.

Em relação à quantidade de droga utilizada por ocasião, os jovens usavam em média 8,11g (EP= 0,45) de cocaína, 14,3 pedras (EP=0,72) de crack e quando utilizadas concomitantemente 6,9g (EP=0,3). Para os adolescentes, a média de cocaína foi de 12,1g

(EP=1,1), crack 10,1 pedras (EP= 1,18) e ambas 8,3g (EP=0,83). Não houve diferenças estatísticas.

As análises bivariadas brutas e ajustadas foram realizadas para verificar diferença estatísticas entre jovens e adolescentes nas características de consumo. Observa-se que a maioria dos jovens e adolescentes buscou ajuda pela primeira vez ligando para o serviço. Os jovens faziam maior uso de crack ou crack associado à cocaína e utilizavam há mais tempo a droga quando comparados aos adolescentes, com diferença estatisticamente significativa. Em relação à frequência de uso, ambos faziam uso semanal ou menor que semanal. Por outro lado, embora os jovens apresentassem maior chance para o comportamento de usar, quando avaliado os estágios motivacionais para cessar o consumo, os jovens mostraram mais chance de estarem motivados para mudar o comportamento de uso da cocaína/crack em comparação aos adolescentes (Tabela 3).

Para análise mais detalhada, na avaliação das características de consumo, discriminou-se a amostra entre usuários de crack e cocaína, comparando as faixas etárias. Entre os usuários de crack, os jovens mostraram quase três vezes mais chances de consumir a substância há mais de dois anos em comparação aos adolescentes (OR= 2,84; IC95%= 2,16-3,73). Da mesma forma se observou que, entre os usuários de cocaína, os jovens apresentaram quatro vezes mais chances de usar a mais tempo do que os adolescentes (OR= 4,38; IC95%= 3,30-5,82). Os dados sobre a motivação também se mantiveram entre os jovens usuários de crack (OR= 0,63; IC95%= 0,45-0,88); entretanto, entre os jovens e adolescentes usuários de cocaína, não houve diferença significativa.

Na avaliação da gravidade dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína/crack, 1131usuários (47,8%) preencheram critérios para uso moderado e 811 usuários (34,3%) para uso grave. Ao avaliar os comportamentos problemáticos relacionados ao uso nos últimos 12 meses, os jovens mostraram mais chances de apresentar desejo de

consumir a droga, aumento da frequência de uso ou da quantidade da droga e de perderem o controle com relação ao uso (OR= 1,42; p= 0,008, OR= 1,43; p=0,009; OR= 2,22; p=0,000), conforme Tabela 4. Quando analisadas as associações entre os comportamentos problemáticos relacionados ao uso nos últimos 12 meses, observou-se que entre os jovens a perda de controle esteve associada ao proeminente desejo de consumir cocaína e/ou crack (p=0,000), aumento da frequência de uso (p=0,003), tolerância aos efeitos da substância (p=0,01), exposição a riscos físicos (p=0,005) e problemas pessoais relacionados ao uso da substância (p=0,000). Para os adolescentes a perda de controle esteve associada ao proeminente desejo de consumir cocaína e/ou crack (p=0,04) e aos problemas pessoais relacionados ao uso da substância (p=0,003).

Discussão

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

Os dados mostraram que a maioria, tanto dos jovens quanto dos adolescentes, não concluiu os estudos. Sabe-se que o uso de drogas tem forte relação com o prejuízo no desempenho escolar e, a continuidade do uso associado ao baixo rendimento, muitas vezes, leva ao abandono dos estudos. Pesquisas epidemiológicas têm mostrado alta relação entre o abandono escolar com problemas de saúde mental[18,19], atividades ilícitas[19] e,

principalmente, aumento do risco para problemas relacionados ao uso de álcool, cigarro, maconha e outras drogas ilícitas[20]. O atraso escolar esteve associado à gravidade dos problemas relacionados ao consumo e quantidade de cocaína utilizada, bem como a idade; isto é, quanto mais velhos, maior o atraso escolar, mais problemas com o consumo e maior era a quantidade de cocaína utilizada.

No presente estudo, os jovens mostraram maior chance para usar crack ou crack e cocaína juntos e mais chance de consumir a droga há mais de dois anos. Pode-se conjecturar que estes jovens passaram a fazer uso de crack, a partir de experiências de uso de cocaína e maconha durante a adolescencia. Um estudo que buscou avaliar o perfil sociodemográfico e o padrão de uso da cocaína entre usuários de drogas hospitalizados encontrou resultados semelhantes. Entre os 440 pacientes entrevistados, 29,8% eram dependentes de cocaína, 38,4% de crack e 31,8% utilizavam ambas as formas de cocaína (inalada e fumada)[21]. Outro estudo que buscou investigar a prevalência do consumo de cocaína e dependência no Brasil e possíveis associações com fatores sociodemográficos mostrou que 45% da amostra iniciaram o uso de cocaína antes dos 18 anos de idade[22]. Uma pesquisa que investigou em 20 usuários de crack o padrão do uso de outras drogas de abuso identificou que o consumo de substâncias iniciou com drogas lícitas (álcool e tabaco), passando depois para outras drogas ilícitas, como a maconha e cocaína. A cocaína foi a terceira droga utilizada, em geral e o crack foi a última droga de uso em metade dos casos investigados[23]. A literatura tem apontado que a progressão do uso geralmente ocorre na adolescência, com uso experimental de drogas lícitas (álcool e tabaco) podendo evoluir para o uso de ilícitas (maconha e cocaína aspirada)[24].

Os resultados do presente estudo apontaram que os adolescentes mostraram maior risco para associações a outras drogas ilícitas e que quase 100% eram poliusuários. Um estudo entre dependentes de cocaína e crack que procuraram tratamento apontou uma prevalência de 25% de dependência de mais uma substância, 32,6% de dependência de duas e

22,4% de dependência de três drogas[25]. Tais achados reforçam a urgência de se intervir, pois se sabe que quanto maior o tempo de exposição a uma substância, maiores poderão ser os prejuízos ao desenvolvimento dos jovens[26].

Os achados deste estudo não demonstraram diferenças significativas entre as faixas etárias no que se refere à gravidade dos problemas relacionados ao uso da substância, ou seja, ambos os grupos demonstram prejuízos de moderado à grave no que se refere ao uso de cocaína e/ou crack. A relação entre o uso precoce e o aumento do risco para doenças psiquiátricas tem sido demonstrada pela literatura[24]. Outro dado importante observado foram as associações de comportamentos problemáticos relacionados ao uso de cocaína/crack. Pode-se observar que entre os jovens houve associações estatisticamente significativas em todos os seis comportamentos avaliados, o que leva a pensar na gravidade do abuso. Embora os adolescentes tenham relatado comportamentos problemáticos, não apresentaram perda de controle associada com frequência de uso, tolerância aos efeitos e exposição a riscos físicos. Talvez por estarem há menos tempo expostos à substância em comparação aos jovens. Todavia, cabe salientar a importância de intervenções precoces, com vistas à prevenção do uso de drogas, bem como da progressão da experimentação para consumos que refletem maior risco quanto ao uso uso problemático e gravidade quanto ao consumo frequente. Programas de prevenção nas comunidades e em escolas e estratégias específicas de atenção à saúde para adolescentes e adultos jovens podem contribuir para o desenvolvimento psicosocial mais saudável, evitando prejuízos mais graves na vida adulta[27].

Os jovens deste estudo não são diferentes do perfil de usuários apresentados na literatura (uso de moderado à grave, poliusuários, com prejuízos no desempenho escolar); entretanto, ao avaliarmos a motivação para modificar o comportamento, os jovens relataram alta motivação, fato que pode ser compreendido pela possível percepção dos prejuízos relacionados ao consumo. Os adolescentes, por outro lado, apresentaram mais chances de

estarem em estágios de pré-contemplação e contemplação, ou seja, baixa motivação para mudar o comportamento. Na adolescência há uma imaturidade na capacidade de avaliar riscos, pensar em consequências e organizar temporalmente a relação causa-efeito e isto ocorre pois estruturas cerebrais responsáveis pelo controle dos impulsos e percepção temporal ainda estão em amadurecimento[28]. Por essas características, possivelmente os adolescentes não percebam a necessidade de mudar seu consumo ou não se encontram prontos para tomar tal decisão.

A maioria dos jovens e adolescentes buscou ajuda pela primeira vez ligando para o serviço de aconselhamento telefônico. Sabe-se que, geralmente, essa população não procura acompanhamento espontaneamente, principalmente quando apresenta baixa motivação para mudar o comportamento. Entretanto, o anonimato e o acesso facilitado à orientação desprovida de preconceitos e julgamentos podem tê-los estimulado à busca por ajuda. A literatura aponta que o telefone tornou-se uma alternativa vantajosa para serviços de saúde[29,] e essas alternativas de tratamento tem se mostrado efetivas para cessação e redução do uso de drogas[30].

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

Não se investigou outros fatores de risco, como a presença de comorbidades, violência, evasão escolar e relacionamento parental. Fatores estes que são importantes para a compreensão global do uso de drogas na juventude. Contudo, como neste estudo objetivou-se investigar a diferença no padrão de consumo, dependência e motivação entre adolescentes e jovens, acredita-se não haver interferência nos resultados o fato de não se ter investigado os demais fatores de risco.

Conclusão

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

ReferênciasBibliográficas

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6); 2015.

2. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Available from: http://www.samhsa.gov/data/ [cited 10.12.17].

3. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São

Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014.

4. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de cracke ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.

5. Wagner MF, Oliveira MS. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. PsicolClín. 2007;19:101-16.

6. WHO, World Health Organization. Young people's health - a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. TechnicalReport Series 731. Geneva: WHO; 1986.

7. Diehl A, Coutinho GR. Álcool e adolescência. RevPatio Ensino Médio. 2012;4:34.

8. Clevaland MJ, Collins LM, Lanza ST, Greenberg MT, Feinberg ME. Does individualrisk moderate the effect of contextual-level protective factors? A latent class analysis of substance use. J PrevInterv Community. 2010;38:213-28.

9. Kopak AM, Chen AC, Haas AS, Gillmore MR. The importance of family factors to protect against substance use related problems among Mexican heritage and white youth. Drug Alcohol Depend. 2012;124:34-41.

10. Schwinn TM, Schinke SP, Trent DN. Substance use among late adolescent urban youths: mental health and gender influences. AddictBehav. 2010;35:30-4.

11. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepc¸ões sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev Latino AmEnferm. 2011;19, 08 telas.

12. Rogers W, Ballantyne A. Populac¸ões especiais: vulnerabilidade e protec¸ão. RECIIS - R Eletr de Com InfInovSaude. 2008; 2:31-41.

13. Barros HM, Santos V, Mazoni C, Dantas DC, Ferigolo M. Neuroscienceeducation for health professional undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. Drug Alcohol Depend. 2008;98:270-4.

14. Murray M, Fleming M. Prevention and treatment of alcoholrelated problems: an international medical education model. Acad Med. 1996;71:1204-10.

15. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informac¸ões sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2007.

16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration -SAMSHA. Office of Applied Studies: 1998. National Household Survey on Drug Abuse. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1999.

17. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira Tde C, Pierozan PS, Mazoni CG, et al. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. Addict Behav. 2010;35:750-5.

18. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Lisi M, Maynard BR, Boutwell B. Prevalence and correlates of psychiatric disorders among former juvenile detainees in the United States. Compr Psychiatry. 2015;59:107-16.

19. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Maynard BR. Dropping out of school and chronic disease in the United States. J Public Health. 2014;22:265-70.

20. Bachman JG, O'Malley PM, Scheulenberg JE, Johnston LD, Fredoman-Doan P, Messersmith EE. The education-drug use connection: how success and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use and delinquency. New York, NY: Taylor & Francis; 2008.

21. Ferreira FO, Turchib MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil. Rev SaudePublica. 2003;37:751-9.

22. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). AddictBehav. 2014;39:297-301.

23. Seleghim MR, Oliveira ML. Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica. RevNeurocienc. 2013;21:339-48.

24. Olumide AO, Robinson AC, Levy PA, Mashimbye L, Brahmbhatt H, Lian Q, et al. Predictors of substance use among vulnerable adolescents in five cities: findings from the well-being of adolescents in vulnerable environments study. J Adolesc Health. 2014;55:39-47.

25. Azevedo RCS, Oliveira KD, Silva LFAL, Koller K, Andrada NC, Marques ACPR, et al. Abuso e dependência de múltiplas drogas. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2012. Availablefrom: http://www. projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso e dependenia de alcool.pdf [cited 17.11.15].

26. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. Lancet. 2007;369:1391-401.

27. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet. 2011;377:2093-102.

28. Bisch NK, Benchaya MC. Adolescência e a vulnerabilidade ao uso de drogas: estratégia de intervenc¸ão. In: Rudnicki T, Sanchez MM, editors. Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivocomportamental em hospital geral. Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 153-78.

29. Sheffer CE, Stitzer M, Brandon T, Bursac Z. Effectiveness of adding relapse prevention materials to telephone counseling. J Subst Abuse Treat. 2010;39:71-7.

30. Bisch NK, Benchaya MC, Signor L, Moleda HM, Ferigolo M, Andrade TM, Barros HM. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. RevGauchaEnferm. 2011;32:31-9.

Tabela 1- Comparação das características sociodemográficas entre jovens e adolescentes* usuários de cocaína/crack.

	Total	**Jovens**	**Adolescentes**
	n	**n(%)**	**n(%)**
Sexo			
Masculino	1698	1149(67,7)	549(32,3)
Feminino	682	321(47,1)	361(52,9)
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	748	405(54,1)	343(45,9)
Anos de atraso escolar	-	10,5±2,25	4,43± 2,95
Ensino Fundamental Completo	234	167(71,4)	67(28,6)
Ensino Médio Incompleto	543	263(48,4)	280(51,6)
Anos de atraso escolar	-	7,23±1,95	2,72±1,65
Ensino Médio Completo	468	374(79,9)	94(20,1)
Ensino Superior	174	126(72,4)	48(27,6)
Renda Familiar			
até 4 salários mínimos	1922	1195(62,2)	727(37,8)
mais de 5 salários mínimos	185	110(59,5)	75(40,5)
Esdado Civil			
solteiro	1773	1028(58,0)	745(42,0)
casado	402	324(80,6)	78(19,4)
Profissão			
não trabalha	1015	460(45,3)	555(54,7)
trabalha	1153	881(76,4)	272(23,6)

[a]alguns participantes não responderam a todas variáveis

[*] Idade conforme as faixas etárias= Adolescentes (14 a 19 anos),
Jovens (20 a 24 anos)

asvariaveis Atraso Escolar estão representadas por Média e Desvio Padrão

as demais variaveis estão representadas por Número e Porcentagem

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

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

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

[a]Alguns participantes não responderam a todas as variáveis

* Idade conforme as faixas etárias= Adolescentes (14 a 19 anos), Jovens (20 a 24 anos)

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

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

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

	Total n	Jovens n(%)	Adolescentes n(%)	Bruto OR (IC95%)	P	Ajustado OR (IC95%)	P
Ajuda antes de ligar							
Não	1380	829(60,1)	551(39,9)	1,31(1,08-1,59)	0,003	1(0.77-1.16)	0.62
Sim	695	462(66,5)	233(33,5)	1			
Tipo de preparação							
Crack e crack associado com cocaína	1232	797(64,7)	435(35,3)	1,29(1,09-1,52)	0,001	1,29(1,05-1,57)	0,01*
Cocaína	1148	673(58,6)	475(41,4)	1		1	
Tempo de exposição							
Mais de 2 anos	1396	1024(73,4)	372(26,6)	3,34(2,81-3,97)	0,000	3,45(2,84-4,18)	0,000*
Até 2 anos	981	443(45,2)	538(54,8)	1		1	
Frequência							
Diária	998	623 (61,4)	385 (38,6)	0,98 (0,83-1,16)	0,44	0.87(0.71-1.06)	0.17
Semanal ou menor que semanal	1316	813 (61,8)	503 (38,2)	1			
Estágios de Mudança							
Não motivados para mudar comportamento	483	260 (53,8)	223 (46,2)	0,66 (0,54-0,81)	0,000	0,72(0,57-0,91)	0,007*
Motivados a mudar comportamento de consumo	1897	1210 (63,8)	687 (36,2)	1		1	

[a] Alguns dos participantes não responderam a todas as variáveis

* $p \leq 0,05$

OR= odds ratio

IC=intervalo de confiança

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

	Total n	Jovens n(%)	Adolescentes n(%)	Bruto OR (IC95%)	P	Ajustado OR (IC95%)	P
Uso Grave	811	535(66,0)	276(34,0)	1,77(1,39-2,25)	0,000	0,93(0,40-2,13)	0,87
Uso Moderado	1131	699(61,8)	432(38,2)	1,39(1,11-1,74)	0,002	0,95(0,77-1,16)	0,62
Uso Leve	425	222(52,2)	203(47,8)			1	
Problemas relacionados ao uso							
Proeminente desejo de consumir cocaína							
Sim	1874	1191(63,6)	683(36,4)	1,47(1,21-1,79)	0,000	1,42(1,09-1,85)	0,008*
Não							
Aumento da frequência e quantidade de uso							
Sim	1928	1219(63,2)	709(36,8)	1,43(1,16-1,76)	0,001	1,43(1,09-1,87)	0,009*
Não						1	
Tolerância							
Sim	1638	1025(62,6)	613(37,4)	1,14(0,95-1,36)	0,14	1(0,81-1,36)	0,71
Não							
Risco físico sob efeito de cocaína							
Sim	1686	1057(62,7)	629(37,3)	1,17(0,98-1,40)	0,08	1,14(0,89-1,46)	0,28
Não							
Problemas pessoais relacionados ao uso							
Sim	1831	1149(62,8)	682(37,2)	1,21(1,00-1,48)	0,030	1,15(0.89-1,47)	0,27
Não							
Perda de controle com relação ao uso							
Sim	2182	1375(63,3)	807(37,0)	2,02(1,51-2,71)	0,000	2,22(1,56-3,16)	0,000*
Não						1	

[a] Alguns dos participantes não responderam a todas as variáveis

* p≤ 0,05

n=número de sujeitos

OR= odds ratio

IC=intervalo de confiança

ARTIGO 2: Changes in problematic behaviors due to cocaine/crack use in adolescents and young Brazilians: 6-months and 24-months follow-up

A ser submetido na Revista Brasileira de Psiquiatria
Fator de impacto: 0.1263 Qualis capes B2

NadiakrubskayaBisch
Taís Campos Moreira
Luciana R. Figueró
DaiannaMenote dos Santos
Maristela Ferigolo
Helena M. T. Barros

ABSTRACT

Objective: results of Motivational Interviewing were evaluated based on phone interventions to young people who reported the use of cocaine / crack. Methods: Participants were randomly assigned to either Motivational Interviewing or control group. Semi-structured interviews were conducted, as well as demographic questionnaires, assessment of cocaine / crack evaluation on the dependence on cocaine/crack and the Contemplation Ladder scale to assess the motivation to change behavior. The study included 303 young people aged between 14 to 24 years old. Only 154 of these participants completed a 6-month follow-up, and only 40 participants completed the 24-month follow-up. Results: Motivational Interviewing was more effective than the control intervention in changing behavior in the use of cocaine/crack among young people who adhered the follow-up process. Conclusion: The results show the therapeutic effects of motivational interventions when the individual uses a specializing service in telephone interventions for drug abuse.

Keywords: young people; cocaine; crack cocaine; motivational interviewing.

INTRODUCTION

Epidemiological surveys indicate alarming consumption of illicit drugs by young people[1,2]. Worldwide, approximately 20 million people have used cocaine at least once a year (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC][2],In Brazil, the rate of lifetime cocaine HCL use prevalence was 7.7% and lifetime crack use was 1.2%[1], among college students. According to a study conducted to describe the profile of crack users and/or similar in Brazil, the highest prevalence of age of the users were young people between 18 and 24 years old

(31.32%) and in the Brazilian capital cities, 0.11% of the regular users of crack and/or similar drugs were children and adolescents and 0.70% of users were older than 18 years old[3].

The use of cocaine and crack among young people deserves particular attention because of the potential harm these drugs can cause to the individual development, such as mental health problems[4,5], negative neuropsychological consequences[6-8], poor educational performance results[9]and social wee-being[10] as well as increase involvement in criminal activity[11]. Thus, the earlier the substance use is initiated, the higher the risk of negative consequences in adulthood. Therefore, the earlier the intervention to stop cocaine/crack use is successful a better outcome.

There are evidences there is a chance of reducing licit[12]and illicit drugs use[13,14]with telephone-based intervention. In addiction treatment, motivational interviewing (MI) has been effective in dealing with addictive behaviors such as tobacco, alcohol and illicit drug use in adults[12,13, 15]. While evidences for MI effectiveness in drug use treatment in adults is strong, evidence supporting the use of MI with young people requires further evaluation. A systematic review evaluated the motivational interviewing (MI) effectiveness in behavior change on the use of substance in adolescents and showed a small, but significant effect size[16]. MI interventions were effective for a variety of substances other than cocaine in different settings among adults and young people[16-18], however, the results of studies on the MI effectiveness in younger users of cocaine/crack are few and controversial. Some studies point that MI is effective for adolescents while several others cannot detect the effects of the MI in youngsters[19,20]. Therefore, MI intervention by phone for young cocaine/crack users in Brazil still requires evaluation.

The objective of this study was to determine if MI, offered to young people through telephone counseling increases the likelihood of behavior change for abstinence or reduced cocaine/crack use when compared to a control group.

METHODS

Procedures

A controlled clinical trial was conducted with a random sampling of participants. At the beginning of the study, a software program designated which participants joined the Treatment as usual (control group) or the motivational interviewing (MI). Data collection was performed by 40 university students from different health areas, who were trained to administer the questionnaires and interventions as previously described[13,21]. The training model performed was adapted from the Medical Education Model for the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders[22]. This interdisciplinary model was based on 7 educational principles: 1) the repetition and reinforcement of main ideas, themes and skills; 2) group integration and sharing of ideas during the training; 3) continuous supervision; 4) student-focused training strategies; 5) initial skills training in small groups during role play practice sessions; 6) practice under supervision of additional sessions at the call center; and 7) regular screening and feedback. Professionals with experience in drug abuse treatment and its applied methods were responsible for conducting the three training modules for a total duration of 150 hours. Afterward, university students received specific training about MI, cocaine/crack and other drugs of abuse, and about the computer system and telecommunications.

Participants

Participants were young people from 14 to 24 years old from all regions of Brazil, between January 2006 and December 2014. These participants called *Ligue 132*, which is a toll-free phone number that provides information about drug abuse. Participants primary concern was regarding to their cocaine/crack abuse. Participants were enrolled through a process of informed consent that was verbally conducted. The oral acceptance was duly

recorded in computerized protocols. The young people provided tacit acceptance to participate after receiving an explanation about the objectives and purpose of the project (n=303). The Term of Free and Informed Consent was presented to the young participants only because it is understood that when choosing to use drugs, these individuals have enough understanding to give consent for their autonomy. Additionally, requiring the consent from the responsible person for this individual could significantly hinder the objectives of the study[23]. Participants gave the researchers a telephone number from which they could receive future service calls. The ones who were intoxicated during the phone-based interview were excluded, in addition to those who failed to finalize the first phone-based interview, those who did not want to participate in the study and those who did not have at least one follow-up. The study was approved by the Ethics Research Committee of Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) process number 019/05, according to certificate number 28/05.

Intervention and Instruments

Following the initial assessment and randomization, the participants were interviewed according to a specific format to either the MI or the usual treatment. The MI intervention lasted for approximately 20 to 30 minutes and applied the following motivational interviewing principles: promoting motivation and self-efficacy, identifying risks and strategies to address these risks, and assisting the individual to plan for abstinence from the use of cocaine/crack[24] .The control group was interviewed using the usual way of questioning and directing future behaviors without avoiding closed-ended questions and was also informed to set a date to stop using cocaine/crack. All participants received a mailed letter confirming the dates for the subsequent phone calls. They were sent two booklets published by the National Drug Policy Secretary. These publications described behavioral changes, contained guidance to promote motivation at each stage of change and contained information on the problems related to cocaine/crack abuse.

Both the MI and control groups were followed up to 1, 3, 7 days and 1, 2, 3 and 6 months after the date set to stop using cocaine/crack. If the participants did not make the follow-up calls, three research assistants made at least five proactive attempts of contact for follow-ups. After the end of the 6-month follow-up, proactive calls were made at the next 12-month, 18-month and 24-month, which the objective was to investigate whether the behavior change was maintained after the received intervention. The outcomes investigated during the follow-up dates were the behavioral changes related to abstinence or reduced cocaine/crack use and the self-estimated amount of cocaine/crack abuse described by the youngster.

The semi-structured interviews were conducted by telephone through an average duration of 50 minutes[24]. The questionnaires included the Sociodemographic Characteristics Questionnaire, the Assessment of Cocaine/Crack Consumption, the Addiction Assessment of Cocaine/Crack and the Contemplation Ladder Scale. The Contemplation Ladder Scale assessed motivation to change behavior. The Assessment of Cocaine/Crack Consumption presented questions to characterize the amount (grams of cocaine/ crack stones) used by occasion, frequency and consumption pattern. For this purpose, it was used a questionnaire prepared by the World Health Organization (WHO), which has been widely used in Brazil[25]; c) the Assesment of problematic behaviors due to cocaine/crack use, a formulated questionnaire by the National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) to assess problems due to the cocaine/crack use, chosen by the fact that it is used in the drug abuse surveys in Brazil. This assessment presents six problematic use behaviors, according to the DSM-5[26]. For data collection, the individual's drug use is set as light (2 to 3 symptoms), moderate (4 to 5 symptoms) and severe (more than 6 symptoms). Motivation was qualitatively assessed using five statements from the Contemplation Ladder Scale, which is a tool to identify an individual's readiness to stop using drugs[13,27]. This scale was translated into Portuguese and adapted to be administered by phone[28].

Data Analysis

A descriptive analysis was performed, followed by a bivariate analysis using the Chi-squared test with a calculated Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Interval (95% CI). Quantitative data is presented as the mean ± standard error of mean (SEM). For a comparison of the amount of substance used between groups during follow-ups, a Repeated Measures Two-Way ANOVA was used. Values of $p<0.05$ were considered statistically significant. All variables with $p<0.2$ in the bivariate analysis were included in the logistic regression analysis (cocaine consumption during the first call, age group, marital status and treatment outcome).

We considered the behavior change related to abstinence or reduction of cocaine/crack use analysis per protocol (PP), the number of users who completed the follow-up in 6 months and 24 months[29]. Normality tests were used to evaluate decision making about parametric or non-parametric analyzes. The Mann-Whitney test was applied to compare the data of cocaine and crack consumption at the beginning of the study and the next 12-month, 18-month and 24-month among the groups. An analysis of variance with mixed model (ANOVA, General Linear Model-2x10) was used to compare data from the effects of the intervention and the control group over the 10 study follow-ups. The Friedman analysis of repeated measures was performed to avoid statistics errors and to evaluate the reliability of the mixed ANOVA to non-parametric data.Both the Analysis of Variance and the Friedman test were submitted to post hoc analysis with Bonferroni correction. Chi-square association analysis were applied to evaluate the dependence between nominal variables of the study. Logistic regression analysis were used to evaluate the intervention effect on the behavioral change of participants in the follow-up study. Statistical significance was considered when $p <0.05$ and effect sizes were reported. The analysis were conducted with SPSS software version 22.

RESULTS

The following data refer to 303 participants, the sample is composed of individuals who participated in the study after the randomization for intervention with Motivational Interview (MI) or control intervention. At the end of the 6-month follow-up the sample was composed by 154 individuals. In later follow-ups, which proactive calls were made, the loss of participants was drastic, being composed in the 12-month by n=30, 18-month by n=29 and in the 24-month by n=40 young cocaine/crack users. (Figure 1)

The majority of the sample is composed of male individuals, mean age 20.1 (SD=2.6), single, with low schooling and who claim not to be working.

The analysis of the sociodemographic characteristics of randomized participants was show in Table 1. When the characteristics of drug consumption were analyzed, the participants who completed 06-month follow-up reported using snorted cocaine HCL (53.9%), smoked crack (31.8%) or reported snorted cocaine and crack smoking co-use (14.3%). The use of any cocaine or crack associated with other licit or illicit drug use was reported by 94.8% of participants. The most frequently used association was marijuana, alcohol and tobacco (30.5%). Within the sample, cocaine or crack abuse was associated with marijuana and tobacco use (15.6%), alcohol and tobacco use (11%), marijuana and alcohol (7.8%), marijuana use only (9.7%), alcohol use only (5.8%), and tobacco use only (5.8%). Participants' use of cocaine or crack was categorized as daily (46.3%), weekly and less often than weekly (53.7%). Regarding to the time of drug use, most participants reported using for less than 5 years (83.1%). The problematic behaviors related to the use of cocaine or crack were the high desire of cocaine use (74.7%), increased use, frequency and quantity (77.9%), tolerance (73.4%), physical risk under cocaine effects (68.8%), personal problems related to the drug use (77.3%) and the loss of control over the use (91.6%). Most individuals showed a high motivation to change (61.7%) when starting treatment. At the end of a 6-month follow-

up 78.6% of participants reported high motivation to change. No statistically significant differences were found in the characteristics of use and level of

motivation to change. (Table 2)

When comparing the overall participants average daily amount of cocaine use reported during the initial phone call and the 6-month follow-up (8.03 ± 1.9g/day vs.0.8 ± 0.2g/day, p=0.000); the average daily amount of crack used during the initial phone call to the 6-month follow-up (10.3 ± 2.0 crack rocks/day vs. 2 ± 0.6 crack rocks/day, p=0.000) and the cocaine and crack co-use when starting treatment to the 6-month follow-up (8.4 ±1.9 g/day vs.0.7 ±0.2 g/day, p=0.000). For this latter analysis each rock was considered to be equivalent to 0.25 g/day of cocaine, considering the contamination rates of the drug forms in study (information of DENARC, RS). In regards to the amount of drug used during follow-ups, there was a significant effect of time (p=0.001), indicating that participants in both conditions reduced the total daily amount of cocaine or crack use immediately after the first call. This decrease seen in 24 hours of follow-up was sustained until the 6-month follow-up in both treatment conditions. Considering the mean amount of drug used over time did not show statistically significant differences of the motivational interview intervention in comparison to the control interview, as illustrated in Figure 2.

When considering all individuals , regardless the type of cocaine preferred, the amount of cocaine/crack used among the evaluation periods changed throughout the follow-up. When the amount of drug in the 12-month, 18-month, and 24-month follow-up was evaluated, the average use was 1.65 g / day (EPM = 0.88), 1.83 g / day (EPM = 0.72) and 0.91 g / day (EPM = 0.34), respectively. For the 24 month follow up, when the amount of crack, cocaine and the cocaine and crack co-use was compared between the IM groups and control groups, only the amount of cocaine and crack co-use at the first call was statistically different between the IM

group M=10,28g/dia, DP=26,57) and control group (M=5,87g/dia, DP=9,51), *U*=9155,5, p=0,026 with a small effect size (r = 0.13) according to the Mann-Whitney test (Table 3).

The analysis of the motivational intervention effect on drug abstinence of young cocaine/crack users identified a statistically significant difference in the comparison between the IM and control groups (OR = 3.09 95% CI: 1.14-8.40 p = 0.027) at 6-month follow-up. (See Table 3).

The logistic regression analysis demonstrated this association. Furthermore, it is worth mentioning that 76.4% participants of the control group also reported reduction or cessation of cocaine/crack use at the end of the 6-month follow-up.

By increasing the follow-up period with the users the effect of the motivational intervention is lost. n the 12-month, 18-month, and 24-month follow-up, no statistical differences were found between treatment conditions and behavior change in relation to cocaine / crack use.

To evaluate the effect of MI intervention on cocaine / crack use during the two-year follow-up, a mixed model ANOVA (2x10) was applied between the groups (MI and control) and the 10 study follow-ups (1 day, 3 days, 7 months, 1 month, 2 months, 3 months, 6 months, 12 months, 18 months and 24 months) with the 40 participants who achieved proactive contact after the 6-month follow-up with data on the amount of drug use during the follow-up. The results indicated a follow-up effect on cocaine / crack reduction, with a high effect size (F 1.207 = 4.233, p = 0.03, ηp2 = 0.155). There was no interaction effect between groups and follow-up (F 1,207 = 2,834, p = 0.09, ηp2 = 0.110). The analysis between groups did not find a statistically significant effect of MI (p = 0.23), which suggests that both groups have a similar effect on the reduction in the amount of drug use over the 24 months follow-up.

Considering that the quantity variables are not parametric (Shapiro-Wilk, p <0.001), a Friedman repeated measures analysis was used to confirm the results found on the difference

between the 10 follow-ups of the study, regardless the intervention group. The results indicated a significant difference between the amount of cocaine/crack used over the 10 follow-ups, $\chi 2$ (9) = 51.23, p <0.01, with a small effect size (W of Kendall = 0.23).

Post hoc analyzes with the Bonferroni correction using the Wilcoxon test indicated that the amount of cocaine/crack used in the 1-day follow-up was statistically different, p<0.01, from all other follow-ups, with Z=-6,88, to the statistical difference at the 3-day follow-up, Z = -6.47 (7 days), Z = -5.65 (1 month), Z = -6.12 (2 months), Z = -5, 70 (3 months), Z = -5.75 (6 months), Z = -5.68 (12 months), Z = -6.55 (18 months) and Z = -4.34 (24 months), with high effect sizes ranging from r = -0.61 to the lowest value of Z er = -0.93 to the highest value of Z (Figure 3).

DISCUSSION

The results demonstrated that the MI intervention was more effective than the control intervention to produce a change in behavior in cocaine/crack use among young userswho joined the 6-month follow-up. Data demonstrate that MI administered by phone gave as an additional boost towards the positive outcome of the telephone intervention 90% of young people who remained in treatment for change behavior inthe use of cocaine/crack during the follow-up had reduced or stopped using cocaine and crack. The MI group received the intervention with non-confrontational strategies and strengthened self-efficacy and short-term planning strategies. Motivational interviewing allowed for an assessment of each participant's readiness to change. After the readiness stage was identified, the individuals were given advice applied to minimize the resistance commonly found during this stage. Ambivalence was resolved in order to help the participants reach behavior change. Although MI interventions have been described to be efficacious in dealing with addictive behaviors[12-13]; in adults, the results for intervention with young people are limited, considering young users of cocaine/crack[14, 16-18]. The very good result in behavior change in the control group might be

related to the simple non-judgmental reception that the consultants gave to the youngsters through the phone contact. However, in subsequent follow-ups (12, 18 and 24 months) in which there is a longer time between interventions, the effect of motivational intervention is diluted and both groups seem to have a reduction in the amount of cocaine / crack use.

Although they have changed the consumption related to the amount of drug use, the fact is that after 24 months of follow-up the young participants did not totally cease cocaine / crack use. This fact leads us to debate about the great difficulty of treating young people with cocaine/crack use problems. A study which the objective was to evaluate the relapse rates among adolescents who used crack after psychiatric hospitalization for rehabilitation, identified that 30 days after discharge 65.9% of the adolescents had relapsed and 90 days after discharge 86.4% fell to the use. The authors emphasize the importance of intensive outpatient treatment to increase adherence and reduce use[30]. In our study, while the youngsters were accompanied with shorter time intervals between the interventions, the group that received the motivational intervention had greater effect for behavior change. It can be identified that maintenance of behavior change has declined over time.

Additionally, participants in both phone-base intervention conditions (MI) and treatment as usual, demonstrated significant reductions in the mean amount of cocaine and crack use over time. In contrast to the behavior change outcome, there was no significant difference between MI and minimal intervention in the reduction of the daily amount of drug used when the treatment effect was analyzed. An important decrease in the amount of cocaine and crack used was already evident in the 24-hour follow-up and this reduction was sustained at the 24-month follow-up in both the MI and control groups. These results are in line with others, showing that an alternative for promoting behavior change in health services is to use telemedicine, where personalized assistance with reduced costs are offered, improving the efficiency of managing patients' demands for services in primary health care[31].

When assessing motivation levels, more than half of the young cocaine and crack users of both groups were in the action/maintenance stage of change during the first phone call. The action stage of change may explain the initiative of youth to seek help in stopping their drug use. The relationship between higher levels of motivation and self-efficacy with reduced use, abstinence and treatment adherence has been described in previous studies[32-34].

There are limitations in the present study. First, it was not possible to do biological testing to verify abstinence because the participants made phone calls from five regions of a very large country in which the operationalization of collecting and receiving biological material would be a separate project. We are quite confident that our results reflect the actual outcome because accuracy has been demonstrated in the self-reported data regarding cocaine abstinence when the data is monitored with a urine qualitative test[35]. Second, despite the simplicity of telephone contact, the lack of obligation for the patient to return induced a considerably high attrition rate. The dropout rate was equal in both interventions, it is not possible to generalize the results due to the sample size. Studies show low rates of treatment adherence among adult cocaine users[36]. In youngsters, in addition to poor adherence, they present low awareness of problems related to the misuse of psychoactive substances[33]. The adherence to treatment among substance-abusers presents several challenges. In general the consensus is that attrition rates among younger users are higher than attrition rates among adults[37,38].

In the present study, in proactive calls, only 40 young people out of 154 completed the 6-month follow-up. Although low adherence to treatment is a reality in interventions for substance use disorders, many studies that aimed at assessing the effectiveness of an intervention apply strategies, such as monetary incentives, to increase adherence rates to acceptable levels[39]. However, this fact interferes in the evaluation of the effectiveness of the treatments in the users real scenario[40]. Although many users abandoned treatment over the

course of follow-up, youths who adhered to telephone counseling after 24 months, regardless of intervention group, changed their cocaine / crack use. Phone counseling has proven to be an important short-term intervention alternative to substance use problems[41]. Among the advantages presented, it is necessary to obtain a service that serves the user wherever he is, individuals with physical limitations or who live in regions where there is no access to treatment, or who are reluctant to participate in face-to-face interventions often due to the lack of time or financial difficulty[42,43].

In conclusion, our results demonstrate that the efficacy and therapeutic effects of MI lead to a greater chance of changing cocaine / crack behavior when the individual uses a telephone service specializing in drug abuse interventions. Studies will be conducted to identify factors related to noncompliance among young people. However, the behavioral change effect produced from the MI intervention is diluted throughout the follow-up period, which suggests that interventions for young users of cocaine / crack need to occur intensively.

REFERENCES

1. Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira LG. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras.Brasília, SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2007.
2.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report, (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6); 2018 [citado 2018 Jul 20].Disponível em: https://www.unodc.org/.
3. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
4.Schwinn TM, Schinke SP, Trent, D. N. Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences.AddictBehav. 2010; 35:30-4.
5 Bella et al 2012
6. Rovaris DL, Schuch JB, Grassi-Oliveira R, Sanvicente-Vieira B, Silva BS, Walss-Bass C, et al.Effects of crack cocaine addiction and stress-related genes on peripheral BDNF levels. JournalofPsychiatricResearch. 2017; 90:78-5.
7. Vergara-Moragues E, Verdejo-García A, Lozano OM, Santiago-Ramajo S, González-Saiz F, Espinosa PB, et al.Association between executive function and outcome measure of treatment in therapeutic community among cocaine dependent individuals. Journal of Substance Abuse Treatment. 2017; 78:48–5.

8. Lopes BM, Gonçalves PD, Santos MOB, Cavallet M, Chaim-Avancini TM, Serpa MH, et al. Distinct cognitive performance and patterns of drug use among early and late onset cocaine users. Addictive Behaviors. 2017; 73: 41-7.
9. Fergusson DM; Woodward LJ. Educational, psychosocial and sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. J ChildPsycholPsychiatry. 2000; 41:779-92.
10. Muthén BO, Muthén LK. The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 18 to 37 in a U.S. national sample. J Stud Alcohol. 2000;61:290-00.
11. Morihisa RS, Barroso LP, Scivoletto S. Labeling disorder – The relationship between conduct problems and drug use in adolescents.RevBras Psiquiatr. 2007; 29:308-14.
12. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, et al.Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria**.** 2013;35:254–26.
13.Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira TC, Pierozan PS, Mazoni CG, et al.Brief motivational intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. AddictBehav. 2010; 35:750-55.
14.Bisch NK. Intervenção Breve Motivacional por Teleatendimento para jovens na Cessação do Consumo de cocaína/crack. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Porto Alegre, RS; 2011.
15.Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice. 2010;2:137-60.
16.Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. J Consult ClinPsychol. 2011:4:433-40.
17. Klimas J, Field CA, Cullen WO, Gorman CS, Glyn LG, Keenan E,et al. (2013). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users.Cochrane Review. Systematic Reviews. 2013; 2, 3.
18. Cushing CC, Jensen CD, Miller MB, Leffingwell TR. Meta-analysis of motivational interviewing for adolescent health behavior: Efficacy beyond substance use. J Consult ClinPsychol. 2014; 82(6):1212-18.
19.Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, et al. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: No effect on substance and alcohol use outcomes. Addiction. 2006; 101:1014-26.
20.Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. Drug Alcohol Depend. 2005;77:49-9.
21. Barros HMT, Santos V, Mazoni C, Dantas DC, Ferigolo M. Neuroscience education for health professional undergraduates in a call-center for drug abuse prevention.Drug Alcohol Depend. 2008;98:270-74.
22. Murray M, Fleming M. Prevention and treatment of alcohol-related problems: An international medical education model. Acad Med. 1996;71:1204-210.
23. Rogers W, Ballantyne A. Populac¸ões especiais: vulnerabilidade e protec¸ão. RECIIS - R Eletr de Com InfInovSaude. 2008; 2:31-41.
24.Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. (2nded). New York, USA: GuilfordPress; 2002.
25. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país.São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2007.

26. American PsychiatricAssociation**.** DSM-5**:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (5. ed.) Porto Alegre: ARTMED; 2014.
27. Biener L, Abrams DB. The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. Health Psychol. 1991; 5:360-65.
28.Terra MB, Silveira DX, Moreira TC, Ferigolo M, Mazoni C, Arena FX, et al. Convergent validation study of the contemplation ladder for application via telephone in tobacco users.JBras Psiquiatr. 2009:58:143-49.
29. Porta N, Bonet C, Cobo E. Discordance between reported intention-to-treat and per protocol analyses.J ClinEpidemiol. 2007; 60:663-69.
30. Pedroso RS, Guimarães LSP, Zanetello LB, Gonçalves VM, Lopes-Rosa R, Pianca T, et al. High rates of relapse in adolescents crack users after inpatient clinic discharge. J Bras Psiquiatr. 2016; 65(3):215-22.
31. Bishof G, Grothues JM, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf HJ. Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: A randomized controlled trial. DrugAlcoholDepend. 2008; 93:244-51.
32. Ávila AC, Yates MB, Silva DC, Rodrigues VS, Oliveira, MS. Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com modelo transteórico de mudança. Aletheia. 2016: 49:74-88**.**
33. Smith DC, Hall JA, Jang M, Arndt S. Therapist adherence to a motivational interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. J Stud Alcohol Drugs. 2009; 70:101-05.
34. Callanghan RC, Hathaway A, Cunningham JA, Vettese LC, Wyatt S, Taylor L. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoreticalmodel.AddictBehav. 2005;30:1834-47.
35. Stein MD, Herman DS, Anderson BJ.A motivational intervention trial to reduce cocaine use.J Subst Abuse Treat. 2009; 36;118-25.
36. Copeland AL, Sorensen JL. Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment.DrugAlcoholDepend. 2001; 62;91-5.
37. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. Ciência&SaúdeColetiva. 2009;14(2):605-14.
38. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use.Addiction. 2003; 98:673-84.
39. David MC, Ware RS. Meta-analysis of randomized controlled trials supports the use of incentives for inducing response to electronic health surveys.JClinEpidemiol. 2014 Nov;67(11):1210-21.
40. Bebendo A, Noto AR. Studying an unreal world: incentives on internet-baseadintervention for alcohol use. Addiction. 2016 Feb;111(2):373-4.
41. Gates P. The effectiveness of helplines for the treatment ok alcohol and illicit substance use. Journal of Telemedicine and telecare. 2015;21(1): 18-28.
42. MENSINGER et al, 2007;
43. Gutierrez-Terrell E. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. The New England Journal of Medicine. 2002; 3(14):1087-93.

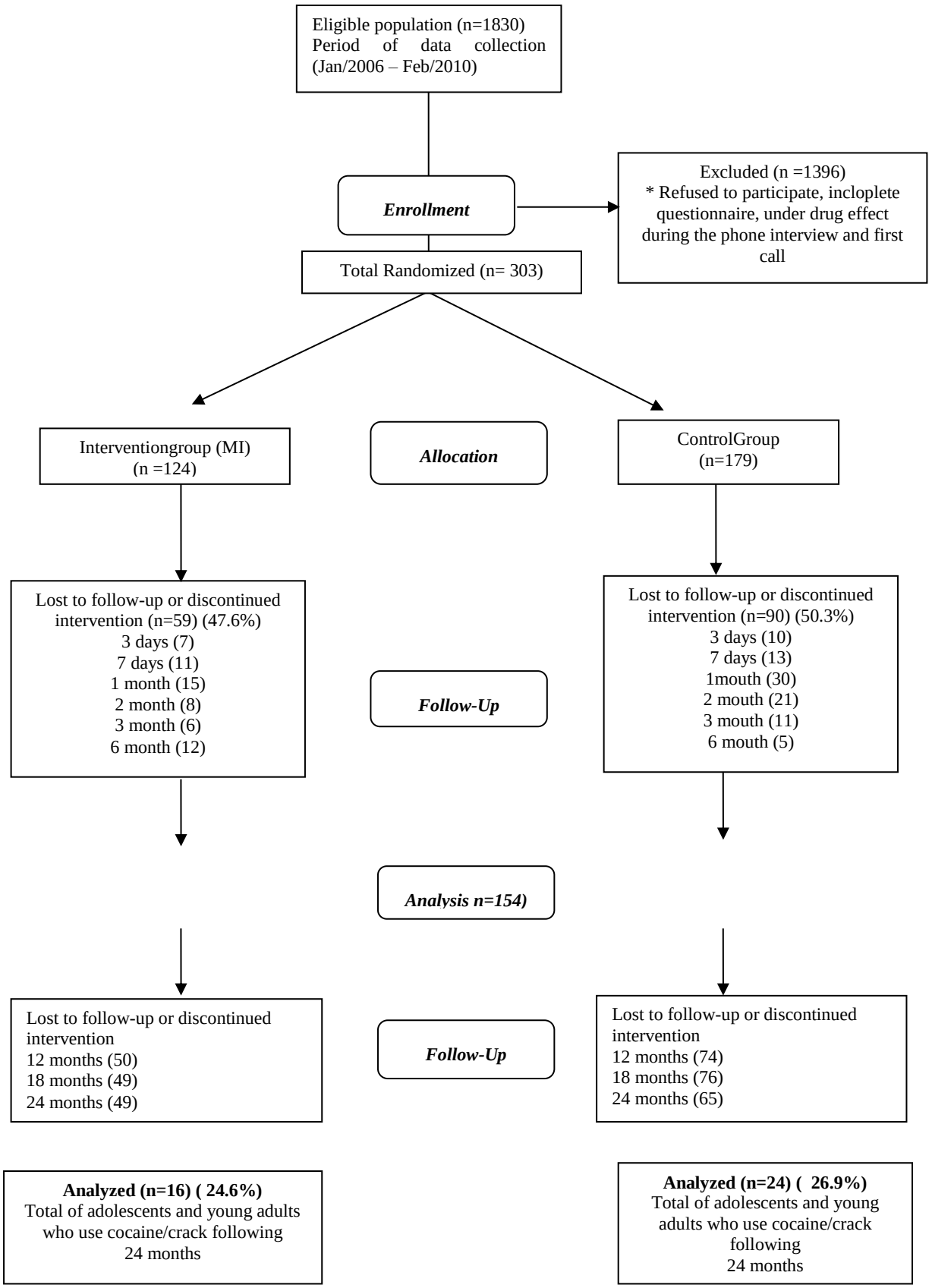


Figure 1. CONSORT Flowchart of eligibility, randomization, treatment, follow-up and inclusion in analyses. MI= Motivational Intervention.

Table 1. Distribution of sociodemographic data comparing the Control (n=183) and MI (n=120) groups

	Tot n(	**Contr n(**	**M n(**
Gend			
M	210(69.3	126(68.	84(70.0
Fema	93(30.7	57(31.	36(30.0
Age			
Teenage	83(27.4	48(26.	35(29.2
Young	220(72.6	135(73.	85(70.8
Marital			
Sing	249(82.	154(84.	95(79.2
Marri	50(17.8	26(15.	24(20.8
Educationallevel			
Lessthan 8 vears	184(60.7	117(63.	67(55.8
More than 8 vears	114(39.3	63(36.	51(44.2
Occupatio			
Unemplove	247(81.5	150(82.	97(80.8
Emplove	50(18.5	29(18.	21(19.2
Familv			
1-5 minimumwages	215(71.0)	130(74.	85(73.3
over 5 minimum wages	79(29.0	47(25.	32(26.7

Some participants did not answer all the variables

* Age group= Teenagers (14 a 19 years), Young adults (20 a 24 years)

Per protocolanalysis

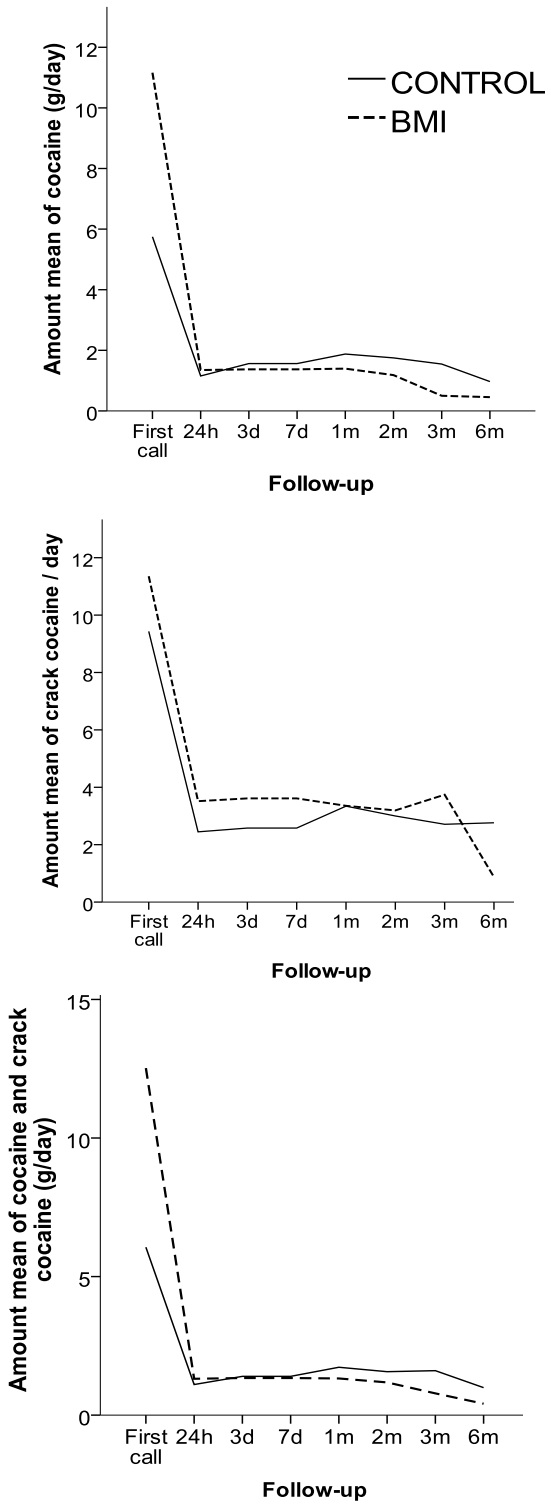


Figure 2. Mean amount of **A**) cocaine, **B**) crack cocaine, **C**) cocaine and crack cocaine used per day over time according to intervention

	Control group				MI			
	6 months n (%)	12 months n (%)	18 months n (%)	24 months n (%)	6 months n (%)	12 months n (%)	18 months n (%)	24 months n (%)
Use evaluation*								
Non-problematic use	23 (23,7)	8 (53,3)	5 (38,5)	17 (70,8)	12 (22,2)	8 (53,3)	10 (62,5)	7 (43,8)
Light use	18 (18,6)	2 (13,3)	3 (23,1)	1 (4,2)	8 (14,9)	3 (20)	4 (25,1)	___
Moderate use	35 (36,1)	2 (13,3)	2 (15,3)	3 (12,5)	11 (20,4)	2 (13,3)	___	5 (31,3)
Severe use	21 (21,6)	3 (20,1)	3 (23,1)	3 (12,5)	23 (42,6)	2 (13,3)	2 (12,5)	4 (25)
Period of use (Cocaine/Crack)*								
Up to 6 months	13 (13,4)	-	-	1 (4,2)	9 (16,7)	4 (26,7)	-	2 (12,5)
6 months to 1 year	16 (16,5)	1 (6,7)	1 (7,7)	1 (4,2)	4 (7,4)	-	-	3 (18,8)
From 1 to 2 years	18 (18,6)	3 (20.0)	2 (15,4)	6 (25,0)	6 (11,1)	2 (13,3)	3 (18,7)	1 (6,3)
From 2 to 5 years	27 (27,8)	7 (46,7)	8 (61,5)	8 (33,3)	19 (35,2)	5 (33,3)	6 (37,5)	6 (37,5)
More than 5 years	23 (23,7)	4 (26,6)	2 (15,4)	8 (33,3)	15 (27,8)	4 (26,7)	7 (43,8)	4 (25)
Can't remember	-	-	-	-	1 (1,9)	-	-	-
Stage of Change*[b]								
Precontemplation	9 (9,3)	3 (20.0)	1 (7,7)	3 (12,5)	1 (1,9)	2 (13,3)	-	2 (12,5)
Contemplation	12 (12,4)	2 (13,3)	2 (15,4)	5 (20,8)	3 (5,6)	2 (13,3)	2 (12,5)	2 (12,5)
Determinação/Preparation	21 (21,6)	1 (6,7)	3 (23,1)	2 (8,3)	8 (14,8)	2 (13,3)	3 (18,8)	5 (31,3)
Action/Maintenance	56 (56,7)	8 (60.0)	7 (53,8)	14 (58,3)	41 (75,9)	9 (60)	11 (68,8)	7 (43,8)
Type of preparation								
Cocaine	51 (52,6)	7 (46,7)	7 (53,8)	14 (58,3)	28 (51,9)	8 (53,3)	1 (6,2)	7 (43,8)
Crack	34 (35,1)	5 (33,3)	4 (30,8)	8 (33,3)	13 (24,1)	4 (26,7)	8 (50.0)	5 (31,2)
Cocaine and Merla	12 (12,3)	3 (20.0)	1 (7,7)	2 (8,3)	11 (20,4)	3 (20)	7 (43,8)	4 (25)
Crack and Merla	-	-	1 (7,7)	-	2 (3,7)	-	-	-
Behavior Change								
Changed behavior	68 (76.4)	9 (60.0)	8 (61.6)	14 (58,3)	59 (90.8)	11 (73,3)	14 (87.5)	12 (75.0)
Hasn't changed behavior	21 (23.6)	6 (40.0)	5 (38.4)	10 (41.7)	6 (9.2)	4 (26,7)	2 (12,5)	4 (25.0)

*not all participants answered the variables presented Changing Behavior Variable

[+] Analysis adjusted for confounding variables: the situation of use at first call, age group, marital status. 6-month follow-up Bivariete Odds 3.04(1.15-8.03)p=0.016 **Ajusted**3.09(1.14-8.40)p=0.027, 24-month follow-up Bivariete Odds 0,85(0,12-5.94)p=0.191 **Ajusted 1,17** (0.16-8.09)p=0.876

Table 3. *Odds Ratio* for behavior change in cocaine / crack youth users at 6 months of follow-up: results of the analysis crude and the adjusted[+]

	not abstinent	abstinent	crude	adjusted
	n (%)	n (%)	OR (CI95%)	OR (CI95%)
Gender				
male (97)	19(19.6)	78(80.4)	1.5(0.61-3.67)	-
female (57)	8(14.0)	49(86.0)	1	
Age group				
teenage (67)	9(13.4)	58(86.6)	1(0.24-1.38)	1(0.24-1.54)
young (87)	18(21.2)	69(78.8)	1	1
Marital status				
single (128)	20(15.6)	108(84.4)	1(0.21-1.65)	1(0.20-1.70)
married (25)	6(24.0)	19(76.0)	1	1
Occupation				
Unemployed (78)	15(19.2)	63(80.8)	1.34(0.57-3.15)	-
Employed (73)	11(15.1)	62(84.9)	1	
Educational level				
Less than 8 years (64)	11(17.2)	53(82.8)	1.02(0.43-2.40)	-
More than 8 years (89)	15(57.7)	74(83.1)	1	
Help before first call				
No (102)	18(17.6)	84(82.4)	1(0.26-1.95)	-
Yes (45)	6(13.3)	39(86.7)	1	
Consumption during the first call				
Not abstinent (130)	25(19.2)	105(80.8)	2.62(0.58-11.88)	2.35(0.50-11.10)
Abstinent (24)	2(2.3)	22(17.3)	1	1
Use forms				
Snoterd (83)	14(16.9)	69(83.1)	1(0.39-2.01)	-
Snoterd and Smoked (71)	13(18.3)	58(81.7)	1	
Drug use time				
Over 5 years (26)	4(15.4)	22(84.6)	1(0.26-2.64)	-
Up to 5 years (128)	23(18.0)	105(82.0)	1	
Frequency				
Daily (67)	12(17.9)	55(82.1)	1,03(0,44-2.60)	-
Weekly (83)	14(17.25)	66(82.5)	1	
Intervention				
Treatment as usual (89)	21(23.6)	68(76.4)	3.04(1.15-8.03)*	3.09(1.14-8.40)*
Motivational Interviewing (65)	6(9.2)	59(90.8)	1	1
Stage of change				
Precontemplation/Contemplation (30)	6(20.0)	24(80.0)	1.23(0.45-3.37)	-
Preparation/action/maintenance (124)	21(19.9)	103(83.1)	1	

[a] Some participants did not answer all the variables

[b] When the user responded positively to 2 or more criteria of the NHSDA questionnaire

* $p<0,05$

[+] Analysis adjusted for confounding variables: the situation of use at first call, age group, marital status

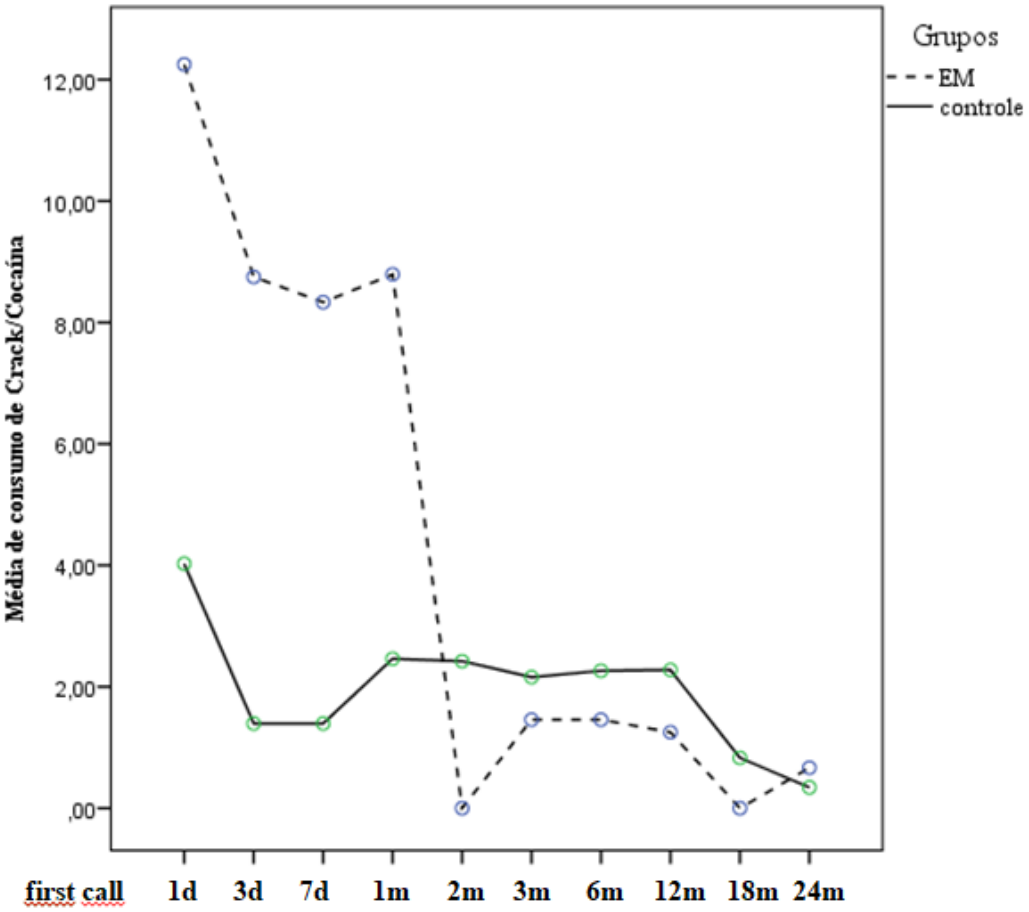


Figure 3: Average cocaine/crak use according to the follow-ups of IM (n=16) and control (n=24) groups.

ARTIGO 3: Obstáculos para a adesão ao tratamento entre jovens usuários de cocaína/crack atendidos em um serviço brasileiro de aconselhamento telefônico

A ser submetido no Jornal Brasileiro de Telessáude
Qualis Capes B4

Nadia Krubskaya Bisch
Heloisa Praça Baptista
Maristela Ferigolo
Helena Maria Tannhauser Barros

Resumo

No transtorno por uso de substâncias, a adesão ao tratamento é um desafio para os serviços de saúde. Os fatores que levam a não adesão envolvem variáveis relacionadas ao paciente, ao regime de tratamento proposto e a comunicação entre paciente e profissional da saúde. Foi realizado um estudo qualitativo de casos múltiplos. Participaram do estudo jovens usuários de cocaína/crack com idade entre 14 e 24 anos que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico no período de 2006 a 2013, com o intuito de buscar auxílio para cessar seu consumo. O presente estudo é uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado cujo objetivo era avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional oferecida por telefone em follow-up de 24 meses na cessação ou redução do consumo de cocaína/crack, bem como a quantidade de dias abstinentes nos seguimentos de um (1), três (3), sete (7) dias e um (1), dois (2), três (3) e seis (6) meses. Após o término dos seis meses de acompanhamento, foram realizadas ligações proativas nos seguimentos de doze (12), dezoito (18) e vinte e quatro (24) meses, cujo objetivo era investigar a situação de consumo. Nestas ligações proativas se investigou os motivos pelo quais os jovens não entraram em contato com o serviço nas datas previamente agendadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas norteadoras. As respostas foram registradas no protocolo informatizado e posteriormente transcritas para análise de conteúdo. A análise qualitativa dos casos apontou para a formação de 4 categorias: 1) Não achou necessário continuar seguimento; 2) Situação de Trabalho; 3) Tratamento face a face; 4) Esqueceu ou perdeu o contato do serviço. Os dados apresentados nos levam a refletir sobre a efetividade dos tratamentos propostos para o uso de substâncias entre adolescentes e jovens. A maioria dos jovens estudados relataram mudar o comportamento em relação ao uso de cocaína/crack, entretanto, o fizeram tempos após o primeiro contato com o serviço. Estes achados reforçam a importância de se intervir

precocemente focando principalmente a motivação do jovens para iniciar o processo de mudança, fortalecendo os aspectos de autoeficácia para a manutenção da mesma e assim aumentando a adesão ao tratamento

Palavras-chave: Adesão, jovens, cocaína, crack.

Abstract

In substance use disorder, adherence to treatment is a challenge for health services. The factors that lead to non-adherence involve variables related to the patient, the proposed treatment regimen and the communication between the patient and the health professional. A qualitative study of multiple cases was carried out. Young cocaine / crack users aged between 14 and 24 years who joined a telephone counseling service from 2006 to 2013 participated in the study in order to seek help to stop their use. The present study is a secondary analysis of a randomized clinical trial aimed at assessing the efficacy of the Motivational Interview offered by telephone at 24-month follow-up on cessation or reduction of cocaine / crack use, as well as the number of abstinent one (1), three (3), seven (7) and one (1), two (2), three (3) and six (6) months follow-up. At the end of the six months of follow-up, proactive links were performed at twelve (12), eighteen (18) and twenty-four (24) months follow-ups, whose purpose was to investigate the consumption situation. In these proactive links we investigated the reasons why the young people did not contact the service on the dates previously scheduled. Semi-structured interviews were conducted with guiding questions. The responses were recorded in the computerized protocol and later transcribed for content analysis. The qualitative analysis of the cases pointed to the formation of 4 categories: 1) Did not find it necessary to continue follow-up; 2) Work Situation; 3) Face-to-face treatment; 4) Forgot or lost contact of the service. the data presented lead us to reflect on the effectiveness of the proposed treatments for the use of substances among adolescents and young people. Most of the young people studied reported changing their behavior regarding cocaine / crack use, however, they did so after the first contact with the service. These findings reinforce the importance of intervening early, focusing mainly on young people's motivation to initiate the process of change, strengthening the aspects of self-efficacy to maintain it and thus increasing adherence to treatment.

Keywords: Adherence to treatment. Young people, cocaine, crack

Introdução

A principal característica do transtorno por uso de substâncias é a perda de controle sobre o uso, estudos mostram que quanto maior a gravidade dos sintomas do transtorno, pior o engajamento ao tratamento[1,2]. Este engajamento ao tratamento refere-se ao conceito de adesão. Segundo Straub[3], a adesão ao tratamento é definida como seguir a orientação de um profissional da saúde, ou seja, seguir as orientações sobre medicamentos, mudanças no estilo de vida ou recomendações sobre medidas preventivas. Entretanto, esta definição tem sido muito discutida na literatura, por colocar o paciente em uma postura passiva. A OMS[4] define a adesão como o comportamento adotado pelo paciente frente aos acordos realizados com o profissional da saúde. O paciente assim torna-se ativo e responsável pelo seu tratamento[5].

No transtorno por uso de substâncias, a adesão ao tratamento é um desafio para os serviços de saúde. Os fatores que levam a não adesão envolvem variáveis relacionadas ao paciente, ao regime de tratamento proposto e a comunicação entre paciente e profissional da saúde[2,3,6].

Os custos associados com a falta de adesão tem grande impacto econômico, pois eleva a necessidade de novas consultas com profissional da saúde, novas prescrições medicamentosas e internações hospitalares. Uma metanálise com mais de 500 estudos indica que a taxa média de adesão ao tratamento em saúde é de 25%. Nos programas terapêuticos para tabagismo, alcoolismo e outras drogas de 20 a 40% dos participantes continuam o tratamento após um ano[3]. Em um programa nacional de aconselhamento telefônico para a prevenção do uso indevido de drogas, 78% dos usuários de cocaína/crack e 70% dos usuários de maconha com idades entre 14 e 70 anos, que ligaram para o serviço com o intuito de buscar auxílio para cessar o consumo, não aderiram ao tratamento no tempo de 6 meses[7,8].

Em geral, a literatura mostra que as taxas de não adesão entre usuários jovens são mais altas do que as taxas de não adesão entre os adultos[9]. Além disso, geralmente os jovens

apresentam baixa percepção dos problemas relacionados com a utilização de substância psicoativas[10]. Em um estudo anterior[11], que objetivou avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional por telefone oferecida a jovens de 14 a 24 anos no processo de cessação do consumo de cocaína/crack, a taxa de não adesão ao acompanhamento em follow-up de seis meses foi de 64%.

Dessa forma, identificar características associadas aos motivos de abandono no tratamento permite desenvolver estratégias mais eficientes de intervenção. Investigar os fatores envolvidos na não adesão torna-se importante para que se possa oferecer alternativas para melhorar as taxas de adesão dos jovens e, em consequência, a cessação de uso destas substâncias. Assim, o presente trabalho objetiva descrever os motivos de não adesão percebidos por jovens usuários de cocaína/crack atendidos em um serviço de aconselhamento telefônico.

Métodos

Foi realizado um estudo qualitativo de casos múltiplos. Participaram do estudo jovens usuários de cocaína/crack com idade entre 14 e 24 anos, com uso associado ou não a outras drogas de abuso, que ligaram para um serviço de aconselhamento telefônico no período de 2006 a 2013, com o intuito de buscar auxílio para cessar seu consumo. O Ligue 132 é um serviço de aconselhamento telefônico (Ligue 132 - Central de atendimentos sobre Drogas) que tem como objetivo auxiliar usuários de substâncias psicoativas no processo de cessação no consumo.

O presente estudo é uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado cujo objetivo era avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional oferecida por telefone em follow-up de 24 meses. Os usuários aceitaram participar do estudo por meio de um processo de consentimento informado, realizado verbalmente, com a aceitação tácita após exposição dos

objetivos e da finalidade do projeto. O consentimento foi solicitado na primeira ligação realizada pelo usuário. A aceitação oral foi devidamente registrada nos protocolos informatizados[12].

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), processo número 942/12. A coleta de dados foi realizada por consultores, estudantes universitários de diferentes áreas da saúde, capacitados para atendimento no *callcenter* e para aplicação da intervenção aos usuários sob supervisão de profissionais da saúde. O processo de treinamento foi composto por: a) aulas teóricas em formato de curso de extensão sobre as bases para abordagem da dependência química (40 horas); b) treinamento teórico-prático no *callcenter* para familiarização com o software (20 horas) e treinamento da entrevista motivacional; c) treinamento continuado com fins de manter a qualidade das informações prestadas[13]. O modelo de treinamento realizado foi adaptado a partir do *Medical Education Model for thePrevention and Treatment of Alcohol Use Disorders*[14].

Na primeira ligação de cada usuário foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por telefone, com duração média de 50 minutos em que eram aplicados questionários contendo informações de dados sociodemográficos; avaliação do consumo de cocaína/crack com perguntas que caracterizaram a quantidade (gramas/pedras de cocaína/crack) utilizada por ocasião, frequência e padrão de consumo e avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína/crack; além de escala para avaliar a motivação para mudança de comportamento e realizado planejamento para a cessação do consumo.

Na primeira ligação eram agendadas ligações de retorno para investigar a cessação ou redução do consumo de cocaína/crack, bem como a quantidade de dias abstinentes nos seguimentos de um (1), três (3), sete (7) dias e um (1), dois (2), três (3) e seis (6) meses. Ligaram para o serviço 2.390 usuários de cocaína/crack. Destes jovens, 557 usuários

finalizaram a primeira ligação, mas foram excluídos do estudo, por não terem número de contato telefônico registrado no protocolo de atendimento. Após o término dos seis meses de acompanhamento, foram realizadas ligações proativas nos seguimentos de doze (12), dezoito (18) e vinte e quatro (24) meses, cujo objetivo era investigar a situação de consumo. Nestas ligações proativas se investigou os motivos pelo quais os jovens não entram em contato com o serviço nas datas previamente agendadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as seguintes perguntas: *Gostaríamos de saber o que lhe levou a não ligar mais para o serviço Ligue 132; Existe algo que o serviço possa fazer para lhe ajudar no seu tratamento.* Foram realizadas seis tentativas de ligações em dias e horários diferentes para esgotar todas possibilidades de contato. As respostas foram registradas no protocolo informatizado e posteriormente transcritas para análise de conteúdo. A análise dos dados passou por três etapas. I) fase de pré-exploração do material das entrevistas, II) seleção das unidades de significados, III) processo de categorização.

Resultados

Dos 1833 usuários elegíveis para as ligações proativas apenas 11% foram contatados com sucesso. Cerca de 89% dos casos apresentaram problemas para serem contatados. Dentre as situações problemas que impediram o contato com o usuário estavam**:** ligação chamou até cair na mensagem de caixa postal; telefone estava desligado nas 6 tentativas de contato, em dias e horários alternados; mensagem informando que o número de telefone não existia; número telefônico não pertencia mais ao usuário; usuário ou familiar alegava não poder falar no momento da ligação e após, em outras tentativas, não se conseguiu mais contato; familiar informou que usuário estava preso; familiar informou que usuário havia falecido.

A análise qualitativa dos casos apontou para a formação de 4 categorias: 1) Não achou necessário continuar seguimento; 2) Situação de Trabalho; 3) Tratamento face a face; 4)

Esqueceu ou perdeu o contato do serviço. A seguir são descritas as categorias com os relatos dos usuários conforme registro nos protocolos de atendimento individualizados.

Categoria 1) Não achou necessário continuar o seguimento com o serviço

Nesta categoria os usuários alegaram não ligar para o serviço nas datas agendadas, pois entenderam não necessitar mais do tratamento. Cinco usuários compõem esta categoria.

Cliente 1, 23 anos, sexo masculino, usuário de cocaína, álcool e tabaco há mais de 5 anos, utilizava cerca de 15 gramas de cocaína semanalmente. Na avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína, apresenta consumo moderado. Entrou em contato com o serviço em 2009. Diz que precisou de muita força de vontade para parar de utilizar as substâncias. Depois que iniciou o acompanhamento começou a trabalhar em uma plataforma ficando 15 dias de cada mês sem poder sair do local. Ficava sem utilizar as substâncias durante o tempo que estava embarcado na plataforma e quando saia acabava usando. Continuou o uso, de forma reduzida, até meio de 2013. Na metade do ano de 2013 parou o consumo de cocaína, quatro anos após o primeiro contato com o serviço. Quando questionado o motivo pelo qual deixou de retornar nos seguimentos agendados alega: *"ao longo do tempo fui percebendo o mal que as drogas faziam. Fui reduzindo o uso e por isso acreditei não precisar mais ligar"*. Além disso, entendeu que a situação do trabalho (ficar 15 dias sem comunicação) o atrapalhou em dar continuidade ao tratamento.

Cliente 2, 20 anos, sexo masculino, usuário de cocaína, álcool, maconha e tabaco, utilizava em torno de 2 gramas de cocaína semanalmente. Na avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína, apresenta consumo leve. Começou a usar as substâncias quando teve um episódio de depressão. Em 2007 aumentou seu consumo, passando a utilizar constantemente. Não gostava muito de cocaína, conta que só usava em festas. Utilizou as substâncias até 2009, *"foi quando percebi o mal que as drogas estavam me causando. Consegui parar com muita força de vontade"*. Cliente conta que quando fazia o

acompanhamento utilizava o serviço para desabafar. *“eu não tinha amigos na época, porque eles se afastaram, e se eu falasse sobre o que estava sentindo com os caras que eu cheirava me achariam careta".* Diz que parou de ligar por que só ligava em *"momentos de loucura",“eu ligava para desabafar. Quando eu estava bem, não ligava”*. Parou o consumo dois anos após o primeiro contato e não percebeu necessidade continuar o acompanhamento do serviço.

Cliente 3, 18 anos, sexo feminino, usuária de cocaína e álcool, consumia em torno de 17 gramas de cocaína semanalmente por pelo menos 2 anos. Na avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína, apresenta consumo grave. Parou de ligar porque tinha terminado o acompanhamento de 6 meses. *“não liguei por que passou os seis meses de acompanhamento”.* Até a ligação proativa a cliente continuava abstinente. Relata ainda ter momentos difíceis, mas tem conseguido passar pelas dificuldades com as estratégias de enfrentamento formuladas. Além disso, buscou acompanhamento psicológico. Disse que os materiais de apoio enviados pelo serviço lhe ajudaram. *“o Ligue 132 me ajudou muito e sempre fui muito bem atendida. Parei o consumo e por isso não retornei”.*

Cliente 4, masculino, 21 anos, usuário de cocaína e maconha há menos de um ano. Consumia em torno de 1,5 gramas. Na avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína, apresenta consumo moderado. Entrou em contato pela primeira vez em 2008. Relatou parar o consumo pouco tempo depois de ligar para o serviço. *“Não lembro o dia exato, mas não foi na data marcada. Parei por conta própria e não tive mais problemas com drogas, por isso não senti mais vontade de ligar”.* Cliente disse que teve muito apoio de sua esposa e familiares na época e por isso não procurou outra ajuda. Relata que o material de apoio enviado o ajudou no processo de mudança de comportamento. Agradeceu a disponibilidade do serviço e pela ligação.

Cliente 5, 21 anos, usuário de cocaína e crack, álcool, maconha e tabaco. Utilizava cocaína há 5 anos, semanalmente, 1 grama, e o crack há 2 anos, diariamente, 20 pedras. Na avaliação dos comportamentos problemáticos por uso de cocaína/crack, apresenta consumo grave. Ligou para o serviço no ano de 2012 e na ligação proativa, 2 anos após o primeiro contato, encontrava-se abstinente. Diz não ter mais interesse em falar sobre o assunto e não esclarece o período em que conseguiu cessar o consumo. *"Há bastante tempo evito conversar sobre o uso de drogas, pois estou abstinente e não quero mais contato com nada que me remeta o uso de substâncias. Não quero falar sobre esse assunto, estou bem, agradeço o contato, mas gostaria que não ligassem mais".*

Cliente 6, iniciou o atendimento em junho de 2012. Durante os seis meses de seguimentos com o serviço não consegiui cessar o consumo. *"durante o período de acompanhamento com vocês eu não consegui parar, então desisti de ligar"*. Após um ano do primeiro contato com o serviço conseguiu cessar o consumo de cocaína. *"criei vergonha na cara"*. Disse que o consumo do tabaco e do álcool, assim como "ajudaram" a começar o consumo da cocaína, estão ajudando a mantê-lo abstinente. Diz beber de forma controlada e não pensa em parar essa forma de consumo. Agradeceu bastante por termos ligado.

Categoria 2) Situação de trabalho

Dois usuários entraram para esta categoria. Os usuários alegaram não ligar nas datas de retorno, pois suas situações com o trabalho os atrapalhavam para continuar o acompanhamento com o serviço de aconselhamento.

Cliente 7, 23 anos, sexo masculino, usuário de crack, utilizava 3 pedras com frequência menor que semanalmente. Na avaliação dos comportamentos problemáticos em relação ao consumo de crack apresentou uso moderado. Cliente informa que deixou de retornar nos seguimentos agendados em função de sua profissão. *"Sou carregador de caminhão e chego de noite por volta das 23 horas, muito cansado. Não tinha disposição para*

telefonar". Entrou em contato com o serviço em 2009 e quatro anos após o primeiro contato seguia abstinente. *"segui as combinações realizadas, mas busquei apoio junto à famíla".*

Cliente 8, 24 anos, sexo masculino, usuário de cocaína, álcool, maconha e tabaco. No primeiro contato com o serviço informa que utilizava diariamente, há mais de 5 anos cerca de 15 gramas de cocaína. Na avaliação da gravidade dos problemas relacionados ao consumo preenche critérios para uso grave. Entrou em contato com o serviço em 2009, até o seguimento de um mês não havia modificado seu consumo. A partir do seguimento de 2 meses parou o consumo. Informa que não ligou para fazer os seguimentos por causa do seu trabalho.*"meu trabalho era corrido, mal tinha tempo para mim. Fiz do trabalho minha estratégia, quanto mais ocupado menos vontade eu sentia".* Na ligação proativa, quatro anos após o primeiro contato, seguia abstinente.

Categoria 3) Tratamento face a face

Quatro usuários foram agrupados nesta categoria. Os usuários alegaram não ligar nas datas de retorno, pois entenderam que precisavam de outras formas de tratamento, além do aconselhamento telefônico.

Cliente 9, sexo masculino, usuário de crack, tabaco e maconha. Utilizava em torno de 2 pedras de crack diariamente. Quando procurou o serviço utilizava crack há cerca de 1 ano. O primeiro contato com o serviço ocorreu em 2006 e até o final dos 6 meses de acompanhamento não havia modificado seu consumo. Durante este período parou de fazer os seguimentos. *"percebi que precisava de atendimento com médico e internação. quando comecei com o médico não procurei mais vocês. O serviço foi o primeiro passo, sabe?! Precisei seguir para melhorar.* Conta que no inicio fazia uso esporádico, mas quando sua mãe faleceu iniciou o uso pesado. Teve depressão e buscou nas drogas o suporte para enfrentar a situação, segundo ele. *"Não tinha vontade de fazer as coisas".* Tentou parar de usar as substâncias várias vezes e sempre recaía. Procurou internação por perceber que não

conseguiria parar sozinho e por estar se colocando em situações perigosas para comprar e consumir as drogas. Passou por 8 internações, e na última um médico lhe disse para procurar ajuda espiritual, *"pois acreditar em uma força maior poderia me ajudar".* Cliente buscou a igreja católica e disse que isso o ajudou muito. Durante seu tratamento um médico indicou a redução de danos como alternativa, indicando o uso do tabaco em momentos de ansiedade para que não recaísse em outras substâncias, e a psicóloga indicou o uso da maconha em momentos de maior fissura, para evitar que recaísse no crack. Segundo ele, faz uso de "2 pegas" esporadicamente com esta finalidade, e não aumenta este consumo. *"Quando faço uso maior em qualquer das substâncias minha esposa chama minha atenção"*. Diz ficar feliz pela lembrança do serviço em ligar para ele e gostaria que sua história ajudasse a quem estiver passando por esse mesmo caminho (sic).

Cliente 10, 21 anos, monousuário de cocaína, uso semanal de 1 grama há dois anos. Na avaliação dos comportamentos problemáticos, faz uso moderado. Não entrou em contato com o serviço para continuar o acompanhamento, pois continuou o tratamento com o psiquiatra e viu que as medicações estavam dando certo no tratamento. Entrou em contato com o serviço pela primeira vez em 2012 e na ligação proativa, dois anos após, seguia tratamento com psiquiatra e em abstinência.

Cliente 11, sexo masculino, usuário de crack, tabaco e maconha. Utilizava em torno de 5 pedras de crack diariamente. Uso grave. Entrou em contato pela primeira vez em 2012, na ligação de proativa, três anos após primeiro contato, a mãe do cliente informa que o mesmo está internado em um centro de reabilitação. A mãe informou que ele sairia entre 2 ou 3 meses, mas posteriormente a este tempo não se conseguiu outro contato.

Cliente 12, usuário de crack há 5 anos, frequência diária de 16 pedras, aproximadamente. Apresenta consumo grave. Entrou em contato pela primeira vez em 2012.

Relatou que parou de ligar para o Ligue 132 porque começou a tomar remédios que os estavam ajudando. “eu precisava de remédio, sabe? Só a conversa não me segurava mais”.

Categoria 4) Esqueceu ou perdeu o contato do serviço

Nesta categoria os usuários foram agrupados, pois afirmaram que perderam o contato do serviço e não tinham mais como ligar ou Nesta categoria foram agrupados três clientes:

Cliente 13, Afirma ter parado de ligar para o serviço por “preguiça”. *“Quando eu usava drogas, sempre tinha alguém do serviço que me ligava, depois que parei de usar a cocaína esqueci de retornar para o serviço”.* Cliente tinha 18 anos quando entrou em contato em 2012. Usuária de álcool, maconha, tabaco e cocaína. Utilizava em torno de 1 grama quinzenalmente, há 2 anos. Na avaliação da gravidade dos comportamentos problemáticos apresentou uso leve. Relata ter parado consumo após os 6 meses de acompanhamento.

Cliente 14, 20 anos, sexo masculino. Afirma ter parado de ligar porque esqueceu o número telefônico e perdeu as cartilhas (material de apoio enviado para os clientes que realizavam o acompanhamento para cessação do consumo). Usuário de álcool, maconha, solvente, cocaína e crack. Quando entrou em contato já havia parado uso de cocaína, mas segui consumo de crack diariamente em torno de 2 pedras, há um ano. A avaliação dos comportamentos problemáticos apresentou uso moderado. Entrou em contato em 2012, nas ligações de seguimento não parou o consumo até o seguimento de 3 meses. Parou o consumo no seguimento de 6 meses e na ligação proativa, dois anos após, seguia abstinente.

Cliente 15, 21 anos, sexo masculino,deixou de entrar em contato porque perdeu o telefone do serviço e seu número de protocolo. Usuário de álcool, maconha, êxtase, solvente e cocaína. Consumo de cocaína, com frequência diária, quantidade de 2 gramas, há mais de 5 anos. A avaliação dos comportamentos problemáticos apresentou uso moderado. Entrou em contato em 2012 e nas ligações de seguimento não parou o consumo até o seguimento de 3

meses. Parou o consumo no seguimento de 6 meses e na ligação proativa, dois anos após, seguia abstinente.

Discussão

Dentre todos os usuários que se obteve contato em ligações proativas, pode-se perceber que estes deixaram de ligar para o serviço nas datas combinadas. Mesmo os usuários que relataram conseguir cessar o consumo, não pararam na data agendada, cessando o consumo tempos depois do primeiro contato ao serviço de aconselhamento telefônico**.** Os relatos analisados apontam para um dado já conhecido na literatura, todos entrevistados descreveram dificuldades em cessar o uso da substância na data previamente acordada e manter essa mudança a longo prazo.

Sabe-se que a recaída faz parte do processo de mudança comportamental[15], no entanto também contribui para a piora no prognóstico do tratamento, pois o reinicio do uso da substância costuma desencadear sentimentos de culpa, incapacidade, fracasso e/ou autocrítica[16]. A ativação destas emoções desencadeia pensamentos e crenças que levam o usuário a comportamentos desadaptativos, como evitar o retorno ao serviço de saúde, ou a adoção de repertório comportamental de perpetuação e manutenção do consumo[17]. Por essa razão, identificar o estágio motivacional que o usuário se encontra e fortalecê-lo para que possa ir para estágios mais elevados de motivação para mudança torna-se um importante passo no tratamento da dependência química. Além dos estágios motivacionais, a prontidão é um conceito que está relacionado a abertura para adotar um novo comportamento e considera dois importantes aspectos. O primeiro é a prontidão para a mudança, que refere-se a percepção do paciente sobre o problema e a confiança em suas habilidades para mudá-lo. O segundo refere-se a prontidão para o tratamento, que envolve a motivação do paciente em buscar ajuda, iniciar, manter e terminar um tratamento[15,18]. Ao analisarmos os relatos dos

usuários deste estudo, podemos perceber que estes percebem seu problema e se motivam em fazer algo em relação a ele, no entanto a prontidão para se engajar ao tratamento diminuiu após os primeiros contatos com o serviço.

Os usuários de cocaína e/ou crack são mais propensos a dependência severa devido à intensidade do efeito da droga. No uso de crack, embora os usuários reconheçam os fatores que influenciam a sua recaída, eles não abandonam o uso da substância[19]. Isto se dá devida a incapacidade de permanecer abstinente, principalmente durante longos períodos de tempo, o que resulta em menores taxas de adesão ao tratamento e piora nos aspectos de saúde[20].

Iniciar o uso de drogas durante a adolescência piora o prognóstico dos usuários devido ao aumento das taxas de impulsividade e outros comportamentos de risco. Evidências científicas demonstram que a sensação de prazer que a droga causa provoca mudanças em sistemas específicos de neurotransmissores e em estruturas cerebrais envolvidas no circuito de recompensa e córtex pré-frontal[21]. O uso contínuo de drogas induz alterações adaptativas no sistema nervoso central que podem ser transitórias ou duradouras. Essas alterações nas estruturas cerebrais do córtex prefrontal interferem na capacidade de planejamento, tomadas de decisão, entre outras[21,22].

Na juventude, fase do desenvolvimento em que ocorrem modificações importantes no organismo, principalmente no Sistema Nervoso Central (SNC), o consumo de substâncias poderá comprometer a capacidade cognitiva e a aprendizagem[20]. No mundo, as autoridades responsáveis pelas políticas públicas de saúde tem enfrentado um grande desafio ao buscar estratégias para retardar ou evitar o uso precoce de substâncias psicoativas pelos jovens. Muitos estudos têm apresentado os riscos relacionados à experimentação, o uso e o abuso de drogas entre adolescentes e adultos jovens[20, 23,24]. Um estudo cujo objetivo foi avaliar as taxas de recaída entre adolescentes que usaram crack após a hospitalização psiquiátrica para reabilitação, identificou que 30 dias após a alta 65,9% dos adolescentes recaíram e 90 dias

após a alta 86,4% caíram para o uso. Reforçando a importância do tratamento ambulatorial intensivo para aumentar a adesão e reduzir o uso[25].

As poucas opções de tratamento e dificuldades ao acesso pelo sistema de saúde aos usuários de substâncias pioram o quadro na busca por tratamento. A dificuldade em seguir o recomendado pelo serviço de saúde pode ser um dos primeiros obstáculos que os usuários enfrentam. Outro impeditivo encontrado pelos usuários ao realizar um tratamento, é a sobrecarga emocional e momentos de conflito que surgem ao trabalhar seus comportamentos problemáticos em relação ao uso de substâncias[26].

Em estudo anterior que buscou verificar o perfil de jovens brasileiros usuários de cocaína/crack, a maioria dos jovens e adolescentes buscou ajuda pela primeira vez ligando para o serviço de aconselhamento telefônico. Sabe-se que, geralmente, essa população não procura acompanhamento espontaneamente, principalmente quando apresenta baixa motivação para mudar o comportamento ou baixa prontidão para se manter engajado a ele. Entretanto, o anonimato e o acesso facilitado à orientação desprovida de preconceitos e julgamentos podem tê-los estimulado à busca por ajuda[11]. A literatura aponta que o telefone tornou-se uma alternativa vantajosa para serviços de saúde[27], e essas alternativas de tratamento tem se mostrado efetivas para cessação e redução do uso de drogas[11,28]. Portanto a solicitação de ajuda por meio de telemedicina pode ser entendida como um primeiro passo dado pelo usuário para iniciar o processo de mudança de comportamento e busca de tratamento face a face.

Além disso, a descontinuidade de acessos a serviços disponibilizados via telemedicina pode não ser indicativo de fracasso do tratamento. Mas sim, um modo diferente de utilização do serviço quando comparado ao processo terapêutico face a face. Com intervenções rápidas que podem resultar em uma melhora significativa do paciente com poucas sessões de tratamento[29]. Portanto a adesão a tratamentos disponibilizados por meio de ligações

telefônicas pode ser analisada além da realização das ligações e sim pela efetividade das intervenções realizadas nas poucas ligações[30]. Ou seja, o quanto o tratamento foi efetivo enquanto os pacientes ligaram e seguiram aderindo as intervenções mesmo depois de ter abandonado o serviço. Este dado é evidenciado na amostra estudada pela cessação do consumo de alguns usuários, ou aqueles que relataram não identificar mais problemas para buscar o serviço.

O presente estudo apresenta limitações. Trata-se de um estudo descritivo, com uma amostra por conveniência, que buscou identificar os obstáculos percebidos pelos usuários que interferem na continuidade do tratamento. Não se investigou, nem se analisou outros fatores que pudessem influenciar na adesão ao tratamento. Não se realizou estudo para investigar a correlação entre as variáveis de uso, sociodemográficas, estágios motivacionais e situação de cessação do uso. O presente estudo teve por objetivo descrever os obstáculos percebidos pelos próprios usuários que afetaram o seguimento do tratamento, dessa forma, não se pode generalizar os dados apresentados.

No entanto, os dados apresentados nos levam a refletir sobre a efetividade dos tratamentos propostos para o uso de substâncias entre adolescentes e jovens. A maioria dos jovens estudados relataram mudar o comportamento em relação ao uso de cocaína/crack, entretanto, o fizeram tempos após o primeiro contato com o serviço. Cabe ressaltar que a mudança de comportamento é um processo e que talvez, os serviços de atendimento em saúde por telemedicina contribuam para despertar a prontidão para a mudança e para o engajamento em algum tipo de tratamento.

Estes achados reforçam a importância de se intervir precocemente focando principalmente a motivação do jovens para iniciar o processo de mudança, fortalecendo os aspectos de autoeficácia para a manutenção da mesma e assim aumentando a adesão ao

tratamento, visto que esta é uma população com características que necessitam de maior atenção por parte dos profissionais.

Referências Bibliográficas

1.Sánchez-Hervás E, Secades-Villa R, Gómez FJS, Romaguera FZ, García-Rodríguez O, Martin Yanez E, et al. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína Treatment dropout in cocaine addicts. Adicciones. 2010; 22(1):59-64.

2.Brorson HH, Ajo AE, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. ClinicalPsychologyReview. 2013;33(8):1010-24.

3.Straub RO. Introdução à Psicologia da Saúde. Em: R. Straub. Psicologia da Saúde, (pp.02-25). Porto Alegre: ARTMED; 2014.

4.World Health Organization. Adherence to long-term therapies**:** evidence for action. Geneva; 2003 [citado 2017 Mai 10]. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

5.Leite SN. Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência e Saúde Coletiva. 2003; 8(3);775-82.

6.Amy M, Loree AM, Leslie H, Lundahl L, David M, Ledgerwood DM. Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. DrugAlcoholVer. 2015;34:119–34.

7.Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira Tde C, Pierozan PS, Mazoni CG, et al. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. Addict Behav. 2010;35:750-5.

8. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, et al. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria**.** 2013; 35:254–26.

9. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. Ciência&SaúdeColetiva. 2009;14(2):605-14.

10. Smith DC, Hall JA, Jang M, Arndt S. Therapist adherence to a motivational interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. J Stud AlcoholDrugs. 2009; 70:101-05.

11. Bisch NK. Intervenção Breve Motivacional por Teleatendimento para jovens na Cessação do Consumo de cocaína/crack. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Porto Alegre, RS; 2011.

12. Rogers W, Ballantyne A. Populac¸ões especiais: vulnerabilidade e protec¸ão. RECIIS - R Eletr de Com InfInovSaude. 2008; 2:31-41.

13. Barros HM, Santos V, Mazoni C, Dantas DC, Ferigolo M. Neuroscienceeducation for health professional undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. Drug Alcohol Depend. 2008;98:270-4.

14. Murray M, Fleming M. Prevention and treatment of alcoholrelated problems: an international medical education model. Acad Med. 1996;71:1204-10.

15. Di Clemente C, Nidecker M, Bellack AA. Motivation and stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. Journal of Substance Abuse Treatment. 2008; 34:25-35.

16.Marlatt GA, Donavan DM, Prevenção de Reaída - Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2009.

17. Santos MP, Rocha MR, Araujo RB. O uso da técnica cognitiva substituição por imagem positiva no manejo do craving em dependentes de crack. J Bras Psiquiatr. 2014;63(2):121-6.

18. DiclementeCC, Schlundt BS, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. American JournalonAddictions. Colorado. 2004; 13(2):103-19.

19. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do usuário de crack. Editora Casa leitura Médica. São Paulo; 2010.

20. Lopes BM, Gonçalves PD, Santos MOB, CavalletM, Chaim-Avancini TM, Serpa MH, et al. Distinct cognitive performance and patterns of drug use among early and late onset cocaine users. AddictiveBehaviors. 2017; 73: 41-7.

21. Vergara-Moragues E, Verdejo-García A, Lozano OM, Santiago-Ramajo S, González-Saiz F, Espinosa PB, et al. Association between executive function and outcome measure of treatment in therapeutic community among cocaine dependent individuals. Journal of Substance Abuse Treatment. 2017; 78:48–5.

22. Diehl A, Coutinho GR. Álcool e adolescência. Rev PátioEnsinoMédio. 2012;4(1):34.

23. Clevaland MJ, Collins LM, Lanza ST, Greenberg MT, Feinberg ME. Does individualrisk moderate the effect of contextual-level protective factors? A latent class analysis of substance use. J PrevInterv Community. 2010;38:213-28.

24. Kopak AM, Chen AC, Haas AS, Gillmore MR. The importance of family factors to protect against substance use related problems among Mexican heritage and white youth. DrugAlcoholDepend. 2012;124:34-41.

25. Pedroso RS, Guimarães LSP, Zanetello LB, Gonçalves VM, Lopes-Rosa R, Pianca T, et al. High rates of relapse in adolescents crack users after inpatient clinic discharge. J Bras Psiquiatr. 2016; 65(3):215-22.

26.Postel MG, de Haan HA, ter Huurne ED, van der Palen J, Becker ES, de Jong CA.. Attrition in Web-Based Treatment for Problem Drinkers. J Med Internet Res. 2011 Dec 27;13(4):e117. doi: 10.2196/jmir.1811.

27.Sheffer CE, Stitzer M, Brandon T, Bursac Z. Effectiveness of adding relapse prevention materials to telephone counseling. J Subst Abuse Treat. 2010;39:71-7.

28. Gates P. The effectiveness of helplines for the treatment ok alcohol and illicit substance use. Journal of Telemedicine and telecare. 2015;21(1): 18-28.

29. Christensen H, Mackinnon A. The law of attrition revisited. Journal of Medical Internet Research; 8(3):e20. 2006. doi:10.2196/jmir.8.3.e20

30.Eysenbach G. The law of attrition. Journal of Medical Internet Research. 2005:7(1): e11. 2005. doi: 10.2196/jmir.7.1.e11

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados revelam que o aconselhamento telefônico, baseado na entrevista motivacional conduz os jovens à mudança de comportamento em relação ao uso de cocaína e crack. A prontidão para mudança e para o tratamento dos jovens se manteve alta durante o acompanhamento de seis meses, entretanto, ao se prolongar o período de acompanhamento para 24 meses observa-se uma alta taxa de abandono, o que reduz o efeito da intervenção e limita a generalização dos achados. Os participantes em ambos os grupos de intervenção demonstraram reduções significativas na quantidade média de cocaína e uso de crack ao longo do tempo.

Ao comparar os adolescentes (14 a 19 anos) e jovens (20 a 24 anos) usuários de cocaína/crack os resultados mostraram diferenças importantes nas características de consumo, comportamentos problemáticos relacionados ao uso e motivação para cessar o consumo. Observou-se também, uma relação entre níveis de escolaridade e gravidade dos problemas com uso de cocaína e crack. Ambos os grupos etários demonstraram prejuízos de moderado à grave no que se refere ao uso de cocaína e/ou crack. Pode-se observar que entre os jovens houve associações estatisticamente significativas em todos os seis comportamentos avaliados, o que leva a pensar na gravidade do abuso. Talvez por estarem a menos tempo expostos à substância em comparação aos jovens, os adolescentes não apresentaram perda de controle associada com frequência de uso, tolerância aos efeitos e exposição a riscos físicos.

Dentre todos os usuários que se obteve contato em ligações proativas, observou-se o abandono ao seguimento nas datas agendadas previamente. Mesmo aqueles usuários que relataram cessar o consumo, nãoo fizeram na data agendada, cessando o consumo tempos depois do primeiro contato ao serviço de aconselhamento telefônico**.** Ao analisarmos os relatos dos usuários podemos perceber que estes percebem seu problema e se motivam em

fazer algo em relação a ele, no entanto a prontidão para se engajar ao tratamento diminuiu após os primeiros contatos com o serviço.

Utilizar a telemedicina como alternativa para promover mudança de comportamento nos serviços de saúde tornou-se uma alternativa vantajosa. O anonimato e o acesso facilitado à orientação desprovida de preconceitos e julgamentos podem estimular a busca por ajuda. Alem disso, pode ser oferecida assistência personalizada com redução de custos, melhorando a eficiência na gestão das demandas dos pacientes por serviços de atenção primária à saúde.

Promover intervenções precoces, com vistas à prevenção do uso de drogas, bem como da progressão da experimentação para consumos que refletem maior risco quanto ao uso problemático e gravidade quanto ao consumo frequente torna-se de extrema relevância para as políticas públicas. Programas de prevenção nas comunidades e em escolas e estratégias específicas de atenção à saúde para adolescentes e adultos jovens podem contribuir para o desenvolvimento psicosocial mais saudável.

ANEXOS

ANEXO 1 -

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

tulo do Projeto: Investigação motivacional por teleatendimento em jovens usuários de
icaína/crack: um ensaio clínico randomizado

squisador Responsável Helena Barros Parecer 1636/12

Data da Versão 22/03/2012	Cadastro 942/12	Data do Parecer 19/04/2012

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

jetivos do Projeto
valliar a eficácia da intervenção motivacional oferecida aos adolescentes e adultos jovens
processo de cessação do consumo de cocaína/crack.

mário do Projeto
estudo caracteriza-se por um ensaio clínico randomizado entre adolescentes e adultos
vens, onde os participantes serão alocados em dois grupos manejados pelo VIVAVOZ - uma
ntral telefônica 0800: controle (autoajuda) e experimetal (intervenção motivacional) e serão
ompanhados por 24 meses. Os instrumentos utilizados serão o protocolo geral de
endimento, questionários para avaliação do consumo e dependência de drogas e
estionário de contemplação Ladder e escala de auto-eficácia para abstinência de drogas e
cala de tentação para uso de drogas. O desfecho que será avaliado é a redução ou
ssação no consumo de substâncias psicoativas.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados

Comentários sobre os Objetivos

Claros, objetivos e factíveis de serem respondidos.

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 208 Local vivav
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção eqüitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de inicio prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Agência de fomento

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

O projeto foi desenvolvido por meio da parceria entre a SENAD, Ufcspa, SEBRAE e Embaixada Americana

Referências Bibliográficas	Adequadas

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

atual e pertinente para a pesquisa

Recomendação

Reencaminhar aos autores

Comentários Gerais sobre o Projeto

- Revisar o TCLE - não é apresentado que a pesquisa caracteriza-se em um Ensaio Clínico Randomizado
- Não informa quanto tempo o usuário dispenderá durante a entrevista

ANEXO 2 – Aceite de publicação do artigo 1 no jornal de pediatria

E-mail 1 - 28 de dez de 2017 15:36/ Ref: JPED_2017_286_R1
Title: Jovens brasileiros usuários de cocaína / crack: quem são os usuários que buscam ajuda em um serviço de aconselhamento telefônico?
Journal: Jornal de Pediatria

Prezada Professora Nadia K. Bisch,

Informamos com satisfação que seu artigo foi aceito para publicação e está programado para a edição nº 2 (Mar/Abr), ano de 2019, Volume 95 do Jornal de Pediatria. Essa programação ainda pode ser alterada de acordo com a necessidade da Editora, entretanto, o artigo será publicado "no prelo" bem antes desta data.

Solicitamos aos autores enviarem o Termo de Cessão de Direitos, anexo, assinado (e escaneado) por um dos autores para jped@jped.com.br, de preferência até o dia **12/01** . O download do documento pode ser feito no seguinte link: https://drive.google.com/file/d/1LF4ahpfA-HJ3S8RhXe5DROENTqhXdFmV/view?usp=sharing

O artigo ainda passará por diversas revisões de formato, linguagem e tradução. Talvez ainda seja necessário pedir algumas informações aos autores, por isso pedimos manter seu e-mail atualizado, também para o envio das provas em PDF, posteriormente.

O Jornal de Pediatria agradece ter sido escolhido para enviar seu artigo e deseja um Feliz 2018 aos autores.

Atenciosamente,

Maria de Fátima Machado

Editorial Assistance

E-mail 2 - 6 de abr de 2018 10:28/ Ref: JPED_2017_286_R1
Title: Jovens brasileiros usuários de cocaína / crack: quem são os usuários que buscam ajuda em um serviço de aconselhamento telefônico?
Journal: Jornal de Pediatria

Prezados autores,

é com satisfação que informamos que seu artigo já foi publicado antecipadamente no site do Jornal de Pediatria. Acesse http://jped.elsevier.es/en/ahead-of-print/

Mais uma vez obrigada por colaborar conosco.

Atenciosamente,

Maria de Fátima Machado

Editorial Assistant / Jornal de Pediatria jped@jped.com.br

ANEXO 3 - NORMAS DOS PERIÓDICOS

3.1 REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

A *Revista Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Journal of Psychiatry)* é uma publicação trimestral cujo objetivo é publicar manuscritos originais de todas as áreas de psiquiatria, incluindo saúde pública, epidemiologia clínica, ciência básica e problemas de saúde mental. A revista é totalmente de acesso aberto (open access), e não há taxas de publicação. Os artigos devem ser escritos em língua inglesa. Estas instruções foram escritas com base nos Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, documento produzido e atualizado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). O texto original está disponível no endereço http://www.icmje.org/.

Submissão do manuscrito

Na primeira vez que você utilizar o site de submissão da *Revista Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Journal of Psychiatry)* no endereço https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo, será necessário criar uma conta. Você utilizará o mesmo nome de usuário e senha para as funções de autor e revisor e poderá entrar no sistema a qualquer momento para submeter um manuscrito ou verificar o status de manuscritos submetidos anteriormente. Para submeter um manuscrito, selecione a opção Author e clique em Begin Submission. O processo de submissão de manuscritos inclui 7 etapas para obter informações sobre seu manuscrito e possibilitar o upload dos arquivos pertinentes (carta de apresentação, texto do manuscrito, tabelas, figuras e outros materiais relacionados).

Step 1: Manuscript type, title and abstract

Primeiramente, escolha o tipo de manuscrito que deseja submeter. Pode-se escolher entre Original Article (Artigo Original), Brief Communication (Comunicação Breve), Review Article (Artigo de Revisão), Special Article (Artigo Especial), Editorial, or Letter to the Editors (Carta aos Editores). Os manuscritos devem ser escritos em língua inglesa. A tabela abaixo mostra o número máximo de palavras, referências e tabelas/figuras para cada tipo de manuscrito.

Tipo de manuscrito	Palavras do texto principal	Palavras do resumo	Referências	Tabelas + figuras
Artigos Originais	5000	Estruturado, 200	40	6
Artigos de Revisão	6000	Estruturado, 200	Ilimitado	6
Comunicações Breves	1500	Estruturado, 200	15	2
Artigos Especiais	6000	Não estruturado, 200	Ilimitado	6
Cartas ao Editor	500	Sem resumo	5	1
Editoriais	900	Sem resumo	5	1

Artigos originais: Devem descrever de forma completa, mas tão concisa quanto possível, os resultados de pesquisa original, incluindo informações relevantes para

aqueles que desejarem reproduzir o estudo ou avaliar seus resultados e conclusões.

Título: Pode-se copiar e colar o título a partir do manuscrito, mas não se deve deletá-lo do arquivo do manuscrito. Certifique-se de que não há quebras de linha no título. Os títulos devem ser concisos (máx. 50 palavras), específicos e informativos. Evite utilizar abreviaturas e siglas.

Resumo: Pode-se copiar e colar o resumo a partir do manuscrito, mas não se deve deletá-lo do arquivo do manuscrito. Caso o resumo seja estruturado, deve-se incluir um espaço entre linhas para separar cada uma das seções do resumo.

Step 2: Attributes

Você deverá listar de 1 a 5 palavras-chave que descrevam os temas principais do seu manuscrito. Utilize somente termos que constem no MeSH.

Step 3: Authors & Institutions

Informe o nome completo todos os autores: Primeiro Nome (Prenome) e Sobrenome. Você também deverá indicar as instituições dos autores e um endereço de e-mail para cada autor. Note que todas as comunicações relacionadas a submissões de manuscritos e formulários de autoria são realizadas por e-mail. Informe também uma conta ORCID, sempre que possível. Revise a lista de autores e confirme a ordem dos autores.

O endereço, e-mail e número de telefone do autor correspondente devem ser incluídos apenas na folha de rosto (ver mais abaixo).

Step 4: Reviewers

Será necessário indicar 5 potenciais revisores para seu manuscrito, que devem ser pesquisadores com artigos publicados e experiência clínica ou de pesquisa no tema do seu manuscrito. Informe nome e sobrenome, e-mail e instituição. Os revisores sugeridos não devem ser da mesma instituição ou do mesmo grupo de pesquisa que os autores. Além disso, desaconselhamos indicar como revisores pessoas que colaboraram com os autores em publicações anteriores. Os editores considerarão as sugestões porém se reservam o direito de tomar a decisão final quanto aos revisores escolhidos. Se desejar, você também pode vetar revisores específicos para o seu manuscrito.

Step 5: Details & Comments

Escreva uma carta de apresentação explicando a natureza do seu artigo e o motivo pelo qual os autores acreditam que o manuscrito deve ser publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Journal of Psychiatry)*. Certifique-se de mencionar se os autores já publicaram ou submeteram artigos baseados no mesmo estudo. Pode-se fazer o upload de um arquivo ou escrever a carta de apresentação no campo determinado.

Nesta etapa, você também deverá incluir as seguintes informações:

Financiamento: Se for o caso, forneça informações sobre agência de financiamento e número do financiamento/auxílio.
Número de palavras e referências
Conflito de Interesse: Devem ser incluídos neste formulário os conflitos de interesse e

declarações financeiras de todos os autores, inclusive declaração de ausência de interesses financeiros. Se o manuscrito for aceito para publicação, os autores devem assinar um termo de autoria, que será enviado diretamente ao autor correspondente.

Step 6: File upload

Clique no botão Browse para visualizar uma pasta no seu computador. Navegue até onde estão armazenados os seus arquivos. Submeta o arquivo do manuscrito (Article File), de preferência no formato Word. Seu manuscrito será convertido para PDF durante o processo de submissão. Não inclua numeração de linhas, pois isso será adicionado ao seu manuscrito durante o processo de conversão para PDF.

Step 7: Review & Submit

Revise cuidadosamente cada etapa da submissão. O sistema indicará com um "X" vermelho se houver partes incompletas. Uma vez concluída essa revisão, clique nos botões da seção "View Proof" para visualizar os arquivos HTML e PDF individuais e/ou combinados gerados pelo sistema. Você deverá revisar e aprovar o PDF dos seus arquivos para certificar-se de que está satisfeito com a maneira como seu manuscrito será visualizado pelos editores e revisores. Confirme que as informações sobre seu manuscrito estão completas e corrija eventuais erros. Quando considerar que a submissão está concluída, clique no botão Submit. Iniciaremos o processo de revisão editorial apenas depois que esta etapa final for concluída.

Preparo do manuscrito

Folha de rosto (Title page): A página 1 deve conter título completo, nomes dos autores, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país de origem. Deve-se incluir também um título abreviado com até 50 caracteres (caracteres e espaços). O nome completo, telefone, fax, e-mail e endereço completo do autor correspondente devem ser informados.

Resumo: A Página 2 deve apresentar um resumo estruturado (com até 200 palavras), contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results, and Conclusion (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) (verifique a tabela acima, que mostra os requisitos do resumo para cada tipo de manuscrito). Devem ser incluídas de três a cinco palavras-chave selecionadas a partir dos Medical Subject Headings. Não inclua um resumo em português ou qualquer outra língua além do inglês. Se for o caso, informe o número de identificação de registro de seu ensaio clínico ao final do resumo (ver abaixo).

Registro de Ensaios Clínicos: A *Revista Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Journal of Psychiatry)* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação artigos de pesquisas clínicas que tenham sido cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE.

Texto principal: O arquivo com o manuscrito (texto principal) deve ser escrito em língua inglesa, utilizando espaço duplo, e deve conter os seguintes itens, exatamente nesta ordem: folha de rosto, resumo, texto do manuscrito, seção de agradecimentos, referências, legendas de figuras e tabelas. Utilize fonte tamanho 10, 11 ou 12. Todas as siglas e abreviaturas devem ser definidas (expressas por

extenso) na primeira ocorrência e também nas legendas de tabelas e figuras. Todas as unidades devem ser apresentadas conforme o sistema métrico. O uso de algarismos romanos deve ser evitado.

Lista de referências: Os autores são responsáveis pela exatidão e integridade das referências e pela sua citação correta no texto. Numere as referências na ordem em que aparecem no texto; não utilize ordem alfabética. As referências no texto, em tabelas e em legendas devem ser identificadas utilizando algarismos arábicos sobrescritos. Referências citadas apenas em tabelas ou figuras devem ser numeradas levando em consideração a primeira citação da tabela/figura no texto.

O estilo apresentado nos exemplos abaixo deve ser observado. Para incluir manuscritos aceitos, porém ainda não publicados, deve-se informar o título abreviado da revista seguido de "Forthcoming" e o ano esperado de publicação. Artigos publicados eletronicamente, mas ainda não disponíveis em forma impressa, devem ser identificados por seu número de DOI. Informações sobre manuscritos ainda não aceitos devem ser citadas no texto apenas, como comunicação pessoal. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores. Os títulos das revistas devem ser abreviados conforme o Index Medicus.

Exemplos:

- **Artigo de revista:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:51-6.

Listar todos os autores quando forem seis ou menos. Quando forem sete ou mais, listar os primeiros seis e acrescentar "et al.".

- **Livro:** Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Capítulo de livro:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Dissertações e teses:** Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tabelas: As tabelas devem preferencialmente ser submetidas no formato Word, mas arquivos Excel também são aceitos. Ao utilizar Excel, não crie as tabelas em planilhas individuais, pois apenas a primeira planilha será convertida. Sempre que possível, as tabelas devem ser incluídas ao final do arquivo principal do manuscrito (após as legendas de figuras), em vez de ser submetidas como arquivos separados. Todas as figuras e tabelas devem esclarecer/complementar (e não repetir) o texto, e devem ser limitadas ao menor número possível. Todas as ilustrações devem ser submetidas em páginas separadas, de acordo com sua ordem de aparecimento no texto, e devem ser numeradas consecutivamente utilizando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir legendas descritivas e a definição de abreviações utilizadas. Qualquer tabela ou figura extraída de trabalhos já publicados deve ser acompanhada de uma autorização por escrito do atual detentor dos direitos autorais, já no momento da submissão.

Figuras: São aceitos os seguintes formatos para arquivos de figuras: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF e XLS. As figuras podem ser incluídas no manuscrito, mas devem preferencialmente ser submetidas como arquivos separados.

Se seu manuscrito for aceito, poderá ser necessário fornecer arquivos TIFF de alta resolução descompactados.

Material suplementar online: Materiais suplementares disponíveis apenas online devem ser submetidos em um único documento Word com páginas numeradas consecutivamente. Cada elemento incluído nesses materiais deve ser citado no texto do manuscrito principal (por exemplo, Table S1, available as online-only supplementary material) e numerado na ordem de citação no texto (por exemplo, Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, Supplementary Methods). A primeira página do documento disponível apenas online deve informar o número e o título de cada elemento incluído no documento.

Se necessitar de mais informações durante os passos da submissão, clique nos símbolos de ajuda que aparecem em todo o sistema. Uma caixa de diálogo será exibida, com ajuda sensível ao contexto. Se você tiver dúvidas ou problemas com a sua submissão, entre em contato com a secretaria editorial através do e-mail editorial@abpbrasil.org.br.

Verificação do status do manuscrito

Depois de aprovar seu manuscrito, o processo de submissão está concluído. Para verificar o status do seu manuscrito durante o processo de revisão editorial:

1. Entre no sistema com seu nome de usuário e senha.
2. Selecione Author Dashboard em sua página inicial (Home Page).
3. Selecione Submitted Manuscripts ou outra categoria e verifique o status do manuscrito.

3.2 JORNAL BRASILEIRO DE TELESSAÚDE

Instruções aos Autores

Os materiais submetidos para publicação devem ser inéditos e não devem estar sob análise para fins de publicação em nenhum outro periódico. Os artigos escritos em português devem obedecer à ortografia oficial. Quando originários de instituições estrangeiras, poderão ser publicados em inglês, na forma em que forem enviados.

O material submetido para apreciação é encaminhado aos editores que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões obrigatórios do Jornal Brasileiro de TeleSSaúde e ao atendimento de todas as normas técnicas requeridas para envio dos originais. Em seguida, o material é submetido a dois revisores especialistas na área pertinente. No decorrer de todo o processo são adotados o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisor(es).

As opiniões expressas nos artigos, inclusive as alterações feitas pelos editores, são de responsabilidade única dos autores.

Novas informações de interesse relacionadas à pesquisa experimental, aplicações (assistência ou educação), desenvolvimento ou suporte em telemedicina e telessaúde. Deve ser composto por Introdução, Objetivo, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão. Devem cumprir os seguintes requisitos:

a. **Palavras**: até 5000, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras.
b. **Referências**: até 20.
c. **Tabelas/Figuras**: até 8. No caso de figuras compostas por partes, estas serão consideradas individualmente.
d. **Resumo/Abstract**: até 200 palavras. Devem conter os itens: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (Abstract: Aims, Materials and Methods, Results and Conclusion).
e. **Palavras-chave/Keywords**: De 3 a 6 keywords, preferencialmente de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou com o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (http://www.nlm.nih.gov).

Regras Gerais

É obrigatório o envio de carta de submissão (digital ou via Correios) assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem:

1. Referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal Brasileiro de TeleSSaúde.
2. Declarar que participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação.
3. Citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo.

Deve ser estruturado de acordo com a categoria da publicação:

a. **Artigo Original:** até 200 palavras. Deve conter as seções: Objetivo (Aims), Materiais e Métodos (Materials and Methods), Resultados (Results) e Conclusão (Conclusion), descritas a seguir:

- **Objetivo (Aims)**: Descreva a hipótese testada ou procedimentos avaliados.
- **Materiais e Métodos (Materials and Methods)**: Descreva brevemente o que foi feito e os materiais utilizados, inclusive o número de pacientes, os métodos utilizados para avaliação dos dados e para evitar o viés.
- **Resultados (Results)**: Cite os achados do estudo, inclusive indicadores de significância estatística. Números reais e porcentagens devem ser incluídos.
- **Conclusão (Conclusion):** As conclusões baseadas nos achados devem ser resumidas em uma ou duas sentenças.

Os Artigos Originais devem ser divididos em seções, com os itens: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão, descritos a seguir:

- **Introdução e Objetivos**: Descreva brevemente a relevância do tema, a justificativa para a pesquisa e o(s) objetivo(s) específico(s) para o artigo em submissão.
- **Materiais e Métodos**: Descreva o plano de pesquisa, os materiais (ou pacientes) e os métodos utilizados, nesta ordem. Explique em detalhes como a pesquisa foi confirmada e como a subjetividade das observações foi controlada. Para garantir o anonimato no processo de revisão, o nome da Instituição onde o trabalho foi realizado e os nomes dos autores ou suas iniciais não devem ser mencionados.
- **Resultados**: Apresente os resultados em seqüência lógica e clara. Se forem utilizadas tabelas, não duplique os dados tabulares no texto, mas descreva as tendências e pontos importantes.
- **Discussão**: Descreva as limitações do plano de pesquisa, materiais (ou pacientes) e métodos, considerando o objetivo e os resultados do estudo. Quando os resultados forem diferentes de resultados obtidos em estudos anteriores, justifique a discrepância. Inclua as referências.
- **Conclusão**: Quando for o caso, descreva em sentenças resumidas.

As demais categorias de publicação possuem formatação livre.

Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, também conhecido como estilo Vancouver. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed) e "Sample References" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) para informações sobre os formatos recomendados.

Exemplos:

- **Artigos em periódicos**: Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med. 1985;312:146-51.
  Obs.: Quando houver mais de seis autores, citar os seis primeiros nomes seguidos de et al.
- **Capítulos de livros**: Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 843-62.
- **Livros**: Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management. London: Baillière-Tindall; 1989.
- **Trabalhos apresentados em evento**: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan

C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

- **Trabalhos de autoria de entidade**: American Medical Association. Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientifi c Affairs. Chicago: American Medical Association; 1989. p. 9-20.
- **Teses e dissertações**: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- **Artigos de periódico em formato eletrônico**: Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. J Med Internet Res. 2005;7(2):e17. http://www.jmir.org/2005/2/e17/. Acesso: 17/12/2005.

Outras Instruções

O Jornal Brasileiro de TeleSSaúde não aceita material editorial com objetivos comerciais.

- **Conflito de interesses**: Devem ser mencionadas, com total clareza, a presença de parcerias público-privadas, o apoio por agências de fomento a pesquisa e a associação com outros grupos internacionais para o desenvolvimento da pesquisa.
- **Comitê de Ética em Pesquisa**: Trabalhos que relatem pesquisas realizadas em seres humanos devem vir acompanhados de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e, por conseguinte, do registro na Plataforma Brasil que é a base nacional unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP.
- **Termo de consentimento livre e informado**: Artigos que tratem de pesquisa clínica com seres humanos devem incluir a declaração de que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado.
- **Agradecimentos**: Devem ser mencionados colaborações de pessoas, instituições ou agradecimentos por apoio financeiro e auxílios técnicos que mereçam reconhecimento, mas não justificam a sua inclusão entre os autores.

Instruções para submissão online

Os artigos devem ser submetidos on-line mediante a sessão "acesso". Nela, faça seu cadastro, clique no botão "submeter à publicação" e preencha o formulário de acordo com o passo-a-passo a seguir:

1. Enquadre o material em uma das categorias de publicação;
2. Inserir as imagens, tabelas e legendas;
3. Cadastrar autores e co-autores;
4. Cadastrar títulos e palavras-chave em inglês e português;
5. Inserir resumos em inglês e português, nome da instituição; endereço para correspondência, suporte financeiro e carta ao editor (opcional);
6. Montar o texto do manuscrito propriamente dito no sistema;
7. Imprimir o termo de copyright;
8. Rever manuscrito montado, corrigir eventuais problemas e finalizá-lo clicando em "finalizar submissão". Feito isso, aguarde nossa confirmação de recebimento por e-mail;

ANEXO 4 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO

CHAMADA N.º: _____ / 2008 Horário: Início _____

Término _____

DATA: _____/_____ / 2012 Consultor:_____

CLASSIFICAÇÃO DA PERGUNTA:

PERGUNTA: (Registrar Por Extenso):

_____

TIPO DE PERGUNTA (Selecionar):

1.Informações Sobre Drogas	( )
2.Centros De Tratamento (Público Ou Particular)	( )
3.Solicitação De Material Informativo	( )
4. Outras	( )
5. Perda	( )
6. Retorno	( )

1. Álcool	7. Êxtase
2. Alucinógenos	8. GHB
3. Anabolizantes Esteroides	9. Maconha
4. Ansioliticos	10. Opioides/Heroína
5. Cocaína/Crack/Merla	11. Solventes/Inalantes
6. Anfetaminas	12.Tabaco
	13. Outras

DROGAS (Selecionar)

RESPOSTA (Registrar Por Extenso): _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (Registrar Por Extenso): _____

CLASSIFICAÇÃO DO CLIENTE:

QUEM BUSCA A INFORMAÇÃO (Selecionar)

1.Usuário	6. Amigo
2.Pai	7. Profissionais Da Saúde
3.Mãe	8. Outros Profissionais
4.Centro De Tratamento	
5.Parente	

PARA USUÁRIOS OU FAMILIARES*:* O Sr.(A) / Família Alguma Vez Procurou Ajuda ? ( )

1. SIM
2. NÃO

LOCAL DA CHAMADA: Cidade:_____ UF:_____

PROFISSÃO: (Selecionar)

1.Aposentado
2.Autônomo
3.Desempregado
4.Do Lar
5.Estudante
6.Profissional Da Saúde
7.Profissional De Outra Área

ESTADO CIVIL: (Selecionar)

1.Solteiro
2.Separado/Divorciado
3.Casado/Vive Com Companheiro
4.Viúvo

IDADE:_____

SEXO: M ( ) F ( )

RENDA FAMILIAR (Salário Mínimo): (Selecionar)

1.1-5 (R$ 300,00 A 1.499,00)
2.5-10 (R$ 1.500,00 A 3.000,00)
3.Mais De 10 (Mais De R$ 3.000,00)

ESCOLARIDADE: (Selecionar)

1. Analfabeto
2. Ensino Fundamental Incompleto (1° Grau)
3. Ensino Fundamental Completo (1° Grau)
4. Ensino Médio Incompleto (2º Grau)
(5) Ensino Médio Completo (2º Grau)
(6) Superior Incompleto
(7) Superior Completo
(8) Curso Técnico

ENDEREÇO PARA ENVIO DE MATERIAL INRORMATIVO/AUTO-AJUDA OU CONTATOS PORTERIORES:

Nome:_____

Endereço: _____

Telefone: (___)_____CEP:_____

4.2 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA/CRACK

No ultimo ano, você gastou grande parte do seu tempo para conseguir, usar (cocaína ou crack) ou se recobrar dos efeitos dela por 1 mês ou mais?

( ) SIM ( ) NÃO

No ultimo anos você usou (cocaína ou crack) mais freqüentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

( ) SIM ( ) NÃO

Você necessitou de maiores quantidades de (cocaína ou crack) para conseguir os mesmos efeitos que antes nestes últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

Você esteve em situações de riscos físicos, estando sob efeitos de (cocaína ou crack) ou logo após o seu efeito?

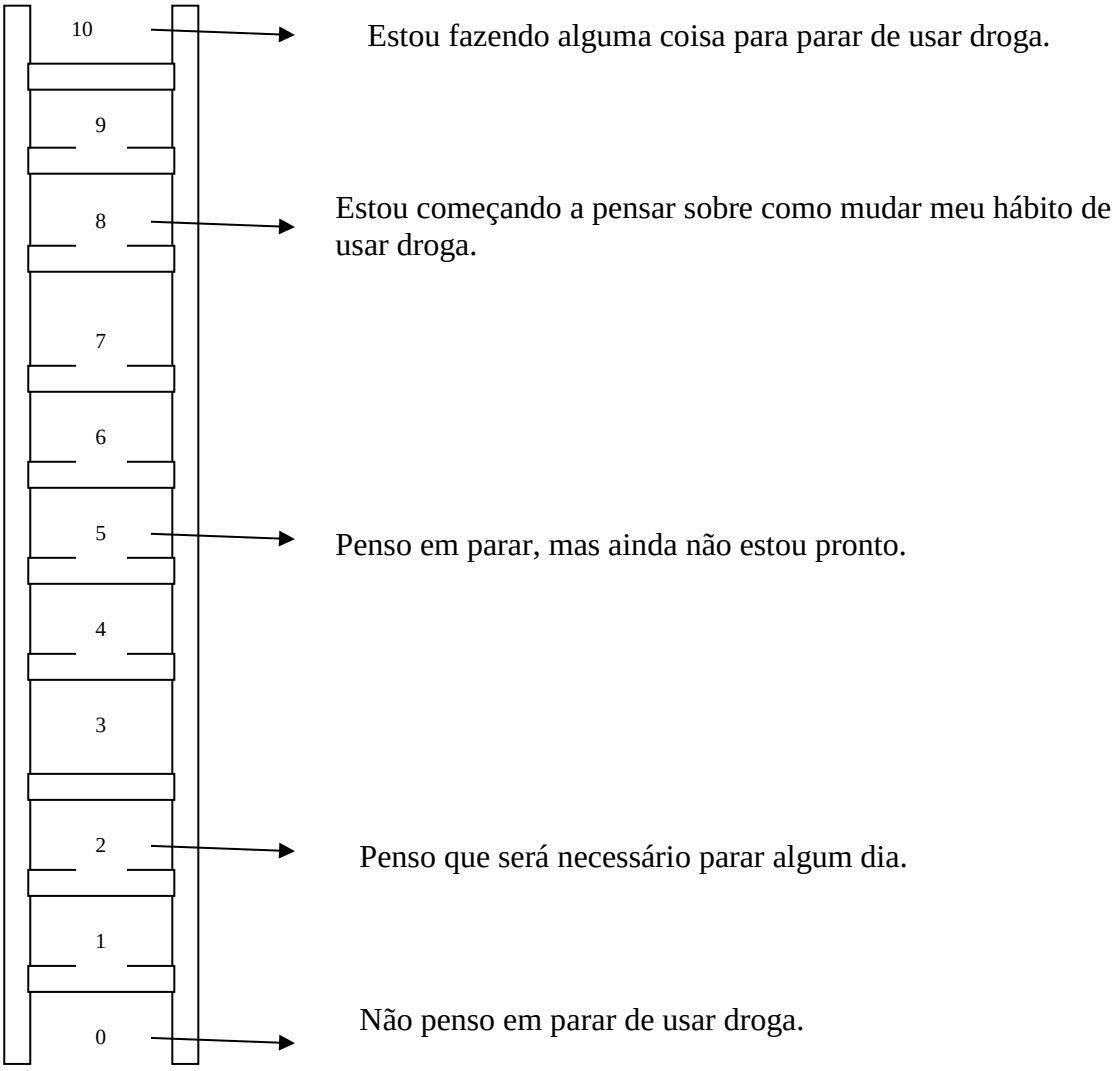
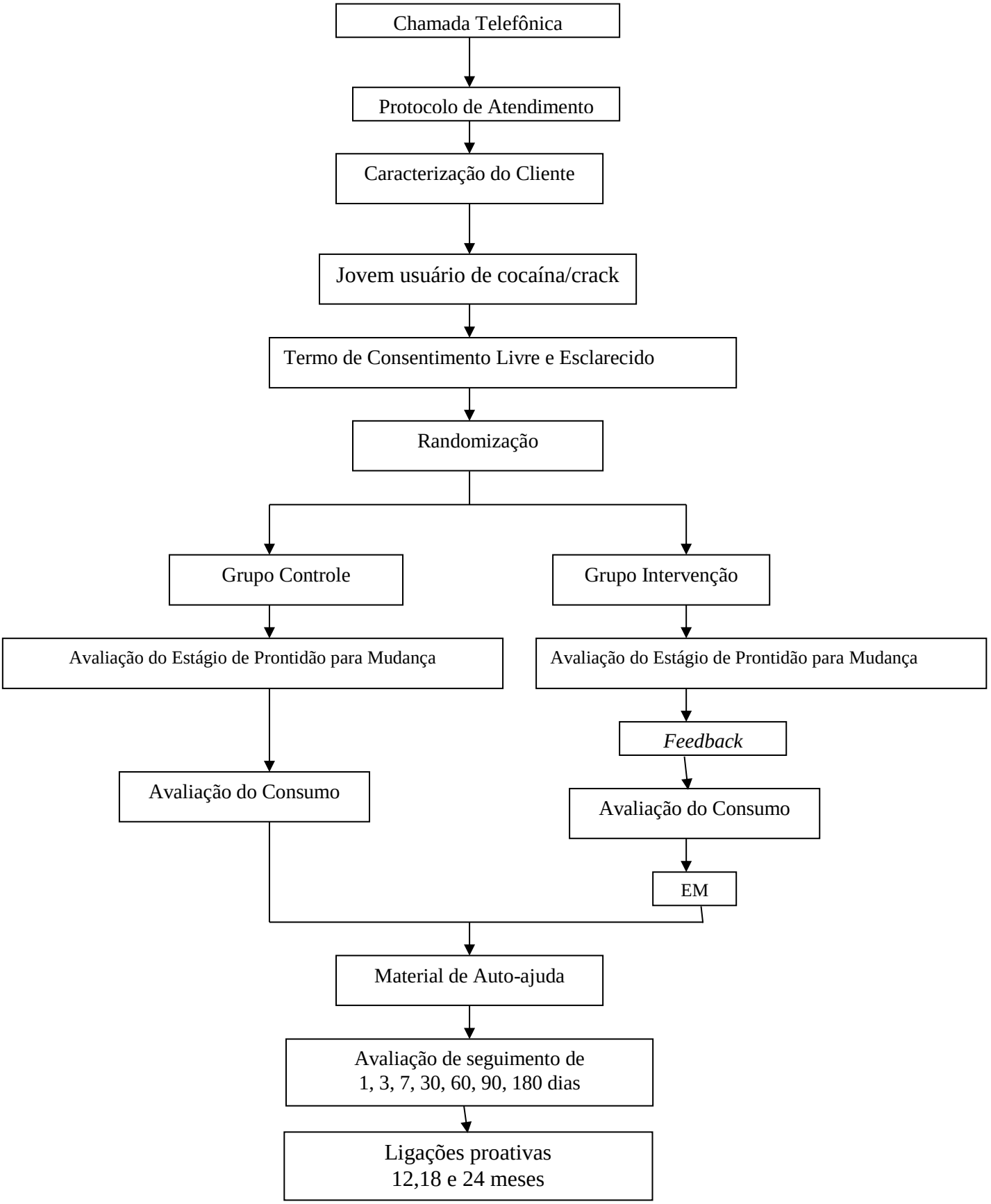
( ) SIM ( ) NÃO

No ultimo ano, você quis diminuir ou parar o uso de (cocaína ou crack)?

( ) SIM ( ) NÃO

4.3 ESCALA PARA AVALIAR A PRONTIDÃO PARA MUDANÇA – *THECONTEMPLATION LADDER*

Cada degrau da escada representa onde os usuários de (cocaína ou crack) se encontram quando pensam em parar de usa-la. Circule o número que indica onde você está agora.



4.4 FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO AOS JOVENS PARA USUÁRIOS DE COCAÍNA OU CRACK