

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira

Documentação Complementar II – Versão Janeiro de 2019

Francisco Inácio Bastos

Investigador Principal

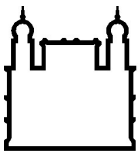
Em nome da equipe da FIOCRUZ

Laboratório de Informação em Saúde (LIS)

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT)

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

2019



TC n.: 08/2014

Objeto: *III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira*

Coordenador (a): *Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos*

Período de Execução: *11.09.2014 a 30.06.2018*

Apesar de todas as questões técnicas que impossibilitam uma comparação conforme fora planejada no plano de trabalho, a coordenação do projeto se propôs a elaborar um documento breve, comentando de maneira geral os achados encontrados no presente estudo e nos levantamentos anteriores, que será apresentado a seguir.

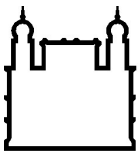
A seguir serão apresentados os procedimentos possíveis adotados e os respectivos resultados.

Estratégias de análise adotadas

Conforme já explicitado em diferentes documentos, a comparação entre prevalências estimadas a partir dos dois levantamentos citados NÃO pode ser feita de forma direta e simples. Além da clara diferença de nível de abrangência geográfica (o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população Brasileira é uma pesquisa de abrangência NACIONAL, enquanto o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil tem abrangência restrita aos 108 maiores municípios do país, ainda que, à época tenha sido denominado “Nacional”). Há também diferenças nos métodos aplicados nas duas pesquisas. A seguir, comentaremos brevemente as amostras do I, II e III Levantamentos domiciliares brasileiros e as estratégias aqui adotadas para apresentação dos resultados.

Com relação ao I levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (I LNUD), de 2001, em sua publicação oficial estão disponíveis estimativas de uso na vida e dependência, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% para tabaco, álcool e maconha. Para cocaína, crack e alguma droga (exceto álcool e tabaco) as estimativas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, referem-se apenas ao uso na vida. Ressalta-se que todas as estimativas derivam da amostra adotada para o estudo, que incluiu apenas os municípios com população residente acima de 200.000 habitantes à época do estudo. O estudo foi conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e todas as estimativas aqui apresentadas foram retiradas da publicação oficial do estudo. (CEBRID, 2001).

No caso do II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (II LNUD), as estimativas de prevalência para uso na vida, uso nos 12 meses anteriores ao estudo, uso nos 30



dias anteriores ao estudo e dependência foram suprimidas da publicação oficial do estudo, também conduzido pelo CEBRID (CEBRID, 2005). As estimativas de uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack e alguma droga (exceto álcool e tabaco), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, quando disponíveis, são referentes à amostra adotada, basicamente idêntica à do I Levantamento, pois também inclui apenas os municípios com população residente acima de 200.000 habitantes à época do estudo, perfazendo um total de 108 dos maiores municípios brasileiros (CEBRID, 2005).

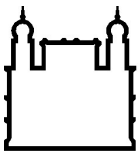
Cabe observar que o Brasil conta com mais de 5.000 municípios, e que, portanto, a ÚNICA estratégia que permite uma comparabilidade mínima, é especificar um domínio de estimação específico contendo os referidos municípios de maior porte (cuja comparabilidade, transcorridos 10 anos, é necessariamente restrita, conforme disponível em todas publicações oficiais do IBGE ao longo do período).

Os resultados do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), serão apresentados de três diferentes formas:

1) Estimativas de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95% calculadas para a população de pesquisa, adotando-se, nos cálculos, o desenho amostral complexo delineado para o estudo. Desta forma, conforme previsto na metodologia descrita no capítulo 2 do livro relatório do estudo, as estimativas são representativas da população brasileira, de 12 a 65 anos, no ano de 2015 (ano de realização da coleta de dados do estudo). Ou seja, a primeira estratégia apresentará as mesmas estimativas que constam do livro relatório do III LNUD.

2) A segunda estratégia consistiu em estimar as prevalências (bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95%) incluindo somente os mesmos 108 municípios amostrados no II LNUD, mantendo-se, entretanto, o desenho amostral complexo delineado para o III LNUD. Cabe observar que a estrutura inerentemente complexa do III LNUD NÃO se deve a uma decisão dos pesquisadores, mas SIM à estrita obediência ao edital, que previa um Plano Amostral em tudo similar às estatísticas oficiais do País (no caso, a PNAD). Não por outra razão, os amostristas envolvidos no LNUD III são, exatamente, amostristas envolvidos na elaboração dos Planos Amostrais oficiais brasileiros.

3) A terceira estratégia consistiu em estimar as prevalências (bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95%) incluindo somente os 108 municípios amostrados no II LNUD, não considerando o desenho amostral complexo delineado para o III LNUD, ou seja, os cálculos simulam



os achados como provenientes de uma amostra autoponderada. Ou seja, a despeito do III LNUD TER uma estrutura COMPLEXA, abre-se mão da precisão conferida pelos processos de ponderação e calibração pós-estratificação em prol de uma comparabilidade parcial, que se não atende aos critérios rígidos da academia, não obstante, permite subsidiar análises que informam políticas públicas.

Para fins de comparabilidade com o I e II levantamentos anteriores, as estratégias 2 e 3 foram utilizadas para calcular as prevalências de uso na vida, uso nos 12 meses anteriores ao estudo, uso nos 30 dias anteriores ao estudo e dependência para tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack e alguma droga (exceto álcool e tabaco).

Considerações acerca dos cálculos de prevalência de dependência

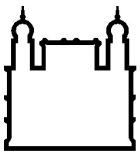
É importante ressaltar que os critérios para definição de dependência adotados nos 3 levantamentos são diferentes, de forma que, visando à comparabilidade, além da questão amostral, faz-se necessário utilizar no III LNUD os critérios utilizados nos estudos anteriores. No entanto, esta opção não foi realizada pois os critérios adotados nas pesquisas anteriores estão desatualizados e diferem substancialmente dos atualmente adotados em todo o mundo, incluindo o Brasil.

Nada há de excepcional sob este aspecto, a ciência evoluiu e classificações são, sucessivamente, refinadas em todo mundo. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem atualizando, progressivamente, sua Classificação Internacional, ora na sua 11ª edição, infelizmente NÃO adotada até o momento pelo Brasil, por razões que não nos cabe discutir. Nesse sentido, nos valem na Classificação em vigor no País, a assim denominada CID-10 (ICD, em língua inglesa; disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>), enquanto os levantamentos anteriores se valerem da DSM-III e CID-9, respectivamente.

A seguir apresentamos brevemente os critérios adotados em cada um dos estudos, onde poderá ser verificada a incompatibilidade.

Critérios adotados no I LNUD

A seguir destacamos trechos da publicação oficial do I LNUD que apresenta os critérios de dependência utilizados.



O “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third” (DSM-III-R) [APA, 1987] [...] [Grifos nossos]

[...]

*O método para estimar dependência do NHSDA (National Household Surveys on Drug Abuse – SAMHSA, 1996; SAMHSA, 1999) é baseado em seis itens do Questionário NHSDA, dos nove existentes no Segundo o NHSDA, os respondentes são definidos como dependentes de alguma substância, caso eles respondam afirmativamente, **pelo menos, a dois dos critérios acima citados.** [...] [Grifos nossos]*

[...]

Portanto, será adotado, neste trabalho, o conceito de dependência, segundo NHSDA. [Grifos nossos]

Critérios adotados no II LNUD

A seguir destacamos trechos da publicação oficial do II LNUD que apresenta os critérios de dependência utilizados.

O “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition” (DSM – III – R) [APA, 1987] foi concebido para ser usado por clínicos e pesquisadores para fazer diagnósticos de desordens psiquiátricas. [...] [Grifos nossos]

[...]

*Segundo o NHSDA, os respondentes são definidos como dependentes de alguma substância, **caso eles respondam afirmativamente, pelo menos, dois dos critérios acima citados.** [Grifos nossos]*

[...]

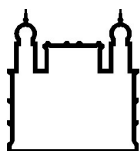
Conclui-se que os critérios do SAMHSA elaborados pelo NHSDA são menos rigorosos que os critérios do DSM-III-R, pois exigem apenas duas respostas positivas para as seis questões, enquanto o último exige três respostas positivas dentre nove questões.

[...]

*Entretanto, **é preciso levar em conta que os critérios do SAMHSA adotados no presente trabalho para diagnosticar dependência são menos rigorosos que os do DSM-III-R e os da CID-10 adotados pela OMS, fato que pode ter inflacionado os presentes achados de dependência.** [Grifos nossos]*

Critérios adotados no III LNUD

No III LNUD, a dependência foi avaliada utilizando os critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), 4ª edição (APA, 2002). Assim, com relação ao uso de solventes e maconha, um indivíduo foi considerado dependente se preenchesse três ou mais dos seis critérios perguntados. Quanto ao uso de álcool, tranquilizantes benzodiazepínicos, estimulantes anfetamínicos, cocaína e crack ou similares, um sétimo critério foi avaliado. Este critério é definido



pela resposta positiva a sintomas de abstinência (que variam de acordo com a substância). Nesse caso, um indivíduo foi considerado dependente se preenchesse três de sete critérios.

Para avaliar o grau de dependência de nicotina entre os indivíduos que consumiram cigarros industrializados nos 30 dias anteriores a pesquisa, utilizou-se a escala de Fagerström, conforme recomendado pela Associação Médica Brasileira (2011) e pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram considerados como dependentes os indivíduos que obtiveram pontuação maior ou igual a seis na referida escala, ou seja, a definição de dependência usada corresponde aos graus elevado e muito elevado de dependência.

Considerando o exposto, apesar das estimativas de dependência constarem das tabelas apresentadas nos resultados, não comentaremos tais achados, uma vez que as classificações utilizadas em um e outro levantamento não são compatíveis, conforme recomendação explícita da própria OMS.

Resultados

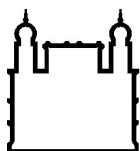
Dados do I LNUD

Tabela 1. Prevalência do uso de substâncias na vida e dependência de tabaco, álcool e maconha, por pessoas de 12 a 65 anos, residentes nos municípios brasileiros com mais de 200.000 habitantes, 2001

Substância	Na vida	Dependência
	% (IC95%)	% (IC95%)
Tabaco	41,1 (37,5-44,7)	9,0 (7,2-10,7)
Álcool	68,7 (63,8-73,6)	11,2 (9,1-13,3)
Maconha	6,9 (5,2-8,6)	1,0 (0,3-1,7)
Cocaína	2,3 (1,3-3,3)	*
Crack	0,4 (0,0-0,8)	*
Uso de qualquer droga, exceto álcool e tabaco	19,4 (16,6-22,1)	*

Fonte: CEBRID e UNIFESP. I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. 2001

Nota: Prevalências (%) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) correspondem à população dos municípios brasileiros com mais de 200.000 habitantes no ano de 2001. (*) Informação não disponibilizada no documento fonte.



Dados do II LNUD

Tabela 2. Prevalência do uso de substâncias na vida, nos 12 meses anteriores a pesquisa, nos 30 dias anteriores a pesquisa e dependência de tabaco, álcool e maconha, por pessoas de 12 a 65 anos, residentes nos municípios brasileiros com mais de 200.000 habitantes, 2005

Substância	Na vida	12 meses *	30 dias*	Dependência
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Tabaco	44,0 (39,1-49,0)	19,2	18,4	10,1 (7,1-13,1)
Álcool	74,6 (70,3-78,9)	49,8	38,3	12,3 (9,1-15,6)
Maconha	8,8 (6,0-11,6)	2,6	1,9	1,2
Cocaína	2,9 (1,2-4,5)	0,7	0,4	*
Crack	0,7*	0,1	0,1	*
Uso de qualquer droga, exceto álcool e tabaco	22,8*	10,3	4,5	*

Fonte: SENAD. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. 2005.

Nota: Prevalências (%) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) correspondem à população dos municípios brasileiros com mais de 200.000 habitantes em 2005; (*) Informação não disponibilizada no documento fonte.

Dados do III LNUD

Tabela 3. Prevalência do uso de substâncias na vida, nos 12 meses anteriores a pesquisa, nos 30 dias anteriores a pesquisa e dependência. Brasil, 2015

Substância	Na vida	12 meses	30 dias	Dependência
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Tabaco	33,5 (32,4-34,6)	15,4 (14,6-16,1)	13,6 (12,9-14,3)	3,2 (2,8-3,6)
Álcool	66,4 (64,8-68,0)	43,1 (41,8-44,4)	30,1 (28,9-31,3)	1,5 (1,2-1,8)
Maconha	7,7 (7,1-8,3)	2,5 (2,1-2,9)	1,5 (1,1-1,8)	0,3 (0,1-0,5)
Cocaína	3,1 (2,7-3,4)	0,9 (0,7-1,1)	0,3 (0,2-0,4)	0,2 (0,1-0,3)
Crack	0,9 (0,7-1,1)	0,3 (0,2-0,4)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,2)
Alguma droga ilícita	9,9 (9,2-10,6)	3,2 (2,8-3,6)	1,7 (1,3-2,0)	0,8 (0,5-1,0)

Fonte: ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Notas: Prevalências (%) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) correspondem à população de pesquisa.

Tabela 4. Prevalência do uso de substâncias na vida, nos 12 meses anteriores a pesquisa, nos 30 dias anteriores a pesquisa e dependência, por pessoas de 12 a 65 anos, residentes em 108 municípios brasileiros, considerando desenho amostral complexo, 2015

Substância	Na vida	12 meses	30 dias	Dependência
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Tabaco	36,3 (34,8-37,7)	16,7 (15,7-17,7)	14,4 (13,5-15,3)	3,3 (2,8-3,7)
Álcool	69,6 (67,9-71,2)	47,4 (45,7-48,9)	33,7 (32,1-35,2)	1,4 (1,1-1,7)
Maconha	10,5 (9,5-11,5)	3,9 (3,1-4,6)	2,5 (1,8-3,2)	0,6 (0,0-1,1)
Cocaína	4,2 (3,5-4,8)	1,1 (0,8-1,4)	0,5 (0,3-0,7)	0,3 (0,2-0,5)
Crack	0,9 (0,6-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	0,2 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,2)
Alguma droga ilícita	13,1 (11,9-14,2)	4,6 (3,9-5,4)	2,9 (2,2-3,6)	1,1 (0,5-1,6)

Fonte: ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Nota: As prevalências (%) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) são relativas ao conjunto de 108 municípios amostrados no II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, mantendo-se, entretanto, o desenho amostral proveniente do III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira.

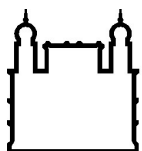


Tabela 5. Prevalência do uso de substâncias na vida, nos 12 meses anteriores a pesquisa, nos 30 dias anteriores a pesquisa e dependência, por pessoas de 12 a 65 anos residentes em 108 municípios brasileiros, **considerando amostra autoponderada**, 2015

Substância	Na vida	12 meses	30 dias	Dependência
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Tabaco	38,8 (37,8-39,8)	16,9 (16,1-17,7)	14,9 (14,2-15,6)	3,4 (3,0-3,8)
Álcool	70,1 (69,1-71,1)	45,5 (44,5-46,5)	31,9 (30,9-32,9)	1,3 (1,1-1,5)
Maconha	8,9 (8,3-9,5)	2,9 (2,6-3,2)	1,6 (1,3-1,9)	0,3 (0,2-0,4)
Cocaína	3,5 (3,1-3,9)	1,0 (0,8-1,2)	0,4 (0,3-0,5)	0,2 (0,1-0,3)
Crack	0,9 (0,7-1,1)	0,4 (0,3-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,2)
Alguma droga ilícita	11,3 (10,6-12)	3,5 (3,1-3,9)	2,0 (1,7-2,3)	0,8 (0,6-1,0)

Fonte: ICICT, Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Nota: As prevalências (%) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) são relativas ao conjunto de 108 municípios amostrados no II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, considerando-se uma amostra autoponderada.

1. Consumo de tabaco

Na vida

A estimativa de uso de tabaco na vida foi de 41,1% (IC95%:37,5-44,7) no I LNUD e de 44,00% (IC95%:39,1-49,0) no IILNUD (Tabelas 1 e 2).

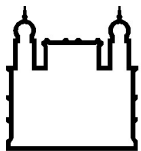
No III LNUD, a estimativa de uso de tabaco na vida para o Brasil foi de 33,5% (IC95% 32,4-34,6), de 36,3% (IC95%:34,8-37,7) no recorte para os 108 municípios considerando o desenho amostral complexo e de 38,8% (IC95%:37,8-39,8) no recorte para os 108 municípios considerando amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Observa-se que nas estimativas de uso de tabaco na vida referentes ao I e II LNUD não é possível identificar diferença estatisticamente significativa, uma vez que há sobreposição dos intervalos de confiança.

Entre as estimativas de uso de tabaco na vida referentes as três estratégias adotadas no III LNUD, não há sobreposição de intervalos de confiança.

Das estratégias utilizadas no III LNUD para comparabilidade com levantamentos anteriores, a estimativa que considerou desenho amostral complexo não foi diferente da encontrada no I LNUD (sobreposição de IC), mas menor do que a encontrada II LNUD.

Já a estimativa oriunda da estratégia que considerou desenho amostral autoponderado foi semelhante aquelas encontradas nos 2 levantamentos anteriores, havendo sobreposição de intervalos de confiança.



12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa

O uso de tabaco nos 12 meses e 30 dias anteriores a pesquisa no II LNUD foi de 19,2% e 18,4%, respectivamente (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de tabaco nos 12 meses anteriores à pesquisa, para o Brasil, foi de 15,4% (IC95%:14,6-16,1), de 16,7% (IC95%:15,7-17,7) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 16,9% (IC95%:16,1-17,7) relativos ao recorte para os 108 municípios considerando amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Quanto aos achados referentes aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram 13,6% (IC95%:12,9-14,3), para Brasil, 14,4% (IC95%:13,5-15,3) com relação aos 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 14,9% (IC95%:14,2-15,6) com referência aos 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos intervalos temporais em questão, a comparação simples das prevalências pontuais do II LNUD com as prevalências pontuais encontradas, valendo-se das três diferentes estratégias utilizadas no III LNUD, indica que as estimativas atuais foram menores do que aquelas encontradas no II LNUD.

2. Consumo de álcool

Na vida

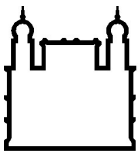
Em relação ao consumo de álcool, o I LNUD apresenta prevalência de uso na vida de 68,7% (IC95%:63,8-73,6) (Tabela 1).

Já o II LNUD aponta para uma prevalência pontual de uso na vida de 74,6% (IC95%:70,3-78,9) (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de álcool na vida, para o Brasil, foi de 66,4% (IC95%:64,8-68,0), de 69,6% (IC95%:67,9-71,2) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 70,1% (IC95%:69,1-71,1) relativo ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

As estimativas apresentadas no I e II LNUD não podem ser consideradas estatisticamente distintas, pois há sobreposição de intervalos de confiança.

A estimativa referente ao I LNUD apresenta sobreposição de IC com todas as 3 estimativas calculadas para o III LNUD.



Das estratégias utilizadas no III LNUD visando à comparabilidade com levantamentos anteriores, as estimativas provenientes do recorte para os 108 municípios, que consideraram desenho amostral complexo e autoponderado, não foram estatisticamente distintas da evidenciada no II LNUD, pois houve sobreposição de IC.

12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa

No II LNUD, as prevalências encontradas para os 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram 49,8% e 38,3 %, respectivamente (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa, para o Brasil, foi de 43,1% (IC95%:41,8-44,4), de 47,4% (IC95%:45,7-48,9) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo, e de 45,5% (IC95%:44,5-46,5) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando uma amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

NO que diz respeito aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram de 30,1% (IC95%:28,9-31,3), para o Brasil, de 33,7% (IC95%:32,1-35,2) com referência ao recorte para os 108 municípios considerando o desenho amostral complexo e de 31,9% (IC95%:30,9-32,9) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos intervalos temporais em questão, a comparação simples das prevalências pontuais do II LNUD com as prevalências pontuais encontradas nas três diferentes estratégias utilizadas no III LNUD indica que as estimativas atuais foram menores do que aquelas encontradas no II LNUD.

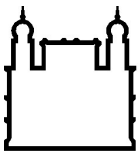
3. Maconha

Na vida

Em relação ao uso de maconha, o I LNUD apresenta prevalência de uso na vida de 6,9% (IC95%: 5,2-8,6) (Tabela 1).

Já o II LNUD apresenta prevalência pontual de uso na vida de 8,8% (IC95%:6,0-11,6) (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de maconha na vida, para o Brasil, foi de 7,7% (IC95%:7,1-8,3), de 10,5% (IC95%:9,5-11,5) com referência aos 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 8,8% (IC95%:8,3-9,5) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).



As estimativas apresentadas no I e II LNUD não podem ser consideradas estatisticamente distintas, pois há sobreposição de intervalos de confiança.

Das estratégias utilizadas no III LNUD para comparabilidade com levantamentos anteriores, as estimativas provenientes do recorte relativo aos 108 municípios, que consideraram desenho amostral complexo e autoponderado não foram estatisticamente distintas daquela encontrada no II LNUD, pois houve sobreposição de IC.

As únicas estimativas que não apresentaram sobreposição de intervalos de confiança foram a referente aos achados do I LNUD e a estimativa referente ao recorte referente aos 108 municípios considerando o desenho amostral complexo, do III LNUD, sendo neste caso, a estimativa recente mais elevada.

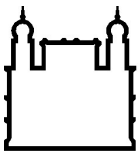
12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa

No II LNUD, as prevalências encontradas para os 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram 2,6% e 1,9%, respectivamente (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de maconha nos 12 meses anteriores à pesquisa, para o Brasil, foi de 2,5% (IC95%;2,1-2,9), de 3,9% (IC95%;3,1-4,6), com relação aos 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 2,9% (IC95%;2,6-3,2) com referência aos 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Quanto aos dados referentes aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram de 1,5% (IC95%;1,1-1,8), para Brasil, de 2,5% (IC95%;1,8-3,2) com referência aos 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 1,6% (IC95%;1,3-1,9) com relação aos 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos intervalos temporais em questão, a comparação simples das prevalências pontuais do II LNUD com as prevalências pontuais e seus respectivos intervalos de confiança, evidenciadas nas três diferentes estratégias utilizadas no III LNUD, indicam que as estimativas não podem ser consideradas estatisticamente distintas, pois os valores apresentados no II LNUD estão incluídos nos intervalos de confiança das estimativas atuais.



4. Cocaína

Na vida

Em relação ao uso de cocaína, o I LNUD apresenta prevalência de uso na vida de 2,3% (IC95%:1,3-3,3) (Tabela 1).

Já o II LNUD evidencia uma prevalência pontual de uso na vida de 2,9% (IC95%:1,2-4,5) (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de cocaína na vida, para o Brasil, foi de 3,1% (IC95%:2,7-3,4), de 4,2% (IC95%:3,5-4,8) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 3,5% (IC95%:3,1-3,9), com relação ao recorte para os 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

As estimativas apresentadas no I e II LNUD não podem ser consideradas diferentes, pois há sobreposição de intervalos de confiança.

Das estratégias utilizadas no III LNUD para comparabilidade (parcial) com levantamentos anteriores, as estimativas provenientes do recorte para os 108 municípios, que consideraram desenho amostral complexo e autoponderado, não se mostraram estatisticamente daquelas encontradas no II LNUD, pois houve sobreposição de IC.

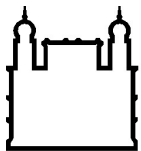
As únicas estimativas que não apresentaram sobreposição de intervalos de confiança foram aquelas referentes aos achados do I LNUD e a estimativa referente ao recorte referente aos 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo, do III LNUD, sendo neste caso, a estimativa recente mais elevada.

12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa

No II LNUD, as prevalências evidenciadas para os 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram 0,7% e 0,4%, respectivamente (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de cocaína nos 12 meses anteriores à pesquisa, para o Brasil, foi de 0,9% (IC95%:0,7-1,1), de 1,1% (IC95%:0,8-1,4) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 1,0% (IC95%:0,8-1,2) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

No que diz respeito aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram de 0,3% (IC95%: 0,2-0,4), para Brasil, de 0,5% (IC95%:0,3-0,7) com relação ao recorte para os 108 municípios,



considerando o desenho amostral complexo e de 0,4% (IC95%:0,3-0,5) com relação ao recorte para os 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos intervalos temporais em questão, a comparação simples das prevalências pontuais do II LNUD com as prevalências pontuais e seus respectivos intervalos de confiança encontradas, por meio das três diferentes estratégias utilizadas no III LNUD, indica que as estimativas referentes ao uso nos 12 meses anteriores a pesquisa foram pouco mais elevadas no III LNUD. No entanto, em se tratando dos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas não podem ser consideradas estatisticamente distintas, pois os valores apresentados no II LNUD estão incluídos nos intervalos de confiança das estimativas atuais.

Vale ressaltar que, obviamente, estimativas acerca de populações regularmente domiciliadas, exigem a sua complementação por pesquisas que tenham como contexto as ruas e as comunidades empobrecidas e provisoriamente abrigadas.

5. Crack

Na vida

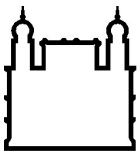
Em relação ao uso de crack, o I LNUD evidencia uma prevalência de uso na vida de 0,4% (IC95%:0,0-0,8) (Tabela 1).

Já o II LNUD evidencia uma prevalência pontual de uso na vida de 0,7% (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de crack na vida, para o Brasil, foi de 0,9% (IC95%:0,7-1,1), de 0,9% (IC95%:0,6-1,1) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 0,9% (IC95%:0,7-1,1) com relação ao recorte para os 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

As estimativas apresentadas no I e II LNUD não podem ser consideradas estatisticamente distintas entes, pois a estimativa do II LNUD está contida no intervalo de confiança da estimativa do I LNUD.

Das estratégias utilizadas no III LNUD visando à comparabilidade com levantamentos anteriores, as estimativas provenientes do recorte referente aos 108 municípios, que consideraram desenho amostral complexo e autoponderado não se mostraram estatisticamente distintas das encontradas nos levantamentos anteriores, pois houve sobreposição de IC.



Novamente, cabe ressaltar que pesquisas restritas a populações regularmente domiciliadas subestimam, de forma relevante, as reais prevalências de consumo, especialmente em se tratando do crack, onde abundam as cenas abertas de tráfico e consumo, onde se concentra uma substancial população de pessoas em situação de rua (em tempo parcial ou integralmente desinseridas de quaisquer estruturas familiares).

12 meses e 30 dias anteriores a pesquisa

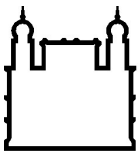
No II LNUD, as prevalências evidenciadas referentes aos 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram de 0,1% e 0,1 %, respectivamente (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de crack nos 12 meses anteriores a pesquisa, para o Brasil, foi de 0,3% (IC95%:0,2-0,4), de 0,4% (IC95%:0,2-0,6) com referência ao recorte dos 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 0,4% (IC95%:0,3-0,5) com relação ao recorte relativo os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

No que se atém aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram de 0,1% (IC95%:0,0-0,2), para Brasil, de 0,2% (IC95%:0,0-0,3) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo e de 0,1% (IC95%:0,0-0,2) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos intervalos temporais em questão, a comparação simples das prevalências pontuais do II LNUD com as prevalências pontuais e seus respectivos intervalos de confiança, evidenciadas por meio das três diferentes estratégias utilizadas no III LNUD, indica que as estimativas referentes a 12 meses anteriores à pesquisa foram mais elevadas no III LNUD. No entanto, para o intervalo temporal de 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas não podem ser consideradas estatisticamente distintas, pois os valores apresentados no II LNUD estão incluídos nos intervalos de confiança das estimativas atuais.

Mais uma vez, cabe assinalar que tais achados se referem única e exclusivamente a indivíduos regularmente domiciliados, que constituem, como mostraram, de forma cabal, nossos estudos anteriores, tão-somente uma fração destes indivíduos. Portanto, é mandatário complementar e corrigir as estimativas exclusivamente domiciliares, mediante a realização de inquéritos em cenas extra-domiciliares de tráfico e uso. Felizmente, os últimos anos testemunharam a consolidação de



métodos modernos de recrutamento e estimação, dos quais nosso grupo é um dos pioneiros e um dos mais sólidos e reconhecidos desenvolvedores e usuários. Nossa contribuição para o desenvolvimento desses métodos e suas aplicações a diferentes populações marginalizadas tem sido disseminada nas principais revistas especializadas e tem contribuído para as sucessivas distinções e premiações que nosso grupo tem recebido nos últimos anos.

6. Consumo de “alguma droga ilícita”

Na vida

Em relação ao uso de alguma droga ilícita, o I LNUD evidencia uma prevalência de uso na vida de 19,4% (IC95%:16,6-22,1) (Tabela 1).

Já o II LNUD evidenciada uma prevalência pontual de uso na vida de 22,8% (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de alguma droga ilícita na vida, para o Brasil, foi de 9,9% (IC95%: 9,2-10,6), de 13,1% (IC95%:11,9-14,2) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo, e de 11,3% (IC95%:10,6-12) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

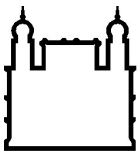
A estimativa apresentada II LNUD não está incluída no intervalo de confiança da estimativa do I LNUD. Desta forma podem ser consideradas estatisticamente distintas, ressalvadas as diferenças de desenho amostral (replicada no II LNUD, mas no contexto de uma demografia distintas, transcorridos 4 anos).

Das estratégias utilizadas no III LNUD para comparabilidade com levantamentos anteriores, nenhuma delas apresenta sobreposição de intervalos com o I ou II LNUD, sendo todas as estimativas atuais mais baixas dos que as apresentadas nos levantamentos anteriores.

12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa

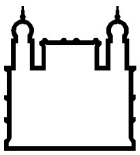
No II LNUD, as prevalências evidenciadas para os 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram de 10,3% e 4,5 %, respectivamente (Tabela 2).

No III LNUD, a estimativa de uso de alguma droga ilícita nos 12 meses anteriores à pesquisa, para o Brasil, foi de 3,2% (IC95%:2,8-3,6), de 4,6% (IC95%:3,9-5,4) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo, e de 3,5% (IC95%:3,1-3,9) com relação ao recorte para os 108 municípios, considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).



Já no que diz respeito aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram de 1,7% (IC95%:1,3-2,0), para Brasil, de 2,9% (IC95%:2,2-3,6) com referência ao recorte para os 108 municípios, considerando o desenho amostral complexo, e de 2,0% (IC95%:1,7-2,3) relativa ao recorte para os 108 municípios considerando a amostra autoponderada (Tabelas 3, 4 e 5).

Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos intervalos temporais em questão, a comparação simples das prevalências pontuais do II LNUD com as prevalências pontuais e seus respectivos intervalos de confiança encontradas nas três diferentes estratégias utilizadas no III LNUD indica que as estimativas atuais são mais baixas do que aquelas apresentadas no II LNUD.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Referências bibliográficas

CEBRID, 2001. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CEBRID, 2005. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas: Brasília, 2007.