



Textos para Discussão

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS NO BRASIL



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Luiz Henrique Mandetta

Secretaria-Executiva
João Gabbardo dos Reis

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C871e Coutinho, Carolina

Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil / Carolina Coutinho, Lidiane Toledo, Francisco Inácio Bastos. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

27 p. – (Textos para Discussão; n. 39)

Bibliografia: p. 26-27.

I. Epidemiologia. 2. Substâncias psicoativas. 3. Brasil. I. Toledo, Lidiane. II. Bastos, Francisco Inácio. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Série.

CDU: 616-036.22:615.214

Textos para Discussão
Nº 39

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

Discussão da agenda 2030, dentro do objetivo 3.5:

“Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool”.

Carolina Coutinho
Lidiane Toledo
Francisco Inácio Bastos

Documento apresentado durante o Seminário sobre Abuso de Substâncias,
realizado em 21 de novembro de 2019, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, dezembro 2019

AUTORES

Carolina Coutinho

Bacharelado e Licenciatura em Biologia (UVA/RJ) e Doutorado em epidemiologia em saúde pública (Ensp/Fiocruz). É pesquisadora Associada do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

Lidiane Toledo

Enfermeira (Fac. Novo Milênio/ES), doutora em epidemiologia em saúde pública (Escola Nacional de Saúde Pública/RJ), pesquisadora associada no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

Francisco Inácio Bastos

Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com estágios de pós-doutorado na Alemanha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Atualmente é pesquisador titular do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LIS/Icict).

SUMÁRIO

	Apresentação	7
	Introdução	9
	Panorama Geral	12
	Substâncias Lícitas	12
	Medicamentos Não Prescritos	18
	Substâncias Ilícitas	20
Consequências do Uso de Álcool e Substâncias Ilícitas Relacionadas ao Trânsito		24
	Opinião Sobre Políticas Públicas	25
	Considerações Finais	26
	Referências Bibliográficas	26

APRESENTAÇÃO

FRANCISCO INÁCIO BASTOS, Lis/Icict/Fiocruz

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA, Coordenador Executivo
da Iniciativa Brasil Saúde Amanhã/Fiocruz

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas da UNODC (UNODC, 2019) e diversos estudos sobre carga de doença que abordam a inter-relação entre álcool, tabaco (Peacock et al., 2018) e uso prejudicial/não terapêutico de diferentes medicamentos com ação sobre o SNC (Jordan et al, 2017) (como opioides, benzodiazepínicos etc.), a questão do uso prejudicial/dependente das mais diversas substâncias psicoativas constitui hoje um problema de saúde global.

O tema mereceu destaque entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da área da saúde, aprovados em 2015 por representantes de 189 países, que colocaram o desenvolvimento sustentável e a eliminação da pobreza como alvos prioritários, por intermédio de 17 Objetivos e 169 metas, que compõem a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

A Agenda consiste em uma ferramenta para orientar esforços direcionados ao alcance do desenvolvimento sustentável. Busca-se o equilíbrio entre a prosperidade humana e a proteção do planeta, com os seguintes princípios básicos: acabar com a pobreza e a fome; lutar contra as desigualdades; e, combater mudanças climáticas. Cada um dos ODS é desdobrado em metas que especificam diversos componentes relacionados àquele objetivo.

Dentre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, há um diretamente relacionado à saúde, o Objetivo 3: Saúde e Bem-Estar - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Esse ODS apresenta 13 metas (PNUD, IPEA, 2019), entre as quais o ODS 3.5, voltado para o reforço da prevenção e do tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

Porém, esse tema não se esgota na área da saúde, apresentando inter-relações importantes como, por exemplo, a interface entre saúde e segurança pública que evidencia algo claríssimo: as mortes violentas (muitas delas associadas, direta ou indiretamente, à questão do tráfico e ao domínio territorial de extensas áreas empobrecidas por facções criminosas, milícias etc.) constituem um vetor central na determinação dos padrões de morbimortalidade no Brasil e em diversos outros países, no nosso caso, com diferenciais importantes em detrimento de jovens, pobres, negros, com baixa instrução formal e inserção precária ou inexistente no mercado de trabalho formal.

Buscando abordar o cumprimento do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.5, da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, foi realizado em 21 de novembro de 2019, na Fundação Oswaldo Cruz, o seminário sobre Abuso de Substâncias, promovido pela Iniciativa Saúde Amanhã, no contexto da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030.

Nesta série de Textos para Discussão, serão apresentados os quatro trabalhos elaborados para o Seminário:

1. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil**, Carolina Coutinho, Lidiane Toledo e Francisco Inácio Bastos, Lis/Icict/Fiocruz.
2. **Uso prejudicial de psicofármacos como problema de saúde pública**, Francisco Inácio Bastos, Jurema Corrêa Mota e Fernando Freitas, Lis/Icict/Fiocruz.
3. **Panorama sobre a política de drogas e saúde mental no Brasil: prevenção e tratamento**, Lidiane Toledo, Carolina Coutinho e Francisco Inácio Bastos, Lis/Icict/Fiocruz.
4. **Drogas e violência: correlações e estratégias de enfrentamento**, Alba Zaluar, IESP/ UERJ.

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- JORDAN AE et al. Past-year prevalence of prescription opioid misuse among those 11 to 30 years of age in the United States: A systematic review and meta-analysis. **J Subst Abuse Treat.** 77:31-37, Jun 2017; doi: 10.1016/j.jsat.2017.03.007. Epub 2017 Mar 12.
- PEACOCK A. et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. **Addiction.** 113 (10):1905-1926, Oct 2018. doi: 10.1111/add.14234. Epub 2018 Jun 4.
- PNUD. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/sustainable-development-goals.html>>. Acesso em: 04 jan 2019.
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report**, 2019. Disponível em <<https://www.unodc.org/wdr2018/>>. Acesso em: 29 abr 2019.

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados apresentados no Relatório do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) (World Drug Report, 2019), no ano de 2017, cerca de 217 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram alguma substância psicoativa pelo menos uma vez no ano anterior, o que correspondia a cerca de 5.5% da população de todo o mundo nesta faixa etária, naquele ano. O relatório apresenta ainda que, em 2017, cerca de 35 milhões de pessoas sofriam de transtornos relacionados ao uso de substâncias e, conseqüentemente, deveriam receber algum tipo de atenção em saúde e/ou tratamento, no entanto, estima-se que apenas um em cada sete destas pessoas consiga obtê-lo de fato (UNODC, 2019).

Outra estimativa do relatório da UNODC (2019) que chama à atenção, é que aproximadamente 585.000 pessoas morreram em decorrência do uso de substâncias em 2017, sendo a maior parte destas mortes associadas à infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), HIV/AIDS e a problemas decorrentes do uso de opioides. Ainda em relação às mortes associadas ao uso de substâncias, de acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health* da Organização Mundial da Saúde (2018), mais de 3 milhões de pessoas morreram em decorrência do uso nocivo de álcool em 2016. Em todo o mundo, o uso prejudicial de álcool se mostra associado a mais de 5% da carga global de doenças (OMS, 2018).

Em 2010, os transtornos mentais e de uso de substâncias foram diretamente responsáveis por 8,6 milhões de anos de vida perdidos por morte prematura (IC95%: 6,5-12,1), equivalente a 232.000 mortes. Quase todas essas mortes foram atribuídas a transtornos decorrentes do uso de substâncias (81,1% [IC95%: 74,8-87,3]) (Whiteford et al., 2013). Outro estudo, mais recente, aponta que o uso de álcool foi o principal fator de risco para mortes prematuras entre a população de 15 a 49 anos, em todo o mundo no ano de 2016 (Griswold et al., 2018).

Com estimativas tão alarmantes, fica claro que o consumo de substâncias psicoativas afeta não somente as pessoas que fazem uso, mas também seus familiares, amigos e a sociedade como um todo, visto que o consumo dessas substâncias está associado a agravos e danos diversos, como a disseminação do HIV e das hepatites virais, quadros cardiorrespiratórios e overdoses, além de acidentes de trânsito e violência (UNOCD, 2019).

Em se tratando do delineamento de políticas públicas de regulação, prevenção e tratamento ao uso de substâncias, é imprescindível monitorar e compreender as dinâmicas de uso de substâncias pela população, conhecendo, por exemplo, a estimativa e o perfil das pessoas que fazem uso, quais os padrões e formas de uso, quais as substâncias que estão sendo mais utilizadas (seus

danos e risco associados), além conhecer a distribuição geográfica, de maneira a dimensionar e direcionar adequadamente os serviços e profissionais de saúde.

Outro importante aspecto do monitoramento é o estudo das novas substâncias circulantes. Traduzido do termo em inglês *New Psychoactive Substances* (NPS), as NSP são conhecidas como “drogas legais” (*legal highs*) que são desenvolvidas, em sua maioria, para fins ilícitos, na tentativa de imitar os efeitos de substâncias ilícitas conhecidas, como maconha, cocaína e ecstasy, por exemplo. As NPS são de composição frequentemente desconhecida e/ou em permanente transformação, que se misturam com substâncias de uso terapêutico tradicional (por exemplo, o fentanil), e são reconfiguradas por distribuidores fora do mercado regulamentado (UNODC, 2019). As NPS são desenvolvidas também com o objetivo de burlar os sistemas e medidas de controle nacionais e internacionais aplicados às substâncias já conhecidas, reguladas e controladas. Atualmente, o contínuo monitoramento da emergência e a disseminação de novas substâncias psicoativas constituem prioridades mundiais (UNODC, 2019).

A maior parte dos países democráticos do mundo conta com algum sistema de registro e monitoramento sistemático do consumo de substâncias. Como exemplo, citam-se os Estados Unidos da América e a União Europeia, que realizam inquéritos domiciliares anuais ou bianuais sobre o uso de substâncias (SAMHA, 2019¹; EMCDDA, 2019²). Este monitoramento é realizado por diferentes razões, dentre elas a necessidade de subsidiar políticas públicas (conforme descrito anteriormente), mas também em função de compromissos assumido pelos países com diferentes organismos internacionais, através da assinatura de convenções e tratados que têm como principais objetivos a regulação e minimização dos danos associados ao consumo das substâncias psicoativas, no mundo. O Brasil, por exemplo, é um dos membros das Nações Unidas que, em 2009, segundo a *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*, reafirmaram e reconheceram “a necessidade de aumentar os investimentos em pesquisas e avaliações de forma a implementar adequadamente e avaliar, baseado em evidências, a efetividade das políticas e programas de combate ao problema mundial das drogas” (tradução livre).

No entanto, os dados epidemiológicos sobre uso de substâncias disponíveis no Brasil ainda são escassos e insuficientes para responder de forma satisfatória diversas perguntas relativas a um tema complexo e polêmico como o consumo de drogas.

Em relação à agenda de pesquisas sobre consumo de substâncias no país, o Brasil conta com uma única série histórica relativamente longa e sistemática de estudos (ainda que com intervalos irregulares) sobre o consumo de substâncias em populações definidas, neste caso específico, os estudantes de Ensino Médio das Capitais Brasileiras. Esta série teve início em 1987 e teve edições subsequentes em 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010, todas realizadas pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), sendo a última delas já tendo sido realizada há quase uma década. Ainda com a população de escolares, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística iniciou um conjunto de pesquisas, denominada PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar), tendo sido realizadas, até o momento, três edições em 2009, 2012 e 2015. Todavia, ambas séries de estudos (do CEBRID e IBGE), possuem diferenças metodológicas (desenho amostral, definição de população de estudo, objetivo da pesquisa, questionários

¹ Acesse em <<https://www.samhsa.gov/data/>>

² Acesse em <<http://www.emcdda.europa.eu/edr2019>>

utilizados, entre outras), que impossibilitam a comparação dos seus achados de forma simples e direta. Ambas as séries devem ser levadas em conta dentro das suas especificidades, e podem e devem informar políticas públicas, entretanto, as comparações entre elas (ao longo do tempo), devem levar em consideração as suas inúmeras diferenças.

O Brasil conta ainda com estudos oficiais do país, realizados pontualmente (sem periodicidade), sobre outras populações definidas (ou em contexto), como é o caso das pesquisas: “Crianças e Adolescentes em situação de Rua” (1987, 1989, 1993, 1997, 2003³); “I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras”⁴ (2009); da pesquisa “Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras”⁵ (2009) e a “Pesquisa Nacional sobre o uso do *crack*”⁶ (2014).

No que diz respeito à população geral do Brasil, foram realizados até o momento, três levantamentos epidemiológicos acerca do uso/abuso de álcool e drogas (2001, 2005 e 2015). Porém, apenas o último diz respeito ao país como um todo, ou seja, é representativo da população brasileira na sua totalidade. Os levantamentos realizados anteriormente, em 2001 e 2005, compreenderam apenas um conjunto de pouco mais de uma centena de municípios de maior porte (em um total de quase 6.000 municípios, de grande, médio e pequeno porte) do país. Desta forma, ficamos quase uma década (2005 a 2015) sem informações atualizadas sobre esta temática no país.

Neste contexto, o último levantamento realizado, intitulado “III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira”, foi realizado pela Fiocruz em 2015 e se apresentou para responder estas duas lacunas – a falta de informações atualizadas e a representatividade de fato nacional de um inquérito sobre o consumo de drogas no país. No entanto, as diferenças metodológicas (somadas à ausência de parâmetros estatísticos da amostra dos estudos realizados em 2001 e 2005), o crescimento demográfico e a alteração política dos territórios (dentre outros motivos), dificultam a comparabilidade dos achados e, conseqüentemente, a identificação de tendências do uso de substâncias do país.

Tal fato reforça a necessidade de estabelecer pesquisas periódicas, representativas do país, que possam ser analisadas em conjunto para melhor compreensão do fenômeno e identificação de possíveis tendências, essenciais não só para subsidiar o delineamento de políticas públicas, mas também para avaliação de programas e ações de regulação, prevenção, controle e tratamento implementadas no país, ao longo do tempo.

Sendo assim, com o intuito de contribuir para a agenda 2030 da ONU, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio (ODS), mais especificamente o ODS 3.5 que prevê que as nações signatárias, o que inclui o Brasil, ‘*Reforcem a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool*’, apresentaremos e comentaremos a seguir, as estimativas sobre o uso e dependência de substâncias, representativas da população de 12 a 65 anos do país, estratificadas por gênero e faixa etária,

³ Apesar de todas as pesquisas terem crianças e adolescentes em situação de rua como população de estudo, as mesmas apresentam diferenças na definição da área geográfica amostrada.

⁴ Disponível em <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/I%20Levantamento%20Nacional%20Universit%C3%A1rios%20-%202010.pdf>

⁵ Disponível em <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/pesquisas/uso-nas-estradas.pdf>

⁶ Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>>

oriundas do III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas (Bastos et al., 2017), com intuito de fomentar a discussão acerca deste problema de saúde pública no país e assim subsidiar o delineamento e a implementação de políticas públicas específicas.

2. PANORAMA GERAL

O III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD) teve como objetivo principal estimar e avaliar parâmetros epidemiológicos sobre o uso de substâncias. Foi o primeiro estudo de abrangência nacional, sendo representativo da população brasileira na faixa etária de 12 a 65 anos. O estudo foi coordenado pela Fiocruz e entrevistou mais de 17 mil pessoas em 351 municípios brasileiros, no ano de 2015. Este é o mais recente e completo estudo sobre uso de substâncias já realizado no país.

Segundo o III LNUD, a substância ilícita mais frequentemente utilizada é a maconha, com proporções decrescentes para cocaína, opiáceos/opioides não prescritos e/ou utilizados de forma não terapêutica, e *crack*. O álcool apresenta as maiores estimativas de uso dentre as substâncias lícitas e ilícitas, sendo o consumo sob a forma de binge⁷ referido por aproximadamente 25 milhões de pessoas. Já o uso do tabaco, embora ainda figure como substância de uso expressivo no Brasil, estudos recentes têm demonstrado o declínio no consumo do cigarro convencional no país.

3. SUBSTÂNCIAS LÍCITAS

3.1. TABACO

No Brasil, em 2015, estimou-se que cerca de 26,4 milhões de brasileiros de 12 a 65 anos tenham consumido algum produto de tabaco⁸ no ano anterior (12 meses anteriores à pesquisa). O cigarro industrializado ainda foi o produto de tabaco mais consumido, tendo sua prevalência estimada em 15,4%. Contudo, estima-se que cerca de 3 milhões de pessoas (1,9%) consumiram exclusivamente outros produtos de tabaco que não o cigarro industrializado, no mesmo período (Bastos et al., 2017).

O consumo atual (30 dias anteriores à pesquisa) de cigarros industrializados foi referido por 13,6% dos brasileiros de 12 a 65 anos, o que corresponde a 20,8 milhões de pessoas. Estratificando essa estimativa por sexo, obtém-se o percentual de 16,2% para homens e 11,2% para mulheres (Tabela 1).

⁷ Ingestão de cinco ou mais doses em uma única ocasião para homens, ou quatro ou mais doses para mulheres (NIAAA, 2004).

⁸ Algum produto de tabaco inclui: cigarro industrializado, cigarro de cravo ou Bali, de palha ou enrolado à mão, charuto, cigarrilha, cachimbo e narguilé, tabaco de mascar, aspirar ou rapé.

Tabela 1. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência do consumo de cigarros industrializados na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo o sexo – Brasil, 2015

Sexo	Vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total	51.280	33,5	32,4	34,6	23.496	15,4	14,6	16,1	20.820	13,6	12,9	14,3
Homens	28.836	38,9	37,0	40,7	13.634	18,4	17,1	19,7	12.005	16,2	15,0	17,3
Mulheres	22.444	28,4	27,2	29,7	9.862	12,5	11,6	13,4	8.815	11,2	10,4	12,0

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI - Limite Inferior e LS - Limite Superior).

O uso de tabaco referido nos 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa, apresentados no inquérito realizado em 2005 (CEBRID, 2005), foi de 19,2% e 18,4%, respectivamente. Uma vez que o levantamento de 2005 não apresentou intervalo de confiança para as estimativas dos períodos de tempo padrão adotados, a comparação simples das prevalências pontuais apresentadas pelos dois estudos, indica que as estimativas de 2015 foram menores do que aquelas encontradas em 2005, sugerindo um declínio. Este achado corrobora outros estudos da área (Giovino et al., 2012, Malta et al., 2013, 2017; WHO, 2018) como é o caso do estudo realizado por Malta et al. (2015), que aponta que houve redução de mais da metade da prevalência de tabagismo nas últimas décadas, de 36,4% em 1989 passou a 15% em 2013, sendo esta uma das menores taxas do mundo. Especialistas da área atribuem esta redução às medidas adotadas pelo país, seguindo as determinações da Convenção Quadro, da Organização Mundial de Saúde⁹.

No entanto, nos últimos anos, o tabagismo passou de segundo (em 2007) para primeiro (em 2017) fator de risco atribuível a DALYS¹⁰, entre homens e mulheres de todas as idades, de acordo com as estimativas disponíveis em <http://www.healthdata.org/brazil>. Ou seja, ainda que as prevalências de consumo de tabaco (principalmente cigarros industrializados) estejam aparentemente em declínio, este comportamento continua fortemente associado a graves riscos e danos à saúde e, conseqüentemente, pior qualidade de vida.

Em relação às estimativas por faixa etária, observa-se a diminuição das estimativas ao longo do tempo (na vida, 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa), sugerindo a redução do consumo desta substância. As maiores prevalências de consumo atual (30 dias anteriores à pesquisa) de cigarros industrializados foram observadas nas faixas etárias mais velhas (de 45 a 54 anos e de 55 a 65 anos de idade), sendo estas estatisticamente superiores às prevalências nas faixas etárias de adultos jovens (18 a 24 anos e 25 a 34 anos) (Tabela 2).

⁹ Convenção completa disponível em <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>>

¹⁰ *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) – Anos de vida ajustados por incapacidade (tradução livre)

Tabela 2. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência do consumo de cigarros industrializados na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo a faixa etária – Brasil, 2015

Faixa etária	Vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total	51.280	33,5	32,4	34,6	23.496	15,4	14,6	16,1	20.820	13,6	12,9	14,3
12 a 17 anos	1.268	6,3	4,2	8,3	771	3,8	2,2	5,4	477	2,4	1,2	3,5
18 a 24 anos	5.807	26,0	23,7	28,4	3.344	15,0	13,1	16,8	2.759	12,4	10,6	14,1
25 a 34 anos	10.039	31,7	29,6	33,9	4.875	15,4	13,9	16,9	4.103	13,0	11,5	14,4
35 a 44 anos	10.606	34,9	32,7	37,1	4.794	15,8	14,2	17,4	4.416	14,5	13,0	16,1
45 a 54 anos	12.251	46,3	44,1	48,5	5.495	20,8	19,0	22,5	5.153	19,5	17,8	21,2
55 a 65 anos	11.310	51,5	48,8	54,1	4.217	19,2	17,3	21,1	3.911	17,8	15,9	19,7

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI - Limite Inferior e LS - Limite Superior).

Ainda em relação à faixa etária, a despeito da legislação específica que proíbe a venda de cigarros a menor de 18 anos (Lei nº 10.702/2003), a pesquisa revelou que cerca de 1,3 milhões de adolescentes de 12 a 17 anos já consumiram cigarros industrializados na vida. O consumo nos 30 dias anteriores à entrevista foi reportado por quase meio milhão de adolescentes (Tabela 2).

Um estudo realizado a partir da base de dados do III LNUD (Bertoni et al., 2019), avaliou as diferenças entre usuários de cigarro industrializado, cigarro eletrônico e narguilé e revelou que indivíduos não-heterossexuais constituem o grupo que apresenta maior risco de consumo. O estudo aponta ainda que usuários de cigarros eletrônicos e narguilés são mais jovens e tem maior renda do que aqueles que consomem cigarros industrializados. Estes achados são fundamentais para direcionar ações de prevenção, pois apontam para importância de se trabalhar a questão emergente dos cigarros eletrônicos e narguilés entre os jovens, evitando assim que se forme nova geração de fumantes no país.

3.2. ÁLCOOL

Aproximadamente 46 milhões de brasileiros de 12 a 65 anos fizeram uso de bebida alcoólica¹¹ nos 30 dias anteriores à pesquisa, o que representa 30,1% da população nesta faixa etária. O consumo em *binge*¹² foi estimado em 16,5%, correspondendo a aproximadamente 25 milhões de habitantes. É importante ressaltar que a prevalência de *binge drinking* foi estimada para a população geral (tabela 3). Caso se considere, como denominador, apenas os indivíduos que

¹¹ O III LNUD adotou as seguintes definições: uma dose de bebida alcoólica foi definida como, aproximadamente, 14 g de álcool, quantidade presente em: uma latinha de cerveja; garrafa long neck; uma taça pequena de vinho; uma garrafa de 'ice'; ou uma dose de cachaça (ou outros destilados). Para fins de comparação com levantamentos internacionais (National Survey on Drug Use and Health, realizado pelo SAMHSA, por exemplo), as vezes em que um indivíduo apenas experimentou a bebida de outra pessoa não foram consideradas consumo.

¹² As estimativas de binge drinking, que foram referidas aos últimos 30 dias e definido como beber em uma única ocasião cinco ou mais doses, para homens, ou quatro ou mais doses, para mulheres (NIAAA, 2004).

fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses, a prevalência de *binge drinking* é **ainda maior, 38,4% (IC95%: 36,2;40,5)**.

Levantamento realizado em 2005 (CEBRID, 2006) apresentou prevalências pontuais de uso na vida, nos 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa de, respectivamente, 74,6% (IC95%: 70,3-78,9) , 49,8% e 38,3% . Uma vez que o II LNUD não apresentou intervalo de confiança para as todas as estimativas dos períodos de tempo padrão adotados, a comparação simples das prevalências pontuais do levantamento de 2005 com as prevalências pontuais encontradas no III LNUD indica que as estimativas atuais foram menores do que aquelas encontradas no II LNUD.

É possível que a prevalência de consumo de álcool nos últimos 12 meses tenha efetivamente diminuído no Brasil, dado que esse fenômeno vem sendo observado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Aproximadamente 63,5% da população das Américas havia consumido álcool nos últimos 12 meses, em 2000, e essa proporção se reduziu para a 54%, em 2016. Da mesma forma, globalmente essa proporção foi estimada em 47,6% no ano 2000 e 43% em 2016 (WHO, 2018). De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health*, a redução da prevalência de consumidores, tomando em consideração o período dos 12 meses é consequência do aumento da proporção de pessoas que deixam de beber – muito maior do que do aumento do número de pessoas que nunca beberam na vida (abstêmios) (WHO, 2018).

Uma segunda linha de explicação desse declínio observado em diferentes países se mostra associado à adoção de diversas medidas restritivas ao consumo, disponibilidade, propaganda comercial, aplicação de medidas punitivas a comportamentos associados ao consumo etc. Embora, no Brasil, ainda estamos muito longe de uma aplicação satisfatória do conjunto de medidas e políticas públicas preconizadas por Babor et al. há mais de uma década (Babor et al., 2010 [edição original de 2003]), em seu livro hoje clássico, é inegável o impacto de legislação pertinente a beber e dirigir, ainda que a fiscalização sistemática deixe bastante a desejar, como mostra a revisão da série histórica por Bacchieri e Barros (2011).

Todavia, a comparação dos achados sobre consumo de álcool é ainda mais complexa. De Boni (2019) e colaboradores analisaram os métodos e resultados dos levantamentos de sobre consumo de álcool no Brasil e verificaram que as prevalências do uso de álcool podem apresentar variação de 4.3 vezes, analisando o mesmo banco de dados de maneiras diferentes. Neste artigo, os autores exploram as diferentes possibilidades de análise e comparação dos achados do III LNUD com os levantamentos anteriores.

Em relação ao sexo, maiores estimativas foram encontradas entre os homens, quando comparados as mulheres, em todos os períodos de tempo padrão adotados. Aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos homens de 12 a 65 anos (74,3%) reportou o consumo de bebidas alcoólicas na vida, comparado a 59,0% das mulheres. O mesmo ocorreu nas estimativas observadas nos 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa e *binge*, sendo todas estas diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 3).

Tabela 3. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge*, segundo o sexo – Brasil, 2015**a) Na Vida e Nos últimos 12 meses**

Sexo	Vida				12 meses			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS
Total	101.615	66,4	64,8	68,0	65.943	43,1	41,8	44,4
Homens	55.085	74,3	72,3	76,2	38.296	51,6	49,6	53,6
Mulheres	46.530	59,0	56,8	61,1	27.647	35,0	33,4	36,7

b) Últimos 30 dias e em *binge*

Sexo	30 dias				Binge			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS
Total	46.036	30,1	28,9	31,3	25.311	16,5	15,6	17,5
Homens	28.756	38,8	36,9	40,7	17.809	24,0	22,4	25,6
Mulheres	17.280	21,9	20,6	23,2	7.502	9,5	8,7	10,3

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI – Limite Inferior e LS – Limite Superior).

Na análise por faixa etária, observa-se que as maiores proporções de consumo de álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa foram encontradas entre indivíduos de 25-34 anos (38,2%), 18-24 anos (35,1%) e 35-44 anos (34,6%), sem diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, essas proporções foram significativamente menores entre indivíduos com idade entre 12-17 anos (8,8%), 45-54 anos (31,7%) e 55-65 anos (24,7%), quando comparadas à faixa de 25-34 anos (Tabela 4).

Tabela 4. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge*, segundo a faixa etária – Brasil, 2015**a) Na Vida e Nos últimos 12 meses**

Faixa etária	Vida				12 meses			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS
Total	101.615	66,4	64,8	68,0	65.943	43,1	41,8	44,4
12 a 17 anos	6.951	34,3	30,6	38,0	4.510	22,2	19,0	25,5
18 a 24 anos	16.089	72,1	69,0	75,1	11.883	53,2	50,1	56,3
25 a 34 anos	23.587	74,5	72,0	77,1	16.434	51,9	49,5	54,3
35 a 44 anos	21.861	71,9	69,6	74,2	14.049	46,2	44,0	48,4
45 a 54 anos	18.562	70,1	67,9	72,3	11.369	43,0	40,7	45,2
55 a 65 anos	14.565	66,3	63,5	69,1	7.698	35,0	32,5	37,6

abela 4. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em binge, segundo a faixa etária – Brasil, 2015 (cont.)

b) Últimos 30 dias e em binge

Faixa etária	30 dias				Binge			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS
Total	46.036	30,1	28,9	31,3	25.311	16,5	15,6	17,5
12 a 17 anos	1.784	8,8	6,1	11,5	1.022	5,0	3,2	6,9
18 a 24 anos	7.832	35,1	32,1	38,0	4.566	20,5	17,9	23,0
25 a 34 anos	12.102	38,2	35,9	40,6	7.362	23,3	21,3	25,3
35 a 44 anos	10.510	34,6	32,4	36,8	5.726	18,8	17,1	20,6
45 a 54 anos	8.388	31,7	29,7	33,7	4.150	15,7	13,9	17,4
55 a 65 anos	5.420	24,7	22,4	26,9	2.486	11,3	9,8	12,9

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI – Limite Inferior e LS – Limite Superior).

Apesar da venda e/ou consumo de bebidas alcoólicas para/por menores de 18 anos constituírem condutas previstas como contravenção penal¹³, aproximadamente sete milhões (34,3%) dos indivíduos menores de 18 anos reportaram ter consumido álcool na vida, e 22,2% consumiram nos últimos 12 meses. O consumo nos últimos 30 dias foi reportado por 8,8% dos adolescentes de 12 a 17 anos, e 5,0% (um milhão de adolescentes) reportou o consumo em *binge* (Tabela 4).

O consumo em *binge*, conhecido também como ‘beber episódico pesado’, tem sido associado a um maior risco de envolvimento em acidentes de trânsito e episódios de violência (sofrida e/ou perpetrada), principalmente entre jovens em todo o mundo (Waterman et al., 2019; Walsh et al., 2017; Wilsnack et al., 2018; Reyes-Pulliza et al., 2015; Nostrom et al., 2018).

Aproximadamente 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram critérios para dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa¹⁴. Isso representa 3,5% (IC95%: 2,8% - 4,2%) dos indivíduos que consumiram álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo destes 4,6% (IC95%: 3,6% - 5,5%) homens e 2,1% (IC95%: 1,4% - 2,7%) mulheres. Dos indivíduos que relataram uso de bebida alcoólica nos 12 meses anteriores a pesquisa, as estimativas de dependência mais altas foram encontradas nas faixas etárias de 18 a 24 anos (4,1% [IC95%: 2,3% - 5,8%]) e 55 a 65 anos (4,0% [IC95%: 2,4% - 5,7%]).

No entanto, as outras faixas etárias também apresentaram estimativas preocupantes do ponto de vista da saúde pública, como a estimativa de 3,9% (IC95%: 2,5% - 5,3%) na faixa etária de 25 a 34, 3,5% (IC95%: 2,5% - 4,6%) na faixa etária de 35 a 44 e por último, mas talvez a mais preocupante do ponto de vista da prevenção, 2,6% (IC95%: 0,1% - 5,2%) para faixa etária de adolescentes entre 12 a 17 anos.

¹³ Lei 13.106, de março de 2015, alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornando crime “vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.”

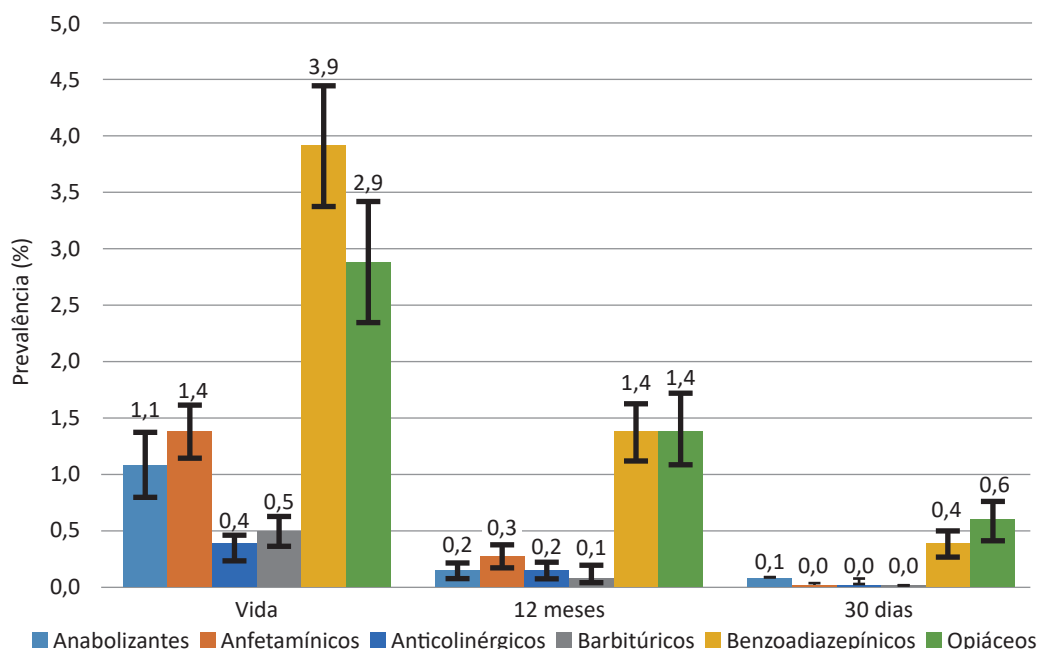
¹⁴ Dependência classificada seguindo os critérios do DSM-IV

4. MEDICAMENTOS NÃO PRESCRITOS

O III LNUD avaliou o uso especificamente de medicamentos não prescritos por profissional de saúde ou utilizados de forma diferente da prescrita, desta forma, os achados aqui apresentados podem ser observados em complementação aos estudos que utilizam dados oriundos do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC).

As classes de medicamentos mais consumidas de forma não prescrita ou consumidas de forma diferente da prescrita, na vida, foram a de benzodiazepínicos (3,9%), a de opiáceos (2,9%) e a classe dos anfetamínicos (1,4%). O uso de opiáceos (0,6%) foi mais prevalente do que o uso de benzodiazepínicos (0,4%) nos 30 dias anteriores a entrevista, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalência de uso de medicamentos não prescritos na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias por tipo de medicamento - Brasil, 2015



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

Um estudo realizado por Krawczyk e colaboradores (2018) analisou as prescrições médicas de opiáceos vendidos nas farmácias brasileiras de 2009 a 2015 e verificou que houve um aumento de 1.601.043 prescrições em 2009 para 9.045.945 prescrições em 2015, representando um salto de 465% em apenas seis anos. Considerando a atual “Crise/epidemia dos opiáceos” que vem sendo reportada nos países da América do Norte¹⁵ os recentes achados sobre opiáceos apontam para urgente necessidade implementação de protocolos de prescrição e desmame adequados, de maneira que o paciente que necessita da medicação, tenha acesso a ela e faça uso seguro e acompanhado por profissional de saúde. Além disso, é essencial o monitoramento de prescrições e também de utilização não prescrita ou diferente da prescrita (através de pesquisas), de maneira que seja possível observar atentamente essa tendência no Brasil.

Observando-se as estimativas por sexo, não foi observada diferença estatisticamente signifi-

¹⁵ Ver <<https://www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/index.html>>

cativa entre homens e mulheres para quase todos os medicamentos estudados. A única exceção é em relação ao uso de benzodiazepínicos, onde foram observadas prevalências maiores nas mulheres, quando comparados aos homens, em todos os períodos de tempo padrão adotados, não sendo observada sobreposição de intervalos de confiança (Tabela 5).

Tabela 5. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de medicamentos não-prescritos na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo o sexo e o tipo de medicamento – Brasil, 2015

Sexo e tipo de medicamento	Vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total AMNP*	12.853	8,4	7,5	9,3	4.607	3,0	2,6	3,4	1.659	1,1	0,9	1,3
Anabolizantes ¹	1.673	1,1	0,8	1,4	229	0,2	0,1	0,2	77	0,1	0,0	0,1
Anfetamínicos ²	2.124	1,4	1,1	1,6	429	0,3	0,2	0,4	33	0,0	0,0	0,0
Anticolinérgicos ³	542	0,4	0,2	0,5	256	0,2	0,1	0,2	68	0,0	0,0	0,1
Barbitúricos ⁴	765	0,5	0,4	0,6	202	0,1	0,1	0,2	16	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepínicos ⁵	5.995	3,9	3,4	4,5	2.107	1,4	1,1	1,6	593	0,4	0,3	0,5
Opiáceos ⁶	4.418	2,9	2,3	3,4	2.152	1,4	1,1	1,7	902	0,6	0,4	0,8
Homens AMNP*	5.475	7,4	6,4	8,3	1.449	2,0	1,5	2,4	504	0,7	0,4	0,9
Anabolizantes ¹	1.429	1,9	1,3	2,5	178	0,2	0,1	0,4	77	0,1	0,0	0,2
Anfetamínicos ²	1.013	1,4	1,0	1,8	219	0,3	0,1	0,5	28	0,0	0,0	0,1
Anticolinérgicos ³	249	0,3	0,1	0,5	122	0,2	0,0	0,3	6	0,0	0,0	0,0
Barbitúricos ⁴	377	0,5	0,3	0,7	113	0,2	0,0	0,3	2	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepínicos ⁵	1.964	2,7	2,1	3,2	575	0,8	0,5	1,0	104	0,1	0,0	0,3
Opiáceos ⁶	1.710	2,3	1,7	2,9	724	1,0	0,7	1,3	291	0,4	0,2	0,6
Mulheres AMNP*	7.378	9,4	8,2	10,5	3.157	4,0	3,3	4,7	1.154	1,5	1,1	1,8
Anabolizantes ¹	244	0,3	0,2	0,5	51	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Anfetamínicos ²	1.112	1,4	1,1	1,7	210	0,3	0,1	0,4	5	0,0	0,0	0,0
Anticolinérgicos ³	293	0,4	0,2	0,5	135	0,2	0,1	0,2	61	0,1	0,0	0,1
Barbitúricos ⁴	389	0,5	0,3	0,7	89	0,1	0,0	0,2	14	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepínicos ⁵	4.031	5,1	4,4	5,8	1.532	1,9	1,5	2,3	489	0,6	0,4	0,8
Opiáceos ⁶	2.708	3,4	2,7	4,2	1.428	1,8	1,3	2,3	611	0,8	0,5	1,1

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população de pesquisa, IC95% é o intervalo de confiança de 95%, Li é o seu limite inferior e LS o limite superior.

* AMNP significa algum medicamento não-prescrito.

¹ Inclui esteroides anabolizantes tais como: Winstrol®; Androxon®; Nebido®; Durasteton®; Estandron®; Deca-durabolim®; Deposteron®; Testex®; etc.

² Inclui estimulantes anfetamínicos, remédios para emagrecer ou ficar acordado, como rebites; Ritalina®; Hipofagin®; Dualid®; Femproporex®; etc.

³ Inclui remédios como: Artane®, Akineton®, Atropina®, etc.

⁴ Inclui sedativos barbitúricos como: Gardenal®; Hidantal®; Fenobarbital®; etc.

⁵ Inclui tranquilizantes benzodiazepínicos como: Diazepan; Rivotril®; Vallium®; Lexotan®; Olcadil®; Lorax®; Frontal®; etc.

⁶ Inclui analgésicos opiáceos como: Tylex®; Dolantina®; Codein®; Codex®; etc.

5. SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

Para fins de apresentação dos achados no III LNUD, os pesquisadores criaram a categoria “alguma substância ilícita”, considerando o uso de pelo menos uma das substâncias ilícitas incluídas no questionário da pesquisa¹⁶, apresentadas nos períodos de tempo padrão adotados.

A apresentação de estimativas agregadas também é realizada em inquéritos internacionais (SAMHSA, 2014), pois, se por um lado, perde-se em especificidade farmacológica e clínica; por outro, se mostra de grande relevância em termos de políticas públicas e permite com que as estimativas estratificadas (por sexo e idade, por exemplo) não gerem estimativas imprecisas que dificultem a mensuração e embase empiricamente políticas públicas. Esta também foi a decisão adotada para apresentação de resultados no Relatório português sobre consumo de álcool e drogas da SICAD¹⁷.

O uso de alguma droga ilícita nos 12 meses anteriores à pesquisa foi reportado por 3,2% dos brasileiros entre 12 e 65 anos, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Estratificada por sexo, essa estimativa apresenta valor maior entre homens (5,0%) comparativamente às mulheres (1,5%) (Tabela 6).

Tabela 6. Número de consumidores e prevalência de pessoas de 12 a 65 anos que consumiram alguma substância ilícita na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo sexo – Brasil, 2015

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

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI – Limite Inferior e LS – Limite Superior).

No que diz respeito à faixa etária, maior estimativa do uso de alguma droga ilícita nos 12 meses anteriores a pesquisa foi encontrada entre jovens de 18 a 24 anos (7,4%), seguida pela faixa etária de 25 a 34 anos (4,8%). Novamente, chama atenção a estimativa encontrada na faixa etária de 12 a 17 anos, 1,3% destes adolescentes fez uso de alguma droga ilícita nos 30 dias anteriores à pesquisa. (Tabela 7).

¹⁶ Substâncias ilícitas que constavam no questionário da pesquisa e que foram utilizadas para criação da categoria “alguma droga ilícita”: maconha, haxixe ou skank, cocaína em pó (excluídas as formas fumada e injetável), crack e similares (cocaínas fumáveis), solventes, ecstasy/MDMA, ayahuasca, LSD, quetamina e heroína.

¹⁷ Disponível em disponível em <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=77&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkrPublicacoes/>

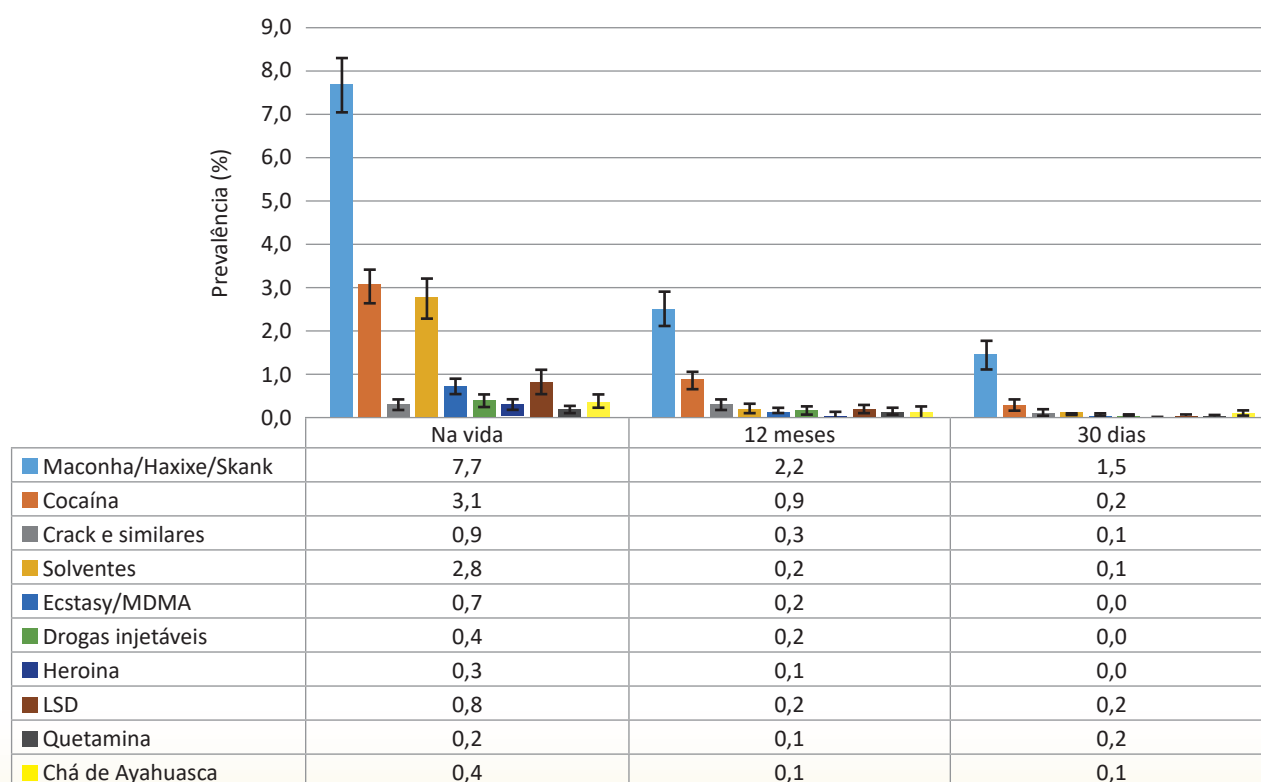
Tabela 7. Número de consumidores e prevalência de pessoas de 12 a 65 anos que consumiram alguma substância ilícita na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo faixa etária – Brasil, 2015

Faixa etária	Vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total	15.197	9,9	9,2	10,6	4.906	3,2	2,8	3,6	2.566	1,7	1,3	2,0
12 a 17 anos	814	4,0	2,4	5,7	468	2,3	1,0	3,6	268	1,3	0,3	2,4
18 a 24 anos	3.196	14,3	12,4	16,2	1.640	7,4	5,9	8,8	868	3,9	2,7	5,0
25 a 34 anos	4.890	15,5	13,7	17,2	1.521	4,8	3,6	6,1	848	2,7	1,6	3,8
35 a 44 anos	3.383	11,1	9,6	12,7	661	2,2	1,5	2,8	360	1,2	0,7	1,7
45 a 54 anos	1.988	7,5	6,1	8,9	383	1,5	1,0	1,9	176	0,7	0,3	1,0
55 a 65 anos	927	4,2	3,4	5,0	232	1,1	0,6	1,5	46	0,2	0,0	0,4

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI – Limite Inferior e LS – Limite Superior).

A seguir, o Gráfico 2 apresenta o consumo do conjunto de substâncias ilícitas estudadas no III LNUD, por tipo de substância, de forma que permite uma melhor visualização comparativa das prevalências encontradas para o país. A tabela 8 apresenta as estimativas estratificadas por sexo, por tipo de substância.

Gráfico 2. Prevalência de consumo de substâncias ilícitas entre pessoas de 12 a 65 anos na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, por tipo de substância - Brasil, 2015

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população de pesquisa, IC95% é o intervalo de confiança de 95%, LI é o seu limite inferior e LS o limite superior.

Tabela 8. Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de substâncias ilícitas na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, segundo o sexo e o tipo de substância – Brasil, 2015

Sexo e tipo de substância	Vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total ASI*	15.197	9,93	9,20	10,6	4.906	3,20	2,78	3,63	2.566	1,68	1,33	2,02
Alucinógenos [†]	1.683	1,10	0,80	1,40	449	0,29	0,14	0,44	178	0,12	0,01	0,23
Cocaína	4.683	3,06	2,68	3,44	1.340	0,88	0,70	1,05	461	0,30	0,19	0,41
Crack e similares	1.393	0,91	0,72	1,10	451	0,29	0,19	0,40	172	0,11	0,04	0,19
Drogas injetáveis	591	0,39	0,25	0,53	246	0,16	0,07	0,25	34	0,02	0,00	0,05
Ecstasy ou MDMA	1.089	0,71	0,54	0,88	235	0,15	0,08	0,22	53	0,03	0,00	0,07
Heroína	460	0,30	0,18	0,42	82	0,05	0,00	0,11	-	-	-	-
Maconha, haxixe ou skank	11.772	7,69	7,07	8,31	3.865	2,52	2,14	2,91	2.223	1,45	1,13	1,77
Solventes	4.248	2,77	2,34	3,21	318	0,21	0,11	0,30	86	0,06	0,02	0,09
Homens ASI*	11.087	15	13,7	16,1	3.712	5,00	4,23	5,78	2.032	2,74	2,08	3,40
Alucinógenos [†]	1.122	1,51	1,01	2,02	272	0,37	0,17	0,56	66	0,09	0,00	0,21
Cocaína	3.687	4,97	4,22	5,72	1.031	1,39	1,05	1,73	387	0,52	0,30	0,74
Crack e similares	1.040	1,40	1,06	1,75	322	0,43	0,23	0,63	146	0,20	0,04	0,35
Drogas injetáveis	366	0,49	0,27	0,72	139	0,19	0,04	0,34	23	0,03	0,00	0,07
Ecstasy ou MDMA	807	1,09	0,79	1,38	150	0,20	0,08	0,32	38	0,05	0,00	0,12
Heroína	352	0,47	0,24	0,70	61	0,08	0,00	0,19	-	-	-	-
Maconha, haxixe ou skank	8.836	11,90	10,80	13,00	3.020	4,07	3,34	4,80	1.825	2,46	1,83	3,09
Solventes	3.194	4,31	3,57	5,04	268	0,36	0,17	0,55	71	0,1	0,02	0,17
Mulheres ASI*	4.110	5,21	4,57	5,84	1.194	1,51	1,20	1,82	534	0,68	0,47	0,88
Alucinógenos [†]	561	0,71	0,41	1,01	177	0,22	0,07	0,38	113	0,14	0,03	0,25
Cocaína	996	1,26	0,99	1,53	309	0,39	0,26	0,53	75	0,09	0,03	0,15
Crack e similares	353	0,45	0,26	0,64	130	0,16	0,08	0,25	27	0,03	0,00	0,07
Drogas injetáveis	225	0,29	0,14	0,43	106	0,13	0,03	0,24	11	0,01	0,00	0,04
Ecstasy ou MDMA	282	0,36	0,21	0,51	85	0,11	0,03	0,19	16	0,02	0,00	0,04
Heroína	108	0,14	0,06	0,21	21	0,03	0,00	0,05	-	-	-	-
Maconha, haxixe ou skank	2.936	3,72	3,19	4,25	845	1,07	0,83	1,31	398	0,50	0,33	0,68
Solventes	1.054	1,34	1,03	1,64	50	0,06	0,02	0,11	15	0,02	0,00	0,04

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população de pesquisa, IC95% é o intervalo de confiança de 95%, Li é o seu limite inferior e LS o limite superior.

* ASI significa alguma substância ilícita.

[†] Inclui Chá de Ayahuasca e LSD.

5.1. MACONHA

Dentre as drogas ilícitas pesquisadas, a maconha foi que apresentou uma estimativa mais elevada de uso na vida, 7,7% (IC95%: 7,1% - 8,3%), entre os brasileiros de 12 a 65 anos afirmaram ter consumido essa substância alguma vez na vida, com um percentual de 11,9% (IC95%: 10,8% - 12,9%) homens e 3,7% (IC95%: 3,2% - 4,2%) mulheres.

Cerca de 2,5% (IC95%: 2,1% - 2,9%) da população da pesquisa relatou ter feito uso de maconha nos 12 meses anteriores à pesquisa, esta estimativa corresponde a 3,8 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos. Deste total, 4,1% (IC95%: 3,3% - 4,8%) eram homens e 1,1% (IC95%: 0,8% - 1,3%) mulheres. (Tabela 8).

O II LNUD apresentou prevalência pontual de uso de maconha nos 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa de 2,6% e 1,9%, respectivamente e, salvo as restrições metodológicas para comparação deste tipo, os achados não diferem daqueles encontrados no III LNUD, sugerindo uma estabilidade no consumo.

5.2. COCAÍNA

A cocaína (em pó) constitui a segunda dentre as substâncias ilícitas mais frequentemente consumidas no Brasil. Verificou-se que 3,1% (IC95%: 2,7% - 3,4%) da população de pesquisa afirmou ter consumido cocaína alguma vez na vida, sendo o consumo mais frequente entre os homens (5,0%, IC95%: 4,2% - 5,7%), comparativamente às mulheres (1,3%, IC95%: 1,0% - 1,5%). O consumo nos 12 meses anteriores à pesquisa foi relatado por 0,9% (IC95%: 0,7% - 1,1%) dos brasileiros entre 12 e 65 anos, sendo 1,4% (IC95%: 1,0% - 1,7%) em homens e 0,4% (IC95%: 0,3% - 0,5%) em mulheres. Em termos absolutos, cerca de 1,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos afirmaram ter consumido cocaína nos últimos 12 meses. Observou-se que 0,3% (IC95%: 0,2% - 0,4%) dos pesquisados afirmaram ter feito uso da substância nos 30 dias anteriores à pesquisa, correspondendo a 461.488 pessoas entre 12 e 65 anos.

Com relação ao levantamento anterior, no II LNUD, as prevalências evidenciadas para os 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram 0,7% e 0,4%, respectivamente e, salvo as restrições metodológicas para comparação deste tipo, foi observada a sobreposição de intervalos de confiança com os achados no III LNUD, sugerindo que não há diferença entre as estimativas.

5.3. CRACK E SIMILARES

Aproximadamente 1 milhão e 400 mil pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de *crack* e similares alguma vez na vida, o que corresponde a 0,9% (IC95%: 0,7% - 1,1%) da população de pesquisa, com um diferencial pronunciado entre homens (1,4%, IC95%: 1,1% - 1,7%) e mulheres (0,4%, IC95%: 0,3% - 0,6%). Nos 12 meses anteriores à pesquisa, o uso de *crack* e similares foi reportado por 0,3% (IC95%: 0,2% - 0,4%) da população de 12 a 65 anos. Em um recorte temporal mais recente, o consumo de *crack* e similares nos 30 dias anteriores à pesquisa foi relatado por cerca de 172 mil pessoas (0,1%, IC95%: 0,0% - 0,2%).

Em relação às estimativas do uso de *crack* e similares, é importante ressaltar a necessidade de complementar os resultados aqui apresentados com os resultados encontrados nos dois componentes da Pesquisa Nacional do Uso do *Crack*. Na pesquisa realizada em 2010, estimou-se 370 mil usuários de *crack* e similares nas capitais brasileiras, 0,81% (IC95%: 0,76-0,86) da população de referência daquela pesquisa. No componente da pesquisa que descreveu o perfil dos usuá-

rios, observou-se que cerca de 40% (IC95%: 34,18-44,14) dos usuários de *crack* e similares se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa. Desta forma, é possível inferir que a estimativa encontrada no III LNUD provavelmente subestima de forma expressiva o consumo global de *crack*, uma vez que o método utilizado (inquérito domiciliar) não é capaz de captar as pessoas que são usuárias e não se encontram regularmente domiciliadas ou estão em situações especiais (por exemplo, abrigos, população carcerária etc.).

Em relação ao estudo anterior, no II LNUD, as prevalências evidenciadas referentes aos 12 meses e 30 dias anteriores à pesquisa foram de 0,1% e 0,1 %, respectivamente. Preservadas as questões metodológicas, 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.

5.4. ECSTASY

No III LNUD, o uso de ecstasy alguma vez na vida foi reportado por 0,7% (IC95%: 0,5% - 0,9%) da população de pesquisa, sendo destes 1,1% (IC95%: 0,8% - 1,4%) homens e 0,4% (IC95%: 0,2% - 0,5%) mulheres. Nos 12 meses anteriores à pesquisa, 0,2 % (IC95%: 0,1% - 0,2%) dos brasileiros de 12 a 65 anos reportaram o uso da substância, sendo este uso mais prevalente entre jovens, na faixa etária de 18 a 24 anos (0,6%, IC95%: 0,2% - 1,1%).

5.5. HEROÍNA

Cerca de 460 mil pessoas entre 12 e 65 anos informaram ter feito uso de heroína pelo menos uma vez na vida, o que equivale a 0,3% (IC95%: 0,2% - 0,4%) de pessoas na mesma faixa etária, no país; 0,1% (IC95%: 0,0% - 0,1%) informaram o consumo da substância nos 12 meses anteriores à pesquisa, não sendo reportado o uso nos 30 dias anteriores à pesquisa.

5.6. SOLVENTES

Em relação ao consumo de solventes, 2,8% (IC95%: 2,3% - 3,2%) da população de pesquisa relatou o uso de algum tipo de solvente alguma vez na vida. Cerca de 320 mil pessoas entre 12 e 65 anos fizeram uso dessas substâncias nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 0,2% (IC95%: 0,1% - 0,3%) da população de pesquisa, sendo este uso mais frequente entre jovens na faixa etária de 18 a 24 anos (0,8% [IC95%: 0,3% - 1,3%]). Nos 30 dias anteriores à pesquisa, o uso desta substância foi reportado por 0,1% (IC95%: 0,0% - 0,1%) dos indivíduos entre 12 e 65 anos.

6. CONSEQUÊNCIAS DO USO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS RELACIONADAS AO TRÂNSITO

Aproximadamente 7,5% dos indivíduos maiores de 12 anos, nos últimos 12 meses, dirigiram sob o efeito de álcool – o que corresponde a, aproximadamente, 11.5 milhões de indivíduos, sendo esta estimativa significativamente maior entre os homens (13,5%), do que entre as mulheres (1,8%) (Tabela 9).

Surpreende ainda que aproximadamente 95 mil pessoas entre 12 e 17 anos tenham cometido dupla infração – dirigiram (sem a carteira de motorista, uma vez que não possuem a idade mínima requerida) e o fizeram sob efeito do álcool (Tabela 9).

Estes achados reforçam a necessidade de manutenção da legislação de beber e dirigir e apontam para necessidade de fiscalização sistemática e intensa.

Tabela 9. Número e prevalência de pessoas de 12 a 65 anos que dirigiram sob efeito de álcool ou de outras drogas nos últimos 12 meses, segundo o sexo e a faixa etária – Brasil, 2015

Sexo e faixa etária	Sob efeito de álcool				Sob efeito de outra substância			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS
Total	11.475	7,5	6,8	8,1	604	0,4	0,3	0,5
Homens	10.023	13,5	12,3	14,7	511	0,7	0,4	0,9
Mulheres	1.452	1,8	1,5	2,2	94	0,1	0,0	0,2
12 a 17 anos	95	0,5	0,0	1,1	50	0,3	0,0	0,6
18 a 24 anos	1.910	8,6	6,9	10,2	147	0,7	0,2	1,1
25 a 34 anos	3.774	11,9	10,2	13,6	280	0,9	0,5	1,3
35 a 44 anos	2.885	9,5	8,2	10,8	109	0,4	0,2	0,6
45 a 54 anos	1.728	6,5	5,3	7,7	12	0,0	0,0	0,1
55 a 65 anos	1.083	4,9	3,9	5,9	8	0,0	0,0	0,1

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

Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população de pesquisa, IC95% é o intervalo de confiança de 95%, Li é o seu limite inferior e LS o limite superior.

7. OPINIÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Quando perguntados sobre a sua opinião sobre políticas públicas para reduzir os problemas relacionados ao uso do álcool, 44,6% (IC95%: 42,6% - 46,7%) da população de pesquisa informou estar de acordo em aumentar o preço das bebidas alcoólicas; 51,7% (IC95%: 49,7% - 53,7%) estava de acordo em reduzir o número de estabelecimentos que vendem álcool; 59,2% (IC95%: 57,0% - 61,4%) concordou em reduzir o horário de funcionamento de bares e casas noturnas; 65,3% (IC95%: 63,1% - 67,4%) relatou estar de acordo com controlar a propaganda de álcool; 62,2% (IC95%: 59,7% - 64,7%) concordaram em ser necessário implementar alvará/licença para permitir a venda de bebidas alcoólicas, 58,9% (IC95%: 56,8% - 61,1%) concordou em proibir o patrocínio de eventos esportivos por marcas de bebidas alcoólicas e 64,8% (IC95%: 62,2% - 67,3%) concordou em aumentar os impostos sobre bebidas alcoólicas para pagar por saúde, educação e os custos de tratamento de problemas relacionados ao álcool.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a ONU, saúde de qualidade é definida nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como a capacidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Este conceito vai de encontro, em certa medida, ao que prevê a nossa constituição, em seu artigo 196; que diz que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Desta forma para que sejam atendidos os ODS, em sintonia com o que prevê a Constituição do nosso país, se faz urgente e necessária a implementação de sistemas de informação e monitoramento adequados, de maneira a fornecer informação de qualidade a gestores e pesquisadores, além da realização de estudos regulares, não só representativos do país, mas também de populações em contexto.

De maneira global, todo o mundo vem enfrentando desafios frente à situação das drogas, ressaltando a necessidade de uma cooperação internacional mais ampla para promover respostas equilibradas e integradas de saúde e justiça criminal, tendo como exemplo as boas experiências de alguns países que já se encontram mais avançados nesta questão.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BABOR T, HIGGINS-BIDDLE J, SAUNDERS J, MONTEIRO M. **AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test**. Guidelines for use in primary care. 2001. Geneva: WHO.
- 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.
- DE BONI RB, et al. Reproducibility on science: Challenges and advances in Brazilian alcohol surveys. **Int J Drug Policy**. Jul 24. pii: S0955-3959(19)30207-5, 2019.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**. 2018 Sep 22;392(10152):1015-1035.
- Giovino GA, et al. Representative cross-sectional household surveys. **Lancet** 2012; 380(9842): 668-79.
- KRAWCZYK N, GREENE MC, ZORZANELLI R, BASTOS FI. Rising Trends of Prescription Opioid Sales in Contemporary Brazil, 2009-2015. **Am J Public Health**, 108(5):666-668. 2018.
- MALTA DC, et al. Trends in tobacco consumption from 2006 to 2011 in Brazilian capitals according to the Vigitel survey. **Cad Saúde Pública** 29(4): 812-22, 2013.
- MALTA, DEBORAH CARVALHO et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 20, n. Suppl 01, 2017.
- MALTA DC, et al. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicí-

- lios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Bras Epidemiol**, Dec; 18(Suppl. 2): 45-56, 2015.
- REYES-PULLIZA JC, et al. Binge drinking as a risk factor for violence among secondary school students in a nationally representative sample in Puerto Rico. **P R Health Sci J**. Mar;34(1):20-4, 2015.
- WATERMAN EA, LEE KDM, EDWARDS KM. Longitudinal Associations of Binge Drinking with Interpersonal Violence Among Adolescents. **J Youth Adolesc.**, Jul;48(7):1342-1352. Epub 2019 May 11, 2019.
- Walsh K. et al. Relationship violence victimization and binge drinking trajectories among a nationally representative sample of adolescents. **Adolesc.**, Jul;58:49-55, 2017. Epub 2017 May 9.
- WILSNACK RW, WILSNACK SC, GMEL G, KANTOR LW. Gender Differences in Binge Drinking. **Alcohol Res.**, 39(1):57-76, 2018.
- WHITEFORD HA, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, Nov 9;382(9904):1575-86, 2013.
- WHO. **Global status report on alcohol and health**. 2018.
- WHO. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- UNODC. **World Drug Report**, 2019.